



Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2023

Evidencia de cobertura:

Sus beneficios, servicios de salud de Medicare como miembro de Wellcare Patriot Giveback (HMO)

Este documento le proporciona los detalles sobre su cobertura de atención médica de Medicare desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2023. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Si tiene preguntas acerca de este documento, contacte a Servicios para los miembros al 1-800-275-4737. (Los usuarios de TTY deberán llamar al 711). Horario de atención: Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a. m. a 8 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.

Este plan, Wellcare Patriot Giveback (HMO), es ofrecido por Health Net Of California, Inc. (Cuando en esta *Evidencia de cobertura* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a Health Net Of California, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Wellcare Patriot Giveback (HMO).)

Este documento está disponible de forma gratuita en español. Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted (en audio, en braille, en formatos alternativos, etcétera). Llame a Servicios para los miembros si necesita información del plan en algún otro formato.

Los beneficios, y/o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2024.

Es posible que la red de proveedores cambie(n) en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario. Notificaremos los cambios a las personas inscritas afectadas al menos con 30 días de anticipación.

Este documento explica sus beneficios y sus derechos. Utilice este documento para comprender:

- la prima de su plan y el costo compartido;
- sus beneficios médicos;
- cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o un tratamiento;
- cómo ponerse en contacto con nosotros si necesita más ayuda; y,
- otras protecciones requeridas por la ley de Medicare.

Multi-Language Insert

Multi-Language Interpreter Services

Spanish: Contamos con servicios de interpretación gratuitos para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o de medicamentos. Para obtener un intérprete, simplemente llámenos a los números del plan que figuran en las siguientes páginas. Alguien que hable español puede ayudarle. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我們有免費的口譯服務來回答您就我們的健康或藥物計劃提出的任何問題。如需口譯員，只需撥打以下頁面上的計劃號碼致電聯系我們。會說中文普通話的人員可以協助您。此為免費服務。

Chinese Cantonese: 我們有免費的口譯服務來回答您就我們的健康或藥物計劃提出的任何問題。如需口譯員，只需撥打以下頁面上的計劃號碼致電聯絡我們。會說粵語的人員可以協助您。此為免費服務。

Tagalog: Meron kaming libreng serbisyo ng interpreter para sagutin anumang tanong na meron ka tungkol sa aming plano ng kalusugan o gamot. Para makakuha ng interpreter, tawagan lang kami sa mga numero ng plano na nasa sumusunod na mga pahina. Matutulungan ka ng sinumang nagsasalita ng Tagalog. Libreng serbisyo ito.

French: Nous disposons de services d'interprétation gratuits pour répondre à toutes les questions que vous pourriez vous poser au sujet de notre régime de soins médicaux ou de notre régime d'assurance-médicaments. Pour bénéficier des services d'un interprète, il suffit de nous appeler aux numéros de régime indiqués dans les pages suivantes. Quelqu'un qui parle français peut vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi cung cấp dịch vụ phiên dịch viên miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi nào quý vị có về chương trình y tế hoặc thuốc của chúng tôi. Để nhận được dịch vụ phiên dịch, chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số điện thoại của chương trình trong các trang sau. Người nào đó nói tiếng Việt có thể giúp quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Wir bieten Ihnen einen kostenlosen Dolmetscherdienst, um alle Ihre Fragen zu unserem Gesundheits- oder Medikamentenplan zu beantworten. Um einen Dolmetscher zu finden, rufen Sie uns einfach unter den auf den folgenden Seiten angegebenen Plan-Nummern an. Jemand, der Deutsch spricht, kann Ihnen helfen. Dieser Service ist für Sie kostenlos.

Korean: 저희의 건강 또는 약품 플랜에 대한 질문에 답해 드릴 수 있는 무료 통역 서비스를 제공합니다. 통역사에게 연결하려면 다음 페이지에 있는 플랜 번호로 전화하시기 바랍니다. 한국어를 하는 분이 도와드릴 수 있습니다. 이 통화는 무료 서비스입니다.

Russian: Мы предоставляем бесплатные услуги устного перевода, чтобы ответить на любые вопросы, которые могут возникнуть у вас о нашем плане медицинского страхования или страхового покрытия лекарственных препаратов. Чтобы получить устного переводчика, просто позвоните нам по номерам планов, указанным на следующих страницах. Вам поможет тот, кто говорит по-русски. Эта услуга предоставляется бесплатно.

Arabic: نوفر خدمات مترجم فوري للإجابة عن أي أسئلة قد تكون لديك حول خطتنا الصحية أو الدوائية. للاستعانة بمترجم، ما عليك سوى الاتصال بنا على أرقام الخطة في الصفحات التالية. شخص يتحدث العربية يمكنه مساعدتك. هذه الخدمة تقدم مجاناً.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा योजना के बारे में आपके होने वाले किसी भी प्रश्न का उत्तर देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएं उपलब्ध हैं। दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, हमें निम्नलिखित पृष्ठों पर दिए गए प्लान नंबरों पर कॉल करें। कोई हिंदी भाषी व्यक्ति आपकी मदद कर सकता है। यह एक निःशुल्क सेवा है।

Italian: Disponiamo di servizi di interpretariato gratuiti per rispondere ad eventuali domande in merito al nostro piano sanitario o farmaceutico. Per ottenere un interprete, chiami i recapiti del piano disponibili nelle pagine successive. Qualcuno che parla italiano Le sarà d'aiuto. Si tratta di un servizio gratuito.

Português: Temos serviços de intérprete gratuitos para responder quaisquer perguntas que você possa ter sobre nossos planos de saúde ou de medicamentos. Para solicitar um intérprete, ligue para nós através dos números do plano nas páginas a seguir. Um funcionário que fala português poderá ajudá-lo. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou gen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ka genyen konsènan plan sante oswa plan medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt, annik rele nou nan nimewo plan yo ki sou paj annapre yo. Yon moun ki pale Kreyòl Franse kapab ede ou. Se yon sèvis gratis li ye.

Polish: Oferujemy bezpłatne usługi tłumaczeniowe w przypadku pytań dotyczących naszego planu zdrowotnego i lekowego. Aby skorzystać z tłumacza, prosimy zadzwonić do nas pod numery podane na kolejnych stronach. Pomocą posłużą osoby mówiące po polsku. Usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の医療プランまたは処方薬プランについての質問にお答えする無料の通訳サービスをご利用いただけます。通訳サービスをご利用になるには、以降のページにおけるプランの番号までお電話ください。日本語を話すスタッフが対応いたします。これは無料のサービスです。

Hawaiian: Aia iā mākou he mau lawelawe māhele 'ōlelo manuahi e pane i nā 'ano nīnau āu no ka mākou papahana mālama olakino a ho'olako lā'au. No ka 'imi i mea māhele 'ōlelo, e kelepona wale mai iā mākou ma nā helu kelepona e waiho nei ma kēia mau 'ao'ao e koe nei. Na kekahi māhele 'ōlelo Hawai'i e kōkua iā 'oe. He lawelawe manuahi kēia.

Ilocano: Addaankami kadagiti libre a serbisio ti panagipatarus tapno masungbatan dagiti aniaman a saludsodmo maipapan iti salun-at wenno plano iti agas. Tapno makaala iti tagaipatarus, tawagannakami laeng kadagiti numero ti plano kadagiti sumaganad a panid. Matulongannaka ti maysa a tao nga agsasao iti Ilocano. Daytoy ket libre a serbisio.

Samoan: E iai a matou auaunaga fa'aliliu upu fua e tali ai so'o se fesili e te ono iai e uiga i la matou fuafuaga fa'alesoifua maloloina po'o vaila'au. Mo le mauaina o se fa'aliliu upu, na'o le vala'au mai i numera o fuafuaga o lo'o i itulau nei. E mafai e se tasi e tautala i le gagana Samoa ona fesoasoani ia te oe. Ose auaunaga e leai se totogi.

Estamos a Solo una **Llamada de Distancia**

ARKANSAS

 HMO, HMO D-SNP

 **1-855-565-9518**

 O visite www.wellcare.com/allwellAR

ARIZONA

 HMO, HMO C-SNP , HMO D-SNP

 **1-800-977-7522**

 O visite www.wellcare.com/allwellAZ

CALIFORNIA

 HMO, HMO C-SNP, PPO

 **1-800-275-4737**

 HMO D-SNP

 **1-800-431-9007**

 O visite www.wellcare.com/healthnetCA

FLORIDA

 HMO D-SNP

 **1-877-935-8022**

 O visite www.wellcare.com/allwellFL

GEORGIA

 HMO

 **1-844-890-2326**

 HMO D-SNP

 **1-877-725-7748**

 O visite www.wellcare.com/allwellGA

INDIANA

 HMO, PPO

 **1-855-766-1541**

 HMO D-SNP

 **1-833-202-4704**

 O visite www.wellcare.com/allwellIN

KANSAS

 HMO, PPO

 **1-855-565-9519**

 HMO D-SNP

 **1-833-402-6707**

 O visite www.wellcare.com/allwellKS

LOUISIANA

 HMO

 **1-855-766-1572**

 HMO D-SNP

 **1-833-541-0767**

 O visite www.wellcare.com/allwellLA

MISSOURI

 HMO

 **1-855-766-1452**

 HMO D-SNP

 **1-833-298-3361**

 O visite www.wellcare.com/allwellMO

MISSISSIPPI

 HMO

 1-844-786-7711

 HMO D-SNP

 1-833-260-4124

 O visite www.wellcare.com/allwellMS

NEBRASKA

 HMO, PPO

 1-833-542-0693

 HMO D-SNP, PPO D-SNP

 1-833-853-0864

 O visite www.wellcare.com/NE

NEVADA

 HMO, HMO C-SNP, PPO

 1-833-854-4766

 HMO D-SNP

 1-833-717-0806

 O visite www.wellcare.com/allwellNV

NEW MEXICO

 HMO, PPO

 1-833-543-0246

 HMO D-SNP

 1-844-810-7965

 O visite www.wellcare.com/allwellNM

NEW YORK

 HMO, HMO-POS, HMO D-SNP

 1-800-247-1447

 O visite www.wellcare.com/fidelisNY

OHIO

 HMO, PPO

 1-855-766-1851

 HMO D-SNP

 1-866-389-7690

 O visite www.wellcare.com/allwellOH

OKLAHOMA

 HMO, PPO

 1-833-853-0865

 HMO D-SNP

 1-833-853-0866

 O visite www.wellcare.com/OK

OREGON

 HMO, PPO

 1-888-445-8913

 O visite www.wellcare.com/healthnetOR

 HMO D-SNP

 1-844-867-1156

 O visite www.wellcare.com/trilliumOR

PENNSYLVANIA

 HMO, PPO

 1-855-766-1456

 HMO D-SNP

 1-866-330-9368

 O visite www.wellcare.com/allwellPA

SOUTH CAROLINA

 HMO, HMO D-SNP

 1-855-766-1497

 O visite www.wellcare.com/allwellSC

TEXAS

 HMO

 **1-844-796-6811**

 HMO D-SNP

 **1-877-935-8023**

 O visite www.wellcare.com/allwellTX

WISCONSIN

 HMO D-SNP

 **1-877-935-8024**

 O visite www.wellcare.com/allwellWI

WASHINGTON

 PPO

 **1-888-445-8913**

 O visite www.wellcare.com/healthnetOR

TTY PARA TODOS LOS ESTADOS: 711

HORARIO DE ATENCIÓN

 **Del 1 de octubre al 31 de marzo:** de lunes a domingo, de 8 a.m. a 8 p.m.

 **Del 1 de abril al 30 de septiembre:** de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

Evidencia de cobertura de 2023**Índice**

Capítulo 1:	<i>Primeros pasos como miembro.....</i>	11
SECCIÓN 1	Introducción	11
SECCIÓN 2	¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan?	12
SECCIÓN 3	Documentación importante de membresía que recibirá.....	13
SECCIÓN 4	Sus costos mensuales para Wellcare Patriot Giveback (HMO)	14
SECCIÓN 5	Más información sobre su prima mensual.....	15
SECCIÓN 6	Mantenga actualizado su registro de miembro del plan	15
SECCIÓN 7	Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan	16
Capítulo 2:	<i>Números de teléfono y recursos importantes</i>	19
SECCIÓN 1	Contactos de nuestro plan (cómo ponerse en contacto con nosotros, lo que incluye cómo comunicarse con Servicios para los miembros)	19
SECCIÓN 2	Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare)	22
SECCIÓN 3	Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare).....	24
SECCIÓN 4	Organización para la mejora de la calidad	25
SECCIÓN 5	Seguro Social.....	26
SECCIÓN 6	Medicaid.....	26
SECCIÓN 7	Cómo puede ponerse en contacto con la Railroad Retirement Board.....	27
SECCIÓN 8	¿Tiene un “seguro grupal” u otro seguro médico de un empleador?	28
Capítulo 3:	<i>Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos.....</i>	30
SECCIÓN 1	Datos importantes sobre cómo obtener atención médica cubierta como miembro de nuestro plan	30
SECCIÓN 2	Use los proveedores de la red del plan para obtener atención médica	32
SECCIÓN 3	Cómo obtener servicios cubiertos en caso de una emergencia, una necesidad urgente de recibir atención o durante un desastre	36
SECCIÓN 4	¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios?	39
SECCIÓN 5	¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un “estudio de investigación clínica”?	39

SECCIÓN 6	Normas para obtener atención en una “institución religiosa de atención sanitaria no médica”.....	41
SECCIÓN 7	Normas para la posesión del equipo médico duradero.....	42
Capítulo 4:	<i>Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)</i>.....	45
SECCIÓN 1	Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos...	45
SECCIÓN 2	Utilice la <i>Tabla de beneficios médicos</i> para averiguar qué es lo que está cubierto y cuánto le corresponde pagar.....	46
SECCIÓN 3	¿Qué servicios no están cubiertos por le plan?	103
Capítulo 5:	<i>Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por servicios médicos cubiertos</i>.....	109
SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos.....	109
SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió.....	110
SECCIÓN 3	Analizaremos su solicitud de pago y la aceptaremos o no.....	111
Capítulo 6:	<i>Sus derechos y responsabilidades</i>	113
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan.....	113
SECCIÓN 2	Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan.....	119
Capítulo 7:	<i>Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)</i>.....	122
SECCIÓN 1	Introducción	122
SECCIÓN 2	Dónde obtener más información y asistencia personalizada.....	122
SECCIÓN 3	¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema?	123
SECCIÓN 4	Guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones	124
SECCIÓN 5	Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura.....	127
SECCIÓN 6	Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto	135
SECCIÓN 7	Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto	142
SECCIÓN 8	Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá	148
SECCIÓN 9	Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes.....	150

Capítulo 8:	<i>Cancelación de su membresía en el plan</i>	156
SECCIÓN 1	Introducción a la cancelación de su membresía en nuestro plan.....	156
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	156
SECCIÓN 3	¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	158
SECCIÓN 4	Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos a través de nuestro plan	159
SECCIÓN 5	Debemos cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones.....	159
Capítulo 9:	<i>Avisos legales.....</i>	162
SECCIÓN 1	Aviso sobre leyes vigentes	162
SECCIÓN 2	Aviso sobre no discriminación	162
SECCIÓN 3	Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare	162
SECCIÓN 4	Recuperación de beneficios pagados por nuestro plan bajo su plan Wellcare Patriot Giveback (HMO)	163
SECCIÓN 5	Tarjeta de miembro	165
SECCIÓN 6	Contratistas independientes.....	165
SECCIÓN 7	Fraude al plan de salud.....	165
SECCIÓN 8	Circunstancias ajenas al plan.....	166
Capítulo 10:	<i>Definiciones de palabras importantes.....</i>	168

CAPÍTULO 1

Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Introducción**Sección 1.1 Usted está inscrito en Wellcare Patriot Giveback (HMO), que es una HMO de Medicare**

Usted está cubierto por Medicare y ha elegido recibir la cobertura para atención médica de Medicare a través de nuestro plan, Wellcare Patriot Giveback (HMO). Estamos obligados a cubrir todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, los gastos compartidos y el acceso a los proveedores de este plan difieren de los de Medicare Original.

Wellcare Patriot Giveback (HMO) es un plan is a Medicare Advantage HMO (HMO significa Health Maintenance Organization, Organización para el mantenimiento de la salud) aprobado por Medicare y administrado por una compañía privada. Wellcare Patriot Giveback (HMO) no incluye cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.

La cobertura según este plan califica como cobertura de salud que reúne los requisitos (Qualifying Health Coverage, QHC) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de protección del paciente y cuidado de salud de bajo costo (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families.

Sección 1.2 ¿De qué trata el documento *Evidencia de cobertura*?

Este documento de *Evidencia de cobertura* describe cómo puede obtener atención médica. Explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto, la parte que le corresponde pagar a usted como miembro del plan y cómo presentar una queja si no está satisfecho con una decisión o un tratamiento.

Las palabras “cobertura” y “servicios cubiertos” hacen referencia a la atención y servicios médicos que están a su disposición como miembro de Wellcare Patriot Giveback (HMO).

Es importante que sepa cuáles son las reglas del plan y qué servicios están disponibles para usted. Lo alentamos a que dedique algo de tiempo para leer este documento de *Evidencia de cobertura*.

Si hay algún tema que lo confunde o le preocupa, o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con Servicios para los miembros.

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo nuestro plan cubre su atención. Las otras partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción y cualquier aviso que reciba de nuestra parte sobre modificaciones en su cobertura o condiciones que puedan afectar su cobertura. En ocasiones, estos avisos se denominan “cláusulas adicionales” o “enmiendas”.

El contrato estará vigente durante los meses en los que esté inscrito en nuestro plan desde el 1 de enero de 2023 hasta el 31 de diciembre de 2023.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de nuestro plan después del 31 de diciembre de 2023. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan, u ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2023.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar nuestro plan cada año. Puede seguir obteniendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan solo si decidimos continuar ofreciendo el plan y si Medicare renueva la aprobación del plan.

SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan?

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan, siempre y cuando cumpla con estos requisitos:

- Tenga tanto la Parte A como la Parte B de Medicare.
- -- y -- Usted viva en nuestra área geográfica de servicio. (La Sección 2.2 que se encuentra más abajo, describe el área de servicio). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área geográfica de servicio, aunque se encuentren físicamente en ella.
- -- y -- sea ciudadano estadounidense o tenga presencia legal en los Estados Unidos.

Sección 2.2 Esta es el área de servicio para Wellcare Patriot Giveback (HMO)

Nuestro plan está disponible solo para las personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar viviendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye los condados de Alameda, Amador, Contra Costa, Los Angeles, Placer, Riverside, Sacramento, San Bernardino, San Mateo, Solano, y Stanislaus en California.

Si tiene pensado mudarse fuera del área de servicio, no podrá continuar siendo miembro de este plan. Comuníquese con Servicios para los miembros para ver si tenemos un plan en su nueva área. Al mudarse, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá cambiar a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud de Medicare o de medicamentos disponibles en su nueva ubicación.

También es importante que usted llame al Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Encontrará los números de teléfono y la información de contacto del Seguro Social en la Sección 5 del Capítulo 2.

Sección 2.3 Ciudadanía estadounidense o presencia legal

Los miembros de los planes de salud de Medicare deben ser ciudadanos estadounidenses o estar legalmente presentes en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Wellcare Patriot Giveback (HMO) si no es elegible para seguir siendo miembro según este requisito. Wellcare Patriot Giveback (HMO) debe cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Documentación importante de membresía que recibirá**Sección 3.1 Tarjeta de miembro del plan**

Mientras sea un miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de miembro para nuestro plan cada vez que reciba un servicio cubierto por este plan. También debe mostrarle su tarjeta de Medicaid al proveedor, si corresponde. A continuación, encontrará un modelo de la tarjeta de miembro para que tenga una idea de cómo será la suya:

[Health Plan Logo] [Wellcare By Health Net] [Plan_Contract_PBP] CMS#: [XXXX-XXX-XXX] Effective Date: [MM/DD/YYYY]		[www.wellcare.com/HP URL]	
MEMBER INFORMATION Name: [First MI Last Name] Member ID#: [XXXXXXXX-XXX] Issuer ID: [(80840)] [9151014609] PROVIDER INFORMATION [PPG Name:] [Provider Group Name] [PPG Phone:] [X-XXX-XXX-XXXX] PCP Name: [Last, First Name] PCP Phone: [X-XXX-XXX-XXXX] PCP Office Visit: [\$X]		PHARMACY INFORMATION Part B Drugs Only Rx Claims Processor: [CVS Caremark®] RXBIN: [XXXXXX] RXPCN: [XXXXXX] RXGRP: [XXXX]	
FOR MEMBERS [Member Services] X-XXX-XXX-XXXX (TTY: XXX) [Mental Health Benefits] X-XXX-XXX-XXXX (TTY: XXX) [Nurse Advice Line] X-XXX-XXX-XXXX (TTY: XXX) [Transportation] X-XXX-XXX-XXXX (TTY: XXX) [Enroll Dental (For Members and Providers)] X-XXX-XXX-XXXX (TTY: XXX) [Enroll Vision (For Members and Providers)] X-XXX-XXX-XXXX (TTY: XXX)		FOR PROVIDERS [For Member eligibility and Medical prior auth/referrals: X-XXX-XXX-XXXX] [Medical Claims:] [Wellcare By Health Plan Name] [Attn: Claims] [Payor ID: 68069] [P.O. Box XXXX Farmington, MO 63640-9030] [Pharmacy prior auth: X-XXX-XXX-XXXX] [For help with part B Drugs: (PHARMACY USE ONLY) X-XXX-XXX-XXXX]	
FOR EMERGENCIES Dial 911 or go to the nearest Emergency Room (ER).			

NO use la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para obtener los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa la tarjeta de Medicare en vez de la tarjeta de membresía de Wellcare Patriot Giveback (HMO), es posible que tenga que pagar el costo total de los servicios médicos. Guarde la tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Se le puede pedir que la muestre si necesita servicios hospitalarios, servicios de hospicio o si participa en estudios de investigación clínica de rutina.

Si la tarjeta de miembro del plan está dañada, se le pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicios para los miembros para que le enviemos una tarjeta nueva.

Sección 3.2 Directorio de proveedores

El *Directorio de proveedores* enumera los proveedores de nuestra red. **Los proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y cualquier costo compartido del plan como pago total.

Un grupo médico es una asociación de médicos, incluidos los proveedores de atención primaria (PCP) y los especialistas, además de otros proveedores de cuidado de la salud, incluidos los hospitales que tienen un contrato con una HMO con el fin de proporcionar servicios a los afiliados.

Es importante que utilice a los proveedores de la red para obtener atención y servicios médicos. Es posible también que tenga que utilizar proveedores que estén dentro del grupo médico/Asociación de Prácticas Independientes (IPA) de su proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP). Si desea

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

consultar con un proveedor que no esté dentro del grupo médico/IPA de su proveedor de atención primaria, es posible que tenga que cambiar de proveedor de atención primaria. Además, puede quedar limitado a los proveedores que estén dentro de la red de su proveedor de atención primaria y/o de su grupo médico. Esto significa que el proveedor de atención primaria y/o el grupo médico que elija pueden determinar los especialistas y hospitales que usted puede utilizar. Una asociación de prácticas independientes es una asociación de médicos que incluye proveedores de atención primaria y especialistas, así como otros proveedores de atención médica, tales como hospitales, y que tiene un contrato con el plan para brindar servicios a los miembros. Si va a otro lugar sin la debida autorización, tendrá que pagar en su totalidad. Las únicas excepciones incluyen emergencias, servicios de urgencia cuando la red no está disponible (es decir, en situaciones en las que no es razonable o no es posible obtener servicios dentro de la red), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que Wellcare Patriot Giveback (HMO) autorice el uso de proveedores fuera de la red.

La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web en www.wellcare.com/healthnetCA.

Si no tiene su copia del *Directorio de proveedores*, puede solicitar una a través de Servicios para los miembros. Puede solicitar a Servicios para los miembros que le proporcionen más información sobre nuestros proveedores de la red, entre ella, sus calificaciones, escuela de medicina a la que asistieron, en dónde llevaron a cabo su residencia médica y su certificación ante la Junta médica. Tanto Servicios para los miembros, como el sitio web, pueden proporcionarle la información más actualizada sobre los cambios en nuestra red de proveedores.

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para Wellcare Patriot Giveback (HMO)

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del Plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Prima por beneficios complementarios opcionales (Sección 4.3)

Las primas de la Parte B de Medicare difieren para las personas con diferentes ingresos. Si tiene preguntas sobre estas primas, revise su copia del manual *Medicare & You (Medicare y Usted) de 2023*, la sección llamada “2023 Costos de Medicare”. Si necesita una copia, puede descargarla del sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O bien, puede solicitar una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048

Sección 4.1 Prima del plan

Usted no paga una prima de plan mensual por separado para nuestro plan.

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare**Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare**

Reduciremos su prima mensual de la Parte B de Medicare en \$25. La reducción la establece Medicare y la administra la Administración de la Seguridad Social (SSA). Dependiendo de cómo pague su prima de la Parte B de Medicare, su reducción puede ser acreditada en su cheque del Seguro Social o en su resumen de cuentas de la prima de la Parte B de Medicare. Las reducciones pueden tardar varios meses en ser emitidas, sin embargo, usted recibirá un crédito completo.

Usted debe continuar pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan. Esto incluye su prima para la Parte B. También puede incluir una prima para la Parte A que afecta a los miembros que no son elegibles para obtener la Parte A sin pagar la prima.

Sección 4.3 Prima de beneficios complementarios opcionales

Si usted se inscribió para acceder a beneficios adicionales, también llamados “beneficios complementarios opcionales”, usted paga una prima adicional por mes para gozar de estos beneficios adicionales. Consulte el Capítulo 4, Sección 2.2 para más detalles.

- Si se inscribe en el plan opcional de beneficios complementarios Centene Enhanced Dental, usted paga una prima mensual adicional de \$11.

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual

Sección 5.1 ¿Podemos modificar la prima mensual de su plan durante el año?

No. No podemos cambiar el monto que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan llegara a cambiar el próximo año, se lo informaremos en septiembre y la modificación entrará en vigencia el 1 de enero.

SECCIÓN 6 Mantenga actualizado su registro de miembro del plan

Su registro de miembro tiene información de su formulario de inscripción, incluyendo su dirección y número de teléfono. Muestra la cobertura de su plan específico incluido su proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) Grupo médico/Asociación de Prácticas Independientes (Independent Physician Association, IPA).

Una IPA es una asociación de médicos, incluidos PCP y especialistas, y otros proveedores de atención médica, incluidos hospitales, que tiene contrato con el plan para brindar servicios a los miembros.

Los médicos, hospitales, y demás proveedores de la red del plan deben tener información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red utilizan su registro de miembro para saber cuáles son los servicios que están cubiertos y los montos de costo compartido.** Es por ello que es muy importante que nos ayude

a mantener actualizada su información.

Infórmenos sobre las siguientes modificaciones:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge, compensación laboral, o Medicaid)
- Si existe alguna demanda de responsabilidad civil, por ejemplo, por un accidente automovilístico
- Si fue ingresado en un centro de cuidados
- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias que se encuentran fuera del área de cobertura o que no pertenecen a la red
- Si cambia la parte responsable designada por usted (como un cuidador)
- Si está participando en un estudio de investigación clínica (**Nota:** no está obligado a informarle a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que tiene la intención de participar, pero lo alentamos a que lo haga).

Si hay algún cambio de esta información, llame a Servicios para los miembros.

También es importante que se comuniquen con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto del Seguro Social en la Sección 5 del Capítulo 2.

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Otro seguro

Medicare exige que le pidamos información sobre la cobertura de cualquier otro seguro médico o para medicamentos que tenga. Esto se debe a que tenemos que coordinar las demás coberturas que tenga con los beneficios que obtiene de nuestro plan. A esto se lo denomina **coordinación de beneficios**.

Una vez por año le enviaremos una carta con el detalle de las demás coberturas médicas o para medicamentos de las que tengamos conocimiento. Lea atentamente esta información. Si es correcta, no será necesario que haga nada. Si la información es incorrecta o si tiene alguna otra cobertura que no está incluida en la lista, llame a Servicios para los miembros. Es posible que tenga que presentar a sus otros seguros su número de identificación de miembro del plan (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando tiene otro seguro (como una cobertura de salud grupal del empleador), hay normas establecidas por Medicare que determinan si nuestro plan o su otro seguro paga en primer término. El seguro que primero paga se denomina “pagador principal” y paga hasta el máximo de su cobertura. El que paga en segundo término, denominado “pagador secundario”, solo paga si quedaron costos sin cubrir de la cobertura principal. El pagador secundario puede no pagar todos los costos sin cubrir. Si usted tiene otro seguro, infórmele a su médico, hospital y farmacia.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Estas normas se aplican para la cobertura del plan de salud de un sindicato o empleador:

- Si tiene una cobertura de jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o el de un miembro de su familia, el pagador primario dependerá de su edad, la cantidad de trabajadores del empleador y si usted tiene Medicare debido a su edad, una discapacidad o enfermedad renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD):
 - Si es menor de 65 años y está discapacitado, y usted o un miembro de su familia todavía trabajan, su plan de salud grupal paga en primer lugar si el empleador tiene 100 o más empleados o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 100 empleados.
 - Si es mayor de 65 años y usted o su cónyuge todavía trabajan, su plan de salud grupal paga en primer lugar si el empleador tiene 20 empleados o más, o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 20 empleados.
- Si usted tiene Medicare debido a una ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses luego de haber sido elegible para Medicare.

Estos tipos de cobertura, generalmente, pagan primero por servicios relacionados con cada tipo:

- Seguro sin culpa (incluido el seguro automovilístico)
- Responsabilidad (incluido el seguro automovilístico)
- Beneficios de neumoconiosis
- Compensación laboral

Medicaid y TRICARE nunca pagan primero por servicios cubiertos por Medicare. Solo pagan después de que Medicare, los planes de salud grupales del empleador y/o Medigap hayan pagado.

CAPÍTULO 2

*Números de teléfono y recursos
importantes*

SECCIÓN 1 Contactos de nuestro plan (cómo ponerse en contacto con nosotros, lo que incluye cómo comunicarse con Servicios para los miembros)

Cómo puede ponerse en contacto con nuestros Servicios para los miembros del plan

Para obtener ayuda con las reclamaciones o la facturación o si tiene alguna pregunta sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba a Servicios para los miembros de Wellcare Patriot Giveback (HMO). Con gusto lo ayudaremos.

Método	Servicios para los miembros – Información de contacto
LLAME	1-800-275-4737 Las llamadas a este número son gratuitas. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a. m. a 8 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. Sin embargo, tenga en cuenta que durante los fines de semana y los días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre nuestro sistema telefónico automatizado puede responder a su llamada. Deje su nombre y número de teléfono y le devolveremos la llamada en el plazo de un (1) día hábil. Servicios para los miembros también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a. m. a 8 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.
ESCRIBA	Wellcare by Health Net 7700 Forsyth Boulevard Clayton, MO 63105
SITIO WEB	www.wellcare.com/healthnetCA

Cómo comunicarse con nosotros cuando está solicitando una decisión o apelación de cobertura sobre atención médica

Una “decisión de cobertura” es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o con relación al monto que pagaremos por sus servicios médicos. Una apelación es una forma formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura de su atención médica, consulte el Capítulo 7 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Método	Decisiones de cobertura sobre atención médica: información de contacto
LLAME AL	1-800-275-4737 Las llamadas a este número son gratuitas. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a. m. a 8 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a. m. a 8 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.
ESCRIBA A	Medical Management 4191 E. Commerce Way Sacramento, CA 95834

Método	Apelaciones sobre la atención médica: información de contacto
LLAME AL	1-800-275-4737 Las llamadas a este número son gratuitas. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a. m. a 8 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a. m. a 8 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Método	Apelaciones sobre la atención médica: información de contacto
ESCRIBA A	Appeals & Grievances Medicare Operations P.O. Box 10450 Van Nuys, CA 91410-0450

Cómo puede comunicarse con nosotros para presentar una queja sobre su atención médica

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguno de nuestros proveedores de la red, incluso respecto de la calidad de su atención. Este tipo de queja no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el Capítulo 7 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Método	Quejas sobre la atención médica: información de contacto
LLAME AL	1-800-275-4737 Las llamadas a este número son gratuitas. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a. m. a 8 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a. m. a 8 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.
FAX	1-844-273-2671
ESCRIBA A	Appeals & Grievances Medicare Operations P.O. Box 10450 Van Nuys, CA 91410-0450
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre Wellcare Patriot Giveback (HMO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja por Internet ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Dónde enviar una solicitud en la que se nos pide que paguemos la parte que nos corresponde del costo de la atención médica que recibió

Si usted ha recibido una factura o ha pagado servicios (como la factura de un proveedor) que usted considera que debemos pagar, es posible que deba pedirnos que le reembolsemos o paguemos una factura

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

de un proveedor, consulte el Capítulo 5 (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por servicios médicos cubiertos*).

Tenga en cuenta lo siguiente: si nos envía una solicitud de pago y le denegamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Para obtener más información. Consulte el Capítulo 7 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Método	Solicitudes de pago: información de contacto
ESCRIBA A	Member Reimbursement Dept P.O. Box 9030 Farmington, MO 63640
SITIO WEB	www.wellcare.com/healthnetCA

SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare)

Medicare es el programa federal de seguros médicos destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (a veces denominados “CMS”). Esta agencia celebra contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluidos nosotros.

Método	Medicare: información de contacto
LLAME AL	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.

Método	Medicare: información de contacto
SITIO WEB	www.medicare.gov Este es el sitio web gubernamental oficial de Medicare. Proporciona información actualizada sobre Medicare y cuestiones actuales relacionadas con Medicare. También contiene información sobre hospitales, centros de cuidados, médicos, agencias de atención médica a domicilio y centros de diálisis. Incluye documentos que se pueden imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar la información de contacto de Medicare en su estado. El sitio de Medicare también tiene información detallada sobre la elegibilidad de Medicare y opciones de inscripción con las siguientes herramientas: • Medicare Eligibility Tool (Herramienta de elegibilidad de Medicare): brinda información sobre el estado de elegibilidad de Medicare. • Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare): brinda información personalizada sobre los planes de medicamentos con receta de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas Medigap (seguro complementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas brindan un valor <i>estimativo</i> de los costos que podría pagar de su bolsillo en diferentes planes de Medicare. También puede utilizar el sitio web para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga de nuestro plan: • Informe a Medicare sobre su queja: Puede presentar una queja sobre nuestro plan directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas de manera seria y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare. Si no tiene una computadora, la biblioteca o el centro para personas de edad avanzada locales pueden ayudarlo a ingresar al sitio web con sus computadoras. O bien, puede llamar a Medicare e informarles qué información busca. Ellos buscarán la información en el sitio web, y revisarán la información con usted. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227], durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En California, el SHIP se llama California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP).

El California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) es un programa estatal independiente (no se relaciona con ninguna compañía aseguradora ni plan de salud) que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Los asesores del California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) pueden ayudarlo a entender sus derechos en relación con Medicare, a presentar quejas sobre la atención o el tratamiento médicos y a solucionar problemas con las facturas de Medicare. Los asesores del California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) también pueden ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

MÉTODO PARA TENER ACCESO AL SHIP y OTROS RECURSOS:

- Visite www.medicare.gov
- Haga clic en “**Hablar con alguien**” (Talk to Someone) en la mitad de la página principal
- Ahora tiene las siguientes opciones:
 - Opción #1: puede tener un **chat en directo con un representante de 1-800-MEDICARE**
 - Opción #2: puede elegir su **ESTADO** (STATE) en el menú desplegable y hacer clic en GO. Esto lo llevará a una página que tiene los números de teléfono y recursos específicos de su estado.

Método	California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP): información de contacto
LLAME AL	1-800-434-0222
TTY	711

Método	California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP): información de contacto
ESCRIBA A	California Department of Aging 2880 Gateway Oaks Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95833
SITIO WEB	https://www.aging.ca.gov/hicap/

SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad

En cada estado hay una Organización para la mejora de la calidad designada que trabaja para los beneficiarios de Medicare. En California, la Organización para la mejora de la calidad se llama Livanta - California's Quality Improvement Organization.

Livanta - California's Quality Improvement Organization está integrada por un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a los que les paga Medicare para que verifique y ayude a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare. Livanta - California's Quality Improvement Organization es una organización independiente. No tiene ninguna relación con nuestro plan.

Si se presenta alguna de las siguientes situaciones, debe comunicarse con Livanta - California's Quality Improvement Organization:

- Usted tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió.
- Usted cree que la cobertura para su hospitalización finaliza demasiado pronto.
- Usted cree que la cobertura de atención médica a domicilio, servicios en centros de atención de enfermería especializada o servicios en centros de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) finaliza demasiado pronto.

Método	Livanta - California's Quality Improvement Organization: información de contacto
LLAME AL	1-877-588-1123 de 9 a.m. a 5 p.m. hora local, de lunes a viernes; de 11 a.m. a 3 p.m. hora local, los fines de semana y feriados
TTY	1-855-887-6668 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Método	Livanta - California's Quality Improvement Organization: información de contacto
ESCRIBA A	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
SITIO WEB	https://www.livantaqio.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y manejar las inscripciones en Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes legales permanentes de 65 años o más, o que tienen una discapacidad o padecen enfermedad renal terminal y cumplen con determinadas condiciones son elegibles para recibir Medicare. Si ya está recibiendo cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no está recibiendo cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. Para solicitar la cobertura de Medicare, puede llamar al Seguro Social o dirigirse a su oficina local.

Si se muda o cambia su dirección postal, es importante que se comuniquen con el Seguro Social para informar dichos cambios.

Método	Seguro Social: información de contacto
LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m. Puede utilizar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas gestiones durante las 24 horas.
TTY	1-800-325-0778 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m.
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. Algunos beneficiarios de Medicare también son elegibles para ser beneficiarios de Medicaid. Los programas que se ofrecen a través de

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Medicaid ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos “Programas de ahorros de Medicare” incluyen:

- **Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunos beneficiarios de QMB también son elegibles para recibir beneficios totales de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario de Medicare con ingresos bajos específicos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunos beneficiarios de SLMB también son elegibles para ser beneficiarios totales de Medicaid [SLMB+]).
- **Persona que reúne los requisitos (Qualifying Individual, QI):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Trabajador discapacitado calificado (Qualified Disabled & Working Individual, QDWI):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con California Medi-Cal (Medicaid).

Método	California Medi-Cal (Medicaid): información de contacto
LLAME AL	1-800-541-5555 de 8 a.m. a 5 p.m. hora del Pacífico (PT), de lunes a viernes
TTY	1-800-896-2512 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	Medi-Cal P.O. Box 997413, MS 4400 Sacramento, CA 95899-7413
SITIO WEB	https://www.benefits.gov/benefit/1620

SECCIÓN 7 Cómo puede ponerse en contacto con la Railroad Retirement Board

La Railroad Retirement Board es una agencia federal independiente que administra los programas integrales de beneficios destinados a los trabajadores ferroviarios del país y a sus familias. Si recibe sus beneficios de Medicare a través de la Railroad Retirement Board, es importante que les comunique si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios de la Railroad Retirement Board, comuníquese con la agencia.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Método	Railroad Retirement Board: información de contacto
LLAME AL	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona “0”, podrá hablar con un representante de la Junta de jubilación para ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB), de 9:00 a. m. a 3:30 p. m. los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 a. m. a 12:00 p. m. los miércoles. Si presiona “1”, podrá acceder a la línea de ayuda automatizada e información grabada de la RRB las 24 horas del día, incluso los fines de semana y días feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.
SITIO WEB	rrb.gov/

SECCIÓN 8 ¿Tiene un “seguro grupal” u otro seguro médico de un empleador?

Si usted (o su cónyuge) recibe beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge) como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios de su empleador o sindicato o a Servicios para los miembros si tiene alguna pregunta. Puede preguntar acerca de los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge). (Los números de teléfono de Servicios para los miembros figuran en la contraportada de este documento). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare conforme a este plan.

CAPÍTULO 3

*Cómo utilizar la cobertura
del plan para obtener servicios
médicos*

SECCIÓN 1 Datos importantes sobre cómo obtener atención médica cubierta como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que usted debe saber sobre cómo utilizar el plan para obtener atención médica cubierta. Aquí se ofrecen definiciones de los términos y se explican las normas que deberá cumplir para obtener los tratamientos médicos, servicios y otra atención médica cubiertos por el plan.

Para obtener detalles sobre qué tipo de atención médica cubre nuestro plan y cuánto paga usted del costo de dicha atención, utilice la tabla de beneficios del capítulo siguiente, el Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar*).

Sección 1.1 ¿Qué son los “proveedores de la red” y los “servicios cubiertos”?

- Los **“proveedores”** son los médicos y otros profesionales de la salud autorizados por el estado para brindar atención y servicios médicos. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- Los **“proveedores de la red”** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y el monto de su costo compartido como pago completo. Hemos acordado con estos proveedores que les presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan de manera directa por la atención que le brindan. Cuando consulta con un proveedor de la red, solo paga la parte que le corresponde del costo de los servicios.
- Los **“servicios cubiertos”** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los productos y los equipos que están cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica se incluyen en la Tabla de beneficios del Capítulo 4.

Sección 1.2 Normas básicas para obtener la atención médica cubierta por su plan

Como un plan de salud de Medicare, nuestro plan debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y debe seguir las normas de cobertura de Original Medicare.

Nuestro plan cubrirá, por lo general, su atención médica, siempre y cuando:

- **La atención que reciba se incluya en la Tabla de beneficios médicos del plan** (la tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este documento).
- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria.** “Médicamente necesario” significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.

- **Usted tiene un proveedor de atención primaria (un PCP) que le proporciona atención médica y la supervisa.** Como miembro de nuestro plan, usted debe elegir un PCP de la red (para obtener más información al respecto, consulte Sección 2.1 de este capítulo).
 - En la mayoría de las situaciones, su PCP de la red debe aprobar con antelación antes de que usted use otros proveedores de la red del plan, como especialistas, hospitales, centros de atención de enfermería especializada, o agencias de atención médica a domicilio. A esto se le conoce como darle una "remisión". Para obtener más información acerca de esto, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
 - No se requieren remisiones de su PCP en caso de atención de emergencia o de servicios que se necesitan con urgencia. Hay ciertos tipos de atención que puede recibir sin una aprobación anticipada de su PCP (para obtener más información acerca de esto, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Usted debe recibir su atención de parte de un proveedor de la red** (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forme parte de la red de nuestro plan). Esto significa que tendrá que pagar al proveedor en su totalidad por los servicios prestados. *Existen tres excepciones:*
 - El plan cubre los servicios de atención de emergencia o de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre este tema y ver qué significa atención de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
 - Si necesita atención médica que Medicare requiere que nuestro plan cubra y los proveedores en la red no pueden proporcionarle esta atención, puede obtenerla de un proveedor fuera de la red al mismo costo compartido que normalmente paga dentro de la red. Llámenos para informarse sobre las normas de autorización que puede necesitar antes de solicitar atención. En este caso, pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red. Para obtener información sobre cómo recibir aprobación para ver a un proveedor fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
 - El plan cubre los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor de este servicio no esté disponible o accesible temporalmente. El costo compartido que usted paga al plan por la diálisis nunca puede superar el costo compartido de Original Medicare. Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y obtiene la diálisis de un proveedor que está fuera de la red del plan, el costo compartido no puede superar el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de diálisis dentro de la red no está disponible temporalmente y usted decide obtener los servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red del plan, el costo compartido de la diálisis puede ser mayor.

SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red del plan para obtener atención médica

Sección 2.1 Usted debe elegir a un proveedor de atención primaria (PCP) para que brinde y supervise su atención médica

¿Qué es un “PCP” y qué hace el PCP por usted?

Cuando usted se vuelve miembro de nuestro plan, primero debe elegir un proveedor del plan para que sea su PCP. Su PCP es su socio en su salud, proporciona y coordina su atención médica. Su PCP es un profesional de la salud que cumple con los requisitos del estado y está capacitado para brindarle atención médica básica. Estos incluyen médicos especializados en medicina familiar, medicina general y medicina interna.

Recibirá la mayor parte de su atención básica o de rutina de su PCP. Su PCP también le ayudará a organizar o coordinar el resto de los servicios cubiertos que reciba como miembro de nuestro plan. Esto incluye:

- radiografías,
- pruebas de laboratorio,
- terapias,
- atención de médicos especialistas,
- ingresos hospitalarios y,
- atención de seguimiento.

“Coordinar” sus servicios cubiertos incluye verificar o consultar con otros proveedores del plan sobre su atención y cómo va. Para ciertos tipos de servicios o suministros, su PCP deberá obtener una autorización previa (aprobación por adelantado). Si el servicio que necesita requiere autorización previa, su PCP solicitará la autorización de nuestro plan. Dado que su PCP proporcionará y coordinará su atención médica, debe enviar todos sus registros médicos anteriores al consultorio de su PCP. Por lo general, primero verá a su PCP para la mayoría de sus necesidades de atención médica de rutina. Le recomendamos que haga que su PCP coordine toda su atención. Consulte la Sección 2.3 de este capítulo para obtener más información.

En algunos casos, su PCP, o un especialista u otro proveedor que esté consultando, necesitará obtener nuestra autorización previa (aprobación previa) para ciertos tipos de servicios y artículos cubiertos. Consulte el Capítulo 4 de este documento para conocer los servicios y artículos que requieren autorización previa.

Si necesita hablar con su médico después del horario laboral normal, llame al consultorio del médico y lo dirigirán a su médico, un contestador automático con instrucciones sobre dónde obtener servicio u otro médico que brinde cobertura. Si tiene una emergencia, llame inmediatamente al 911.

¿Cómo elige al PCP?

Cuando se inscribe en nuestro plan, elegirá un grupo médico participante de la red Wellcare Patriot Giveback (HMO). También elegirá a un PCP de este grupo médico participante. Para elegir a su PCP, visite nuestro sitio web en www.wellcare.com/healthnetCA y seleccione a un PCP de nuestra red de planes. Servicios para los miembros también puede ayudarle a elegir a un PCP. Una vez que haya elegido a su PCP, llame a Servicios para los miembros con su selección. Su PCP debe estar en nuestra red.

Cada grupo médico y PCP puede hacer remisiones a ciertos especialistas del plan y utilizar ciertos hospitales dentro de su red. Si hay un especialista u hospital del plan en particular que desea utilizar, verifique primero para asegurarse de que los especialistas y/u hospitales estén en la red del grupo médico y PCP.

Si no elige a un grupo médico o PCP o si elige a un grupo médico o PCP que no está disponible con este plan, automáticamente le asignaremos un grupo médico y PCP.

Cómo cambiar de PCP

Usted puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. Además, también existe la posibilidad de que el PCP deje de estar en la red de proveedores del plan, en cuyo caso usted deberá elegir a un nuevo PCP. Bajo ciertas circunstancias, nuestros proveedores están obligados a continuar proporcionando atención médica después de dejar de ser parte de nuestra red. Para conocer los detalles particulares, comuníquese a Servicios para los miembros.

Si desea cambiar su grupo médico o PCP, llame al Servicios para los miembros. Cada grupo médico y PCP del plan puede hacer remisiones a ciertos especialistas del plan y usar ciertos hospitales dentro de su red. Esto significa que el plan del grupo médico y PCP que elija puede determinar los especialistas y hospitales que puede utilizar. Si hay especialistas u hospitales específicos que desea utilizar, averigüe si su plan grupo médico y PCP utiliza estos especialistas u hospitales.

Para cambiar de PCP, llame a Servicios para los miembros. El cambio entrará en vigor el primer día del mes siguiente.

Sección 2.2 ¿Qué tipos de atención médica puede recibir si no obtiene una remisión de su PCP?
--

Puede recibir los servicios que figuran a continuación sin obtener una autorización por adelantado de su proveedor de atención primaria (PCP).

- Atención médica de rutina para las mujeres, que incluye exámenes de las mamas, mamografías de control (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos siempre y cuando se atiendan con un proveedor de la red
- Vacunas antigripales, vacunas contra COVID-19 y vacunas contra la neumonía, siempre que se obtengan de un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red.

- Servicios de urgencia son servicios cubiertos que no son servicios de emergencia proporcionados cuando los proveedores de la red no estén disponibles o no sea posible comunicarse con ellos temporalmente o cuando la persona inscrita se encuentre fuera del área de servicio del plan. Por ejemplo, usted necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben necesitarse de inmediato y ser médicamente necesarios.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está transitoriamente fuera del área de servicio del plan. (Si es posible, llame a Servicios para los miembros antes de dejar el área de servicio para que podamos ayudarle a coordinar la diálisis de mantenimiento mientras está fuera.

Sección 2.3

Cómo puede obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red

El especialista es un médico que brinda servicios de atención médica en relación con enfermedades específicas o con una parte del cuerpo. Hay muchos tipos de especialistas. A continuación, le damos algunos ejemplos:

- Oncólogos: tratan a los pacientes que tienen cáncer.
- Cardiólogos: tratan a los pacientes que tienen afecciones cardíacas.
- Ortopedistas: tratan a los pacientes que tienen determinadas afecciones óseas, articulares o musculares.

Para que pueda ver a un especialista, por lo general, primero debe obtener la aprobación de su proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP). A esto se le llama obtener una “remisión” a un especialista. Es muy importante obtener una remisión de su PCP antes de consultar a un especialista del plan u otros proveedores determinados. Hay algunas excepciones, incluida la atención médica rutinaria de la mujer, como se explica en la Sección 2.2. Si no tiene una remisión antes de recibir los servicios de un especialista u otros proveedores, es posible que deba pagar estos servicios usted mismo.

Si el especialista quiere que regrese para recibir atención adicional, verifique primero para asegurarse de que la remisión que recibió de su PCP para la primera visita cubra visitas adicionales al especialista u otros proveedores determinados. En algunos casos, es posible que usted, su representante o su PCP/proveedor deban obtener una autorización previa del plan. Consulte el Capítulo 4, Sección 2.1 para obtener información sobre qué servicios requieren autorización previa.

Cada grupo médico y el proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) puede hacer remisiones a ciertos especialistas del plan y utilizar ciertos hospitales dentro de su red. Esto significa que el grupo médico y el PCP que elija pueden determinar los especialistas y hospitales que puede utilizar. Si hay especialistas u hospitales específicos que desea utilizar, averigüe si su grupo médico o PCP utiliza estos especialistas u hospitales. Por lo general, puede cambiar su PCP en cualquier momento si desea ver a un especialista del plan o ir a un hospital al que su PCP actual no puede remitirlo. En la Sección 2.1 bajo “Cómo cambiar de PCP”, le informamos cómo cambiar su PCP.

Nota: es posible que no siempre necesite una remisión para ver a un especialista u a otros proveedores si es que ellos forman parte de la misma Asociación de Prácticas Independientes (IPA) que su PCP. Una IPA es una asociación de médicos, incluidos los PCP y especialistas, así como otros proveedores de atención médica, entre ellos los hospitales, que tienen contrato con el plan para proporcionar servicios a los miembros. Pregunte a su PCP si él o ella forma parte de una IPA y si necesitará una remisión para ver a especialistas u otros proveedores que pertenezcan a la misma IPA.

¿Qué sucede si un especialista u otro proveedor de la red deja de participar en nuestro plan?

Podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Si su médico o especialista deja de estar en el plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para enviarle un aviso de que su proveedor dejará el plan con al menos 30 días de anticipación para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para que continúe administrando sus necesidades de atención médica.
- Si está sometido a un tratamiento médico, tiene derecho a hacer una solicitud, y trabajaremos con usted para garantizar que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no se interrumpa.
- Si nuestra red no tiene un especialista calificado para un servicio cubierto por el plan, debemos cubrir ese servicio al costo compartido dentro de la red. Nuestro plan debe confirmar que no hay un proveedor de la red disponible, y el proveedor fuera de la red debe ponerse en contacto con el plan para solicitar una autorización para que usted obtenga los servicios. Si se aprueba, el proveedor fuera de la red recibirá una autorización para prestar los servicios. Tiene derecho a recibir servicios de proveedores fuera de la red para emergencias o servicios de urgencia o fuera del área. Además, nuestro plan debe cubrir los servicios de diálisis para los miembros con enfermedad renal terminal (ESRD) que hayan viajado fuera del área de servicio del plan porque no pueden acceder a los proveedores de la red. Los servicios de ESRD deben recibirse en un centro de diálisis certificado por Medicare.
- Si descubre que su médico o especialista dejará su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor que se encargue de su atención.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no se está administrando adecuadamente, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención ante la Organización para el mejoramiento de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO), una queja sobre la calidad de la atención ante el plan, o ambas. Consulte el Capítulo 7.

Sección 2.4 Cómo puede obtener atención de proveedores fuera de la red

Si necesita atención médica cubierta por Medicare y un proveedor de la red no puede proporcionarle esta atención, es posible que pueda recibir atención de un proveedor fuera de la red. Nuestro plan debe confirmar que no hay un proveedor de la red disponible, y el proveedor fuera de la red debe ponerse en contacto con el plan para solicitar una autorización para que usted obtenga los servicios. Si se aprueba, el proveedor fuera de la red recibirá una autorización para prestar los servicios.

Tiene derecho a recibir servicios de proveedores fuera de la red para servicios de urgencia o fuera del área. Además, nuestro plan debe cubrir los servicios de diálisis para los miembros con enfermedad renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD) que hayan viajado fuera del área de servicio del plan y no puedan acceder a los proveedores de la red. Los servicios de ESRD deben recibirse en un centro de diálisis certificado por Medicare.

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cubiertos en caso de una emergencia, una necesidad urgente de recibir atención o durante un desastre

Sección 3.1 Obtener atención en caso de una emergencia médica**¿Qué es una "emergencia médica" y qué hacer en caso de tener una?**

Una “**emergencia médica**” ocurre cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida del feto), la pérdida de una extremidad o la función de una extremidad, o pérdida o deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.

Si usted tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para obtener ayuda o acuda a la sala de emergencias o al hospital más cercano. Llame a una ambulancia si la necesita. *No* necesita obtener primero la aprobación o una remisión de su proveedor de atención primaria (PCP). No necesita usar un médico de la red. Puede obtener atención médica de emergencia cubierta siempre que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con una licencia estatal adecuada, incluso si no es parte de nuestra red. Wellcare Patriot Giveback (HMO) incluye la cobertura de emergencias y urgencias en todo el mundo.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de avisar al plan acerca de la emergencia.** Necesitamos hacer el seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted u otra persona deberán llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente, en un plazo de 48 horas. Puede llamar a Servicios para los miembros o al número que aparece al dorso de su tarjeta de membresía.

¿Qué cobertura tiene en el caso de una emergencia médica?

El plan cubre los servicios de ambulancia en los casos en los que ir a la sala de emergencias de alguna otra manera podría poner en peligro su salud. También cubrimos servicios médicos durante una emergencia.

Los médicos que le brindan atención de emergencia decidirán en qué momento se estabiliza la afección y finaliza la emergencia médica.

Una vez que finaliza la emergencia, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para garantizar que siga estando estable. Sus médicos seguirán tratándolo hasta que sus médicos se comuniquen con nosotros y se planifique la atención adicional. El plan cubre la atención de seguimiento.

¿Qué pasa si no se trataba de una emergencia médica?

Algunas veces, puede ser difícil darse cuenta si está ante una emergencia médica. Por ejemplo, puede pensar que necesita atención de emergencia (porque considera que su salud está en grave peligro) y que el médico le diga que no se trataba de una emergencia médica. Si resulta ser que no se trataba de una emergencia, cubriremos la atención que reciba, siempre y cuando haya pensado, dentro de lo razonable, que su salud estaba en grave peligro.

Sin embargo, una vez que el médico haya determinado que *no* era una emergencia, cubriremos la atención adicional *solo* si la recibe de alguna de estas dos formas:

- Acude a un proveedor de la red para obtener atención adicional.
- *O bien*, la atención adicional que recibe se considera “servicios de urgencia” y usted sigue las normas para obtener estos servicios de urgencia (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 3.2 más abajo).

Sección 3.2 Cómo obtener atención cuando necesita servicios de urgencia

¿Qué son los “servicios de urgencia”?

Un “servicio de urgencia” es una enfermedad, lesión o afección médica imprevista y no urgente que requiere atención médica inmediata. Por ejemplo, un brote imprevisto de una afección conocida que usted padece o un fuerte dolor de garganta que se produce durante el fin de semana. Los servicios de urgencia pueden ser prestados por proveedores fuera de la red cuando no sea razonable, dadas sus circunstancias, obtener atención inmediata de los proveedores de la red.

Comuníquese con el consultorio de su PCP las 24 horas del día si necesita atención de urgencia. Se le podría dirigir a obtener atención de urgencia en un centro de atención de urgencia. Puede encontrar una lista de los centros de atención de urgencia de la red en el Directorio de proveedores y farmacias en nuestro sitio web en www.wellcare.com/healthnetCA. Si los servicios de urgencia se reciben en el consultorio de su médico, usted pagará el copago por la consulta en el consultorio; sin embargo, si los servicios de urgencia se reciben en un centro de atención de urgencia o clínica sin cita previa, usted pagará el copago del centro de atención de urgencia, que puede ser diferente. Consulte el capítulo 4, *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)* para conocer el copago que se aplica a servicios proporcionados en

el consultorio del médico o el centro de atención de urgencia o clínica sin cita previa.

También puede comunicarse con la Línea de asesoría de enfermería en cualquier momento. Un enfermero profesional está en línea para brindarle respuestas las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Para obtener más información con respecto a la Línea de asesoría de enfermería, consulte la categoría de beneficios de los Programas educativos de salud y bienestar en el capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos [lo que está cubierto y lo que usted paga]*), o llame a Servicios para los miembros.

Nuestro plan cubre servicios en caso de emergencia en todo el mundo y servicios de atención de urgencia fuera de Estados Unidos, bajo las siguientes circunstancias. Sin embargo, Medicare no cubre la atención en caso de emergencia fuera de Estados Unidos.

- Usted tiene cobertura por hasta \$50,000 cuando viaje fuera de Estados Unidos bajo su cobertura para la atención médica en caso de emergencia y de urgencia. El costo que exceda este monto *no* estará cubierto.
- El transporte de regreso a Estados Unidos desde otro país y los medicamentos que se adquieran mientras se está fuera de Estados Unidos *no* estarán cubiertos. Además, los costos compartidos por acudir a la sala de emergencias *no* se cancelan en caso de que se le hospitalice para recibir atención como paciente interno.
- De ser posible, comuníquese con nosotros en un plazo que no supere las 48 horas, para informarnos de su visita a la sala de emergencias.

Para obtener más información, consulte “atención de emergencia” y “servicios que se necesitan con urgencia” en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4 de este folleto, o llame a Servicios para los miembros.

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre

Si el gobernador de su estado, la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o el presidente de los Estados Unidos declara estado de desastre o emergencia en su área geográfica, aún tiene derecho a recibir la atención a través de su plan.

Visite el siguiente sitio web: www.wellcare.com/healthnetCA para obtener información sobre cómo obtener la atención que necesita durante un desastre.

Si no puede consultar a un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener atención médica de proveedores fuera de la red al costo compartido de la red.

SECCIÓN 4 **¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios?**

Sección 4.1 **Puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo de los servicios cubiertos**

Si pagó más de lo que le correspondía por los servicios cubiertos, o si recibió una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 5 (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por servicios médicos cubiertos*) para obtener información sobre qué debe hacer.

Sección 4.2 **Si nuestro plan no cubre los servicios, usted debe pagar el costo total**

Nuestro plan cubre todos los servicios médicamente necesarios que se enumeran en el Cuadro de beneficios médicos de este documento en el Capítulo 4. Si recibe servicios no cubiertos por nuestro plan o servicios obtenidos fuera de la red y no fueron autorizados, usted será responsable de pagar el costo total de los servicios.

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, usted paga el costo total de los servicios que recibe después de haber agotado su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. El monto que usted paga por los costos una vez que se ha llegado al límite del beneficio, no cuenta para el monto máximo de lo que paga de su bolsillo. Por ejemplo, es posible que usted tenga que pagar el costo total de cualquier servicio que reciba en un centro de enfermería especializada después de que el pago de nuestro plan llegue al límite del beneficio. Una vez que haya usado el límite de su beneficio, los pagos adicionales que haga por el servicio no cuentan para el monto máximo anual de lo que paga de su bolsillo.

SECCIÓN 5 **¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un “estudio de investigación clínica”?**

Sección 5.1 **¿Qué es un “estudio de investigación clínica”?**

Un estudio de investigación clínica (también denominado un “ensayo clínico”) es una manera que tienen los médicos y científicos de probar nuevos tipos de atención médica, por ejemplo, para averiguar la eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer. Ciertos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare típicamente solicitan que voluntarios participen en el estudio.

Una vez que Medicare aprueba el estudio, y usted expresa su interés, alguien que trabaja para el estudio se comunicará con usted para explicarle más sobre el estudio y ver si usted cumple con los requisitos que han establecido los científicos que están a cargo del estudio. Usted puede participar en el estudio siempre y cuando cumpla con los requisitos para dicho estudio y usted comprenda por completo y acepte lo que implica participar en el estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayor parte de los costos por los servicios cubiertos que reciba usted como parte del estudio. Si nos informa que está en un estudio clínico calificado, entonces usted solo es responsable del costo compartido dentro de la red por los servicios que se proporcionan en ese estudio. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó el monto del costo compartido de Original Medicare, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido dentro de la red. Sin embargo, necesitará proporcionar documentación en la que se indique cuánto pagó. Cuando usted está en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y recibir, a través de nuestro plan, el resto de su atención médica (aquella atención médica que no está relacionada con el estudio).

Si quiere participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* es necesario que el plan ni su PCP lo aprueben. No es necesario que los proveedores que le brindan la atención como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red de proveedores del plan.

Si bien no es necesario que obtenga la autorización del plan para participar en un estudio de investigación clínica, le invitamos a que nos informe, por adelantado, si es que elige participar en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare.

Si participa en un estudio de investigación clínica, que Medicare *no* haya aprobado, *usted será responsable de pagar todos los costos de su participación en el estudio.*

Sección 5.2 Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga cada cosa?

Una vez que se inscriba en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Original Medicare cubre los artículos y servicios de rutina que reciba como parte del estudio de investigación, incluidos:

- habitación y comida en un hospital que Medicare pagaría incluso si no participara en un estudio.
- una operación u otro procedimiento médico si forma parte del estudio de investigación.
- el tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones que sean consecuencia de la nueva atención.

Después de que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido de los gastos en Original Medicare y su participación dentro de la red en los costos como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará el mismo monto por los servicios que recibe como parte del estudio igual que si recibiera estos servicios de nuestro plan. Sin embargo, debe presentar documentación que muestre cuánto fue lo que pagó del costo compartido. Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre cómo enviar solicitudes de pago.

A continuación, se muestra un ejemplo de cómo funciona el costo compartido: supongamos que tiene un análisis de laboratorio que cuesta \$100, como parte del estudio de investigación. También supongamos que tendría que pagar \$20 como su parte de los costos para este análisis según Original Medicare, pero el análisis sería de \$10 conforme a los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría \$80 por el análisis y usted pagaría el copago de \$20 requerido por Original Medicare. Luego, notificaría a su plan que recibió un servicio de ensayo clínico calificado y enviaría

documentación, como una factura del proveedor, al plan. El plan entonces le pagaría otros \$10. Esto significa que usted pagaría \$10, que es el mismo monto que pagaría según los beneficios del plan.

Cuando usted forma parte de un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán nada de lo siguiente:**

- por lo general, Medicare *no* pagará los nuevos productos o servicios que se estén evaluando en el estudio, a menos que Medicare cubra dicho producto o servicio incluso si usted *no* participara en un estudio;
- los productos o los servicios que se proporcionen solo para recabar datos y que no se utilicen en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no cubriría las tomografías computarizadas mensuales que se realicen como parte del estudio si su afección normalmente requiriese una sola tomografía computarizada.

¿Desea obtener más información?

Puede obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica en la publicación “Medicare and Clinical Research Studies” (Medicare y los estudios de investigación clínica). (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una “institución religiosa de atención sanitaria no médica”

Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa de atención sanitaria no médica?

Una institución religiosa de atención sanitaria no médica es un centro que provee atención médica para una afección que normalmente se trataría en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de atención de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, se brindará cobertura para su atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica. Este beneficio se brinda solo para los servicios para pacientes internados de la Parte A (servicios de atención no médica).

Sección 6.2 Recibir atención de una institución religiosa de atención sanitaria no médica

Para que lo atiendan en una institución religiosa de atención sanitaria no médica, debe firmar un documento legal en el que exprese que se niega conscientemente a recibir un tratamiento médico “no exceptuado”.

- La atención o el tratamiento médicos “no exceptuados” corresponden a la atención o el tratamiento médicos *voluntarios* y que *no son obligatorios* según la legislación federal, estatal o local.

- La atención o el tratamiento médicos “exceptuados” corresponden a la atención o el tratamiento médicos que *no* son voluntarios o que *son obligatorios* según la legislación federal, estatal o local.

Para que el plan cubra estos servicios, la atención que reciba en una institución religiosa de atención sanitaria no médica debe cumplir con las siguientes condiciones:

- La institución que brinde atención debe estar certificada por Medicare.
- La cobertura del plan por los servicios que reciba se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si obtiene servicios de esta institución en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
 - Debe tener una afección que le permitiría recibir los servicios cubiertos correspondientes a atención para pacientes internados en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada.
 - — y — usted debe obtener la autorización del plan por adelantado antes de que lo ingresen en el centro, porque de lo contrario, su estancia no estará cubierta.

Su estancia en una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud no está cubierta por nuestro plan a menos que obtenga la autorización (aprobación) por adelantado de nuestro plan y estará sujeta a las mismas limitaciones de cobertura que la atención para pacientes hospitalizados o en un centro de enfermería especializada que de todos modos lo tendría. Consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 para conocer las reglas de cobertura e información adicional sobre los costos compartidos y las limitaciones para la cobertura hospitalaria y de enfermería especializada.

SECCIÓN 7 Normas para la posesión del equipo médico duradero

Sección 7.1 ¿Puede quedarse con el equipo médico duradero después de haber realizado cierta cantidad de pagos dentro de nuestro plan?

El Equipo médico duradero (Durable medical equipment, DME) incluye artículos como equipo y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones motorizados, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos generadores del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital que solicita un proveedor para su uso en el hogar. El miembro siempre posee ciertos artículos como las prótesis. En esta sección, comentamos acerca de otros tipos de DME que usted debe rentar.

En Original Medicare, quienes rentan ciertos tipos de DME poseen el equipo después de haber pagado los copagos por dicho equipo por un periodo de 13 meses. Como miembro del plan, también hay cierto tipo de equipo médico duradero que usted obtiene en propiedad después de pagar, por un número específico de meses, los copagos correspondientes al artículo. Sus pagos anteriores que haya hecho por equipo médico duradero cuando tenía Original Medicare no se toman en cuenta para los pagos que hace mientras es miembro del plan. Si obtiene la propiedad de un artículo de equipo médico duradero mientras es miembro de nuestro plan, y el equipo médico duradero requiere mantenimiento, el proveedor está autorizado para facturar al plan el costo de la reparación. También hay ciertos tipos de equipo duradero que usted no puede

obtener en propiedad, sin importar cuántos pagos haga por ellos mientras es miembro del plan. Para obtener más información acerca de cuáles son los requisitos que debe cumplir y cuál documentación necesita proporcionar, llame a Servicios para los miembros.

¿Qué sucede con los pagos que realizó por el equipo médico duradero si se cambia a Original Medicare?

Si no adquirió el DME en propiedad mientras estuvo en nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de que cambie a Original Medicare a fin de adquirir la propiedad del artículo. Los pagos que realizó mientras estuvo en nuestro plan no cuentan.

Ejemplo 1: Usted hizo 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Original Medicare antes de inscribirse en nuestro plan. Los pagos que hizo a Original Medicare no cuentan. Deberá hacer 13 pagos a nuestro plan antes de adquirir el artículo.

Ejemplo 2: Usted hizo 12 pagos consecutivos o menos por el artículo de DME en Original Medicare antes de inscribirse en nuestro plan. Usted estaba inscrito en nuestro plan, pero no adquirió el artículo en propiedad mientras estuvo en nuestro plan. Más adelante, regresa a Original Medicare. Deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de inscribirse de nuevo a Original Medicare. Todos los pagos anteriores (ya sea los que hizo mientras estaba en nuestro plan o en Original Medicare) no cuentan.

Sección 7.2 Normas para equipo de oxígeno, suministros y mantenimiento

¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si reúne los requisitos para recibir cobertura para el equipo de oxígeno de Medicare, Wellcare Patriot Giveback (HMO), cubrirá lo siguiente:

- alquiler de equipo de oxígeno
- entrega de oxígeno y contenidos de oxígeno
- sondas y accesorios de oxígeno afines para suministrar oxígeno y contenidos de oxígeno
- mantenimiento y reparaciones del equipo de oxígeno

Si deja Wellcare Patriot Giveback (HMO) o ya no tiene necesidad médica del equipo de oxígeno, este se debe devolver.

¿Qué sucede si deja su plan y vuelve a Original Medicare?

Original Medicare exige que un proveedor de oxígeno le preste servicios por cinco años. Durante los primeros 36 meses, usted renta el equipo. Los siguientes 24 meses, el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago por el oxígeno). Después de cinco años, usted puede optar por permanecer con la misma compañía o cambiarse a otra compañía. En este momento, comienza de nuevo el ciclo de cinco años, incluso si permanece con la misma compañía, usted debe pagar los copagos por los primeros 36 meses. Si usted se inscribe o deja nuestro plan, el ciclo de los cinco años comienza de nuevo.

CAPÍTULO 4

*Tabla de beneficios
médicos (lo que está cubierto y lo
que le corresponde pagar)*

SECCIÓN 1 Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos

Este capítulo proporciona una Tabla de beneficios médicos que enumera los servicios cubiertos y detalla la cantidad que deberá pagar por cada servicio cubierto como miembro de nuestro plan. Más adelante en este capítulo, encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También se detallan los límites para ciertos servicios.

Sección 1.1 Tipos de costos que puede llegar a tener que pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos

Para que comprenda la información sobre los pagos que incluimos en este capítulo, debe conocer los tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos.

- El **“copago”** es un monto fijo que paga cada vez que recibe algún servicio médico. El copago se paga en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos, que se encuentra en la Sección 2, le brinda más información sobre sus copagos).
- El **“coseguro”** es el porcentaje que paga del costo total de cierto servicio médico. El coseguro se paga en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos, que se encuentra en la Sección 2, le brinda más información sobre su coseguro).

La mayoría de las personas que reúne los requisitos para Medicaid o para el programa Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) nunca debe pagar deducibles, copagos ni coseguros. Asegúrese de mostrarle a su proveedor su comprobante de elegibilidad para Medicaid o QMB, si corresponde.

Sección 1.2 ¿Cuál es el monto máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos de la Parte A y Parte B de Medicare?

Debido a que usted está inscrito en un plan Medicare Advantage, hay un límite en cuanto al monto que paga de su bolsillo cada año por los servicios médicos cubiertos de la Parte A y de la Parte B de Medicare. Este límite se denomina el monto máximo que paga de su bolsillo por servicios médicos. Para el año calendario 2023 este monto es \$4,500.

Los montos que usted paga por los copagos y el coseguro por los servicios cubiertos cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo. Además, los montos que pague por algunos servicios no se toman en cuenta para el monto de bolsillo que usted tiene que pagar de su bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco (*) en la Tabla de beneficios médicos. Si llega al monto máximo que paga de su bolsillo de \$4,500, no deberá pagar costos de su bolsillo por el resto del año por los servicios cubiertos por Medicare de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o cualquier otro tercero pague su prima de la Parte B).

Sección 1.3 Nuestro plan no permite que los proveedores le “facturen saldos”

Como miembro de nuestro plan, una protección importante para usted es que solo tiene que pagar el monto del costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos a los proveedores agregar cargos adicionales, lo que se denomina “facturación de saldos”. Esta protección se aplica aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Aquí le mostramos cómo funciona esta protección.

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad determinada de dinero, por ejemplo, \$15.00), entonces usted paga solamente ese monto por cualquier servicio cubierto del proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor:
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (como quedó estipulado en el contrato entre el proveedor y el plan).
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor que no pertenece a la red y que participa con Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Recuerde que el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando tiene una remisión o para servicios de emergencia o necesarios con urgencia).
 - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor que no pertenece a la red y que no participa con Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Recuerde que el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando tiene una remisión o para servicios de emergencia o necesarios con urgencia).
- Si cree que un proveedor le ha “facturado saldos”, llame a Servicios para los miembros.

SECCIÓN 2 Utilice la *Tabla de beneficios médicos* para averiguar qué es lo que está cubierto y cuánto le corresponde pagar

Sección 2.1 Sus beneficios médicos como miembro del plan

En las siguientes páginas, la Tabla de beneficios médicos enumera los servicios que nuestro plan cubre y lo que debe pagar de su bolsillo por cada servicio. Los servicios descritos en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumple con los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios que cubre Medicare deben brindarse de conformidad con las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros, los equipos y los medicamentos con receta de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. “Médicamente

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

necesario” significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.

- Recibe su atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red, a menos que se trate de atención de emergencia o de urgencia, o a menos que su plan o un proveedor de la red le haya dado una remisión. Esto significa que tendrá que pagarle al proveedor la totalidad de los servicios prestados.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (PCP) que brinda y supervisa su atención. En la mayoría de los casos, su PCP deberá autorizarlo antes de que acuda a otros proveedores de la red del plan. A esto se le denomina darle una “remisión”.
- Algunos de los servicios mencionados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos *solo* si el médico o los demás proveedores de la red obtienen nuestra aprobación por adelantado (esto suele denominarse “autorización previa”). Los servicios cubiertos que deben aprobarse por adelantado están marcados en la Tabla de beneficios médicos en cursiva.

Otra información importante que debe saber sobre su cobertura:

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. Para algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Original Medicare. Para otros, usted paga *menos*. (Si desea obtener información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare & You (Medicare y Usted) de 2023*. También puede consultarlo en línea en www.medicare.gov o solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Original Medicare, nosotros también cubrimos el servicio sin costo para usted. Sin embargo, si a usted también se le trata o controla por una afección existente durante la consulta en la que recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención recibida por la afección existente.
- Si Medicare agrega cobertura para algún servicio durante el año 2023, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.



Verá esta manzana junto a los servicios preventivos en la Tabla de beneficios.

Tabla de beneficios médicos

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Un ultrasonido de detección de una sola vez para personas en riesgo. El plan solo cubre este examen si tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene una remisión de su médico, asistente médico, enfermero practicante o enfermero clínico especialista.	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.
Acupuntura para dolor crónico en la parte baja de la espalda Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Los beneficiarios de Medicare reciben cobertura para hasta 12 consultas en 90 días en las siguientes circunstancias: A los fines de este beneficio, el dolor crónico en la parte baja de la espalda se define según los siguientes términos: • Dura 12 semanas o más; • no es específico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica que se pueda identificar (p.ej., no está relacionado con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etcétera); • no se relaciona con cirugía; y • no se relaciona con un embarazo. Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que manifiesten mejoría. No se administrarán más de 20 tratamientos de acupuntura por año. El tratamiento se debe cancelar si el paciente no mejora o empeora. Requisitos del proveedor: Los médicos (como se define en 1861(r)(1) de la Ley del Seguro Social (la Ley) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables.	\$5 de copago por servicios de acupuntura cubiertos por Medicare que se reciben en el consultorio de un PCP. \$10 de copago por servicios de acupuntura cubiertos por Medicare que se reciben en el consultorio de un especialista. <i>Puede requerirse una remisión. Puede requerirse autorización previa.</i> \$0 de copago por servicios de acupuntura cubiertos por Medicare que se reciben en el consultorio de un quiropráctico. <i>Puede requerirse una remisión. Puede requerirse autorización previa.</i>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Los asistentes médicos (physician assistants, PA), los enfermeros con práctica médica (nurse practitioners, NP)/especialistas en enfermería clínica (clinical nurse specialists, CNS) (como se identifica en 1861(aa)(5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y tienen: • una maestría o un doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM); y • una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un estado, territorio o estado libre asociado (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia. El personal auxiliar que proporciona acupuntura debe estar bajo el nivel apropiado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS requerido por nuestras regulaciones en 42 CFR §§ 410.26 y 410.27.	

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Nuestro plan también cubre hasta 36 consultas de acupuntura complementarias (sin cobertura de Medicare) cada año. En la mayoría de los casos, para recibir servicios cubiertos, usted debe usar un proveedor que tenga contrato con nosotros. Comuníquese con nuestro plan si tiene preguntas acerca de cómo usar este beneficio. Los servicios de acupuntura cubiertos incluyen: • Un examen de nuevo paciente o un examen de paciente establecido, para la primera evaluación de un paciente con un nuevo problema de salud o un nuevo rebrote • Exámenes de paciente establecido (dentro de los tres años posteriores a un nuevo examen) • Consultas de seguimiento, que pueden incluir servicios de acupuntura o la repetición de un examen anterior • Una segunda opinión con un proveedor diferente, dentro de la red • Servicios urgentes y de emergencia Para obtener un formulario de reclamo, información adicional o asistencia para encontrar un proveedor de la red, puede llamar a Servicios para los miembros o visite nuestra página web en www.wellcare.com/healthnetCA.	\$0 de copago por cada consulta de acupuntura complementaria (no cubierta por Medicare).* <i>Puede requerirse una remisión. Puede requerirse autorización previa.</i>
Servicios de ambulancia • Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el centro apropiado más cercano que puede brindar atención solamente si se trata de un miembro cuya afección es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro su salud o si está autorizado por el plan.	\$125 de copago por un traslado de un solo tramo mediante servicios de ambulancia terrestre cubiertos por Medicare. <i>Puede requerirse autorización previa para transporte en una aeronave de ala fija y para transporte que no sea de emergencia.</i> El costo compartido no se aplica si usted es ingresado para recibir atención hospitalaria como paciente internado.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
El transporte en ambulancia que no sea de emergencia es aplicable si se documenta que la enfermedad del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.	\$125 de copago por un traslado de un solo tramo mediante servicios de ambulancia aérea cubiertos por Medicare. <i>Puede requerirse autorización previa para transporte en una aeronave de ala fija y para transporte que no sea de emergencia.</i> El costo compartido no se aplica si usted es ingresado para recibir atención hospitalaria como paciente internado.
Examen físico de rutina anual El examen físico anual incluye el examen del corazón, los pulmones, el abdomen y los sistemas neurológicos, así como un examen físico integral (como cabeza, cuello y extremidades) e historial médico/familiar detallado, además de los servicios incluidos en la consulta anual de bienestar.	\$0 de copago por un examen físico de rutina anual.*
 Consulta anual de bienestar Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede tener una consulta anual de bienestar para establecer o actualizar un plan de prevención personalizado basado en los factores de riesgo y salud actuales. Está cubierta una vez cada 12 meses. Nota: su primera consulta anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses de su consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”. Sin embargo, no necesita haber realizado una consulta de “Bienvenido a Medicare” para tener cobertura para las consultas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B por 12 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta anual de bienestar.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Medición de la masa ósea Para las personas que reúnan los requisitos (generalmente, personas en riesgo de pérdida de la masa ósea o de osteoporosis), están cubiertos los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si se considera médicamente necesario: procedimientos para determinar la densidad ósea, detectar la pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea, incluso la interpretación de los resultados por parte del médico.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.
 Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen: • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años • Una mamografía de control cada 12 meses para las mujeres de 40 años o más • Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses • Una mamografía de diagnóstico médicamente necesaria	No se requiere coseguro, copago ni deducible para mamografías de diagnóstico cubiertas. \$0 de copago por una mamografía de diagnóstico médicamente necesaria. <i>Puede requerirse una remisión.</i> <i>Puede requerirse autorización previa.</i>
Servicios de rehabilitación cardíaca Programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento que están cubiertos para miembros que cumplen con determinadas condiciones con una remisión del médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son habitualmente más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	\$0 de copago por servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare. <i>Puede requerirse una remisión.</i> \$0 de copago por servicios intensivos de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare. <i>Puede requerirse una remisión.</i>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Consulta para reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarle a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, su médico puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), medir su presión arterial y brindarle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo bien.	No se requiere coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares.
 Análisis para detectar enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas al riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el análisis para detectar enfermedades cardiovasculares que se cubre una vez cada 5 años.
 Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina Los servicios cubiertos incluyen: • Para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses • Si corre alto riesgo de padecer cáncer de cuello de útero o vaginal o está en edad de procrear y ha obtenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.
Servicios de quiropráctica Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Manipulación manual de la columna vertebral para corregir la subluxación.	\$0 de copago por servicios de quiropráctica cubiertos por Medicare. <i>Puede requerirse una remisión. Puede requerirse autorización previa.</i>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Nuestros planes también cubren consultas complementarias de quiropráctica (sin cobertura de Medicare) hasta un total de 36 consultas cada año. Consultas suplementarias para quiropráctica (no cubiertas por Medicare) con servicios para apoyar la espalda, el cuello o las articulaciones de los brazos y las piernas están limitados por necesidad médica. Los servicios quiroprácticos cubiertos incluyen: • Un examen inicial (examen de paciente nuevo o examen de paciente establecido para la primera evaluación de un nuevo problema de salud o un nuevo brote). • Re-exámenes (Exámenes de pacientes establecidos, cuando sea necesario para evaluar el progreso o modificar el tratamiento), manipulación de la columna, o articulaciones, y/u otros servicios (estos servicios se pueden proporcionar en la misma visita que un examen) • Rayos X y servicios de laboratorio cuando sean proporcionados o referidos por un quiropráctico contratado. Los servicios de rayos X y de laboratorio realizados fuera de una visita de un paciente nuevo o establecido evaluarán un copago individual. Para obtener un formulario de reclamo, para obtener información adicional o para obtener ayuda para encontrar un proveedor de la red, puede llamar a Servicios para los miembros o visite nuestro sitio web en www.wellcare.com/healthnetCA.	\$0 de copago por cada consulta complementaria de quiropráctica (no cubierta por Medicare).* <i>Puede requerirse una remisión. Puede requerirse autorización previa.</i>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Prueba de detección de cáncer colorrectal Para las personas de 50 años o más, están cubiertos los siguientes estudios: - Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario de detección como alternativa) cada 48 meses Una de las siguientes pruebas cada 12 meses: - Prueba de sangre oculta en materia fecal con guayacol (Guaiaac-Based Fecal Occult Blood Test, gFOBT) - Prueba inmunoquímica fecal (Fecal Immunochemical Test, FIT) Examen de detección colorrectal Basado en ADN cada 3 años Para las personas que tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal cubrimos lo siguiente: - Colonoscopia de detección (o enema de bario de detección como alternativa) cada 24 meses Para las personas que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal cubrimos lo siguiente: - Colonoscopia de detección cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses de una sigmoidoscopia de detección - Servicios preventivos de enema de bario cubiertos por Medicare	No se requiere coseguro, copago ni deducible por un examen cubierto por Medicare para la detección del cáncer colorrectal. \$0 de copago por servicios de enema de bario cubiertos por Medicare. <i>Puede requerirse una remisión.</i>
Servicios dentales Los beneficios dentales adicionales están disponibles por una prima adicional. Consulte la Sección 2.2 de este capítulo para más información.	

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Prueba de detección de depresión Cubrimos un examen de detección de depresión por año. La prueba de detección debe realizarse en un establecimiento de atención primaria que pueda brindar remisiones y tratamiento de seguimiento.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta anual de detección de depresión.
 Prueba de detección de diabetes Cubrimos esta prueba (incluidas pruebas rápidas de glucosa) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), niveles históricos anormales de triglicéridos y colesterol (dislipidemia), obesidad o historial de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). Los exámenes también pueden ser cubiertos si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes. Según los resultados de estos exámenes, puede ser elegible para realizarse hasta dos pruebas de diagnóstico de diabetes cada 12 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible por pruebas de diagnóstico de diabetes cubiertas por Medicare.
 Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos Para todas las personas que padecen diabetes (ya sea que usen insulina o no). Los servicios cubiertos incluyen: • Suministros para controlar la glucosa en sangre: glucómetro, tiras reactivas para análisis de glucosa en sangre, dispositivos de punción y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y de los glucómetros. • Para las personas que padecen diabetes y pie diabético grave: un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (con los zapatos se incluyen las plantillas ortopédicas) y dos pares extra de plantillas ortopédicas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas ortopédicas (con los zapatos no se incluyen las plantillas ortopédicas extraíbles que no están hechas a medida). La cobertura incluye adaptación.	\$0 de copago para suministros para el monitoreo de la diabetes cubiertos por Medicare. <i>Puede requerirse autorización previa.</i> 20% de coseguro por zapatos terapéuticos o plantillas ortopédicas cubiertos por Medicare para las personas que padecen diabetes y pie diabético grave. <i>Puede requerirse autorización previa.</i>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta, siempre que se cumpla con ciertos requisitos. Los productos OneTouch™ de Lifescan son nuestros suministros preferidos de pruebas para diabetes (monitores de glucosa y tiras reactivas). Para obtener más información acerca de los artículos que están en nuestra lista de suministros de pruebas para diabetes, comuníquese con Servicios para los miembros. Si usted usa suministros de pruebas para diabetes que no son los preferidos del plan, hable con su proveedor para obtener una receta nueva o para solicitar la autorización previa para el monitor de glucosa y las tiras reactivas no preferidos.	\$0 de copago por capacitación para el autocontrol de la diabetes cubierta por Medicare. <i>Puede requerirse una remisión.</i>
Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) y suministros relacionados (Encontrará una definición de "equipo médico duradero" en el Capítulo 10 de este documento, así como en la Sección 7 del Capítulo 3). Los artículos cubiertos incluyen, pero no se limitan a: sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todo el equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) que sea médicamente necesario cubierto por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no trabaja una marca o un fabricante en particular, puede solicitarle que le realice un pedido especial para usted. La lista más actualizada de proveedores está disponible en nuestro sitio web www.wellcare.com/healthnetCA.	20% de coseguro por equipo médico duradero cubierto por Medicare. <i>Puede requerirse autorización previa.</i> 20% de coseguro por suministros médicos cubiertos por Medicare. <i>Puede requerirse autorización previa.</i> Su costo compartido por la cobertura de Medicare para el equipo de oxígeno es un 20% de coseguro, cada 36 meses. Sus costos compartidos no cambiarán después de estar inscrito durante 36 meses. Si antes de inscribirse en nuestro plan hubiera hecho pagos de alquiler por 36 meses por la cobertura de equipo de oxígeno, su costo compartido en nuestro plan es un 20% de coseguro.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención de emergencia La atención de emergencia se refiere a los servicios que son: • Proporcionados por un proveedor calificado para proporcionar servicios de emergencia, y • Necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia. Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un niño por nacer), pérdida de una extremidad o pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente. Los costos compartidos para los servicios de emergencia necesarios que se brindan fuera de la red son los mismos que para los servicios que se brindan dentro de la red. Usted tiene cobertura para atención de emergencia fuera de los Estados Unidos.	\$110 de copago para visitas a la sala de emergencias cubiertas por Medicare. Usted no paga este monto si lo ingresan en un hospital dentro de un plazo de 24 horas por la misma enfermedad. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita recibir atención para pacientes internados después de haber estabilizado su condición de emergencia, usted debe regresar a un hospital dentro de la red para que se siga cubriendo su atención o debe recibir la atención para pacientes internados en un hospital fuera de la red que el plan autorice y su costo será el costo compartido que pagaría en un hospital de la red. \$110 de copago por servicios de emergencia fuera de Estados Unidos.* No se anula el costo compartido de la atención médica de emergencia en todo el mundo si lo internan en un hospital. Está cubierto por hasta \$50,000 cada año por servicios de emergencia o de urgencia fuera de Estados Unidos.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Programas de educación sobre la salud y el bienestar Línea de asesoría de enfermería (Nurse Advice Line) Asesoramiento telefónico gratuito y consejo de enfermería por parte de personal clínico capacitado. La línea de consejo de enfermería está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para ayudar con las preguntas relacionadas con la salud que usted tenga. Puede comunicarse a la línea de consejo de enfermería a través del número de teléfono que figura en su tarjeta de miembro o llamando a Servicios para los miembros y pida que lo transfieran a la línea de consejo de enfermería. Programa de acondicionamiento físico Nuestro plan proporciona una membresía a un programa de acondicionamiento físico flexible con créditos mensuales para usar en una variedad de gimnasios más grandes o estudios de acondicionamiento físico locales. Tendrá 32 créditos cada mes para utilizar. Los créditos se pueden usar para cubrir una membresía mensual de gimnasio con visitas ilimitadas y/o clases de gimnasio, kits de ejercicios en el hogar y videos de ejercicios. Los créditos no utilizados de la asignación mensual no se transfieren al mes siguiente. Para obtener más información sobre la membresía de acondicionamiento físico, llame al Servicios para los miembros o visite nuestro sitio web en www.wellcare.com/healthnetCA.	\$0 de copago por la línea de asesoría de enfermería.* \$0 de copago por el beneficio de acondicionamiento físico.*
Servicios auditivos Las evaluaciones auditivas de diagnóstico y las relacionadas con el equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico se cubren como atención para pacientes externos cuando las proporciona un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado. Nuestro plan también cubre los siguientes servicios auditivos complementarios (es decir, de rutina):	\$10 de copago por cada examen de audición cubierto por Medicare. <i>Puede requerirse una remisión. Puede requerirse autorización previa.</i> Servicios auditivos complementarios (es decir, de rutina):

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
• 1 examen de audición rutinario cada año. • 1 ajuste y evaluación de audífonos cada año. Los servicios de audición de rutina deben recibirse de un proveedor participante para que estén cubiertos por el plan. Para obtener más información sobre los beneficios y la información de contacto de su proveedor de audición, llame a Servicios para los miembros o visite nuestro sitio web www.wellcare.com/healthnetCA	\$0 de copago por 1 examen de audición rutinario cada año.* <i>Puede requerirse una remisión. Puede requerirse autorización previa.</i> \$0 de copago por 1 ajuste y evaluación de audífonos cada año.* <i>Puede requerirse una remisión. Puede requerirse autorización previa.</i>
 Prueba de detección de VIH Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que están en mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos: • Una prueba de detección cada 12 meses Para mujeres embarazadas, cubrimos: • Hasta tres pruebas de detección durante el embarazo	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para pruebas de detección de VIH preventivas cubiertas por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención médica a domicilio Antes de recibir los servicios de atención médica a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita servicios médicos a domicilio y solicitará que una agencia de atención médica a domicilio le brinde estos servicios. El requisito es que usted no pueda salir de su casa, lo que significa que hacerlo implica un gran esfuerzo. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios de enfermería especializada o los servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio en forma intermitente o de medio tiempo (se cubrirán en función del beneficio de atención médica a domicilio; los servicios de enfermería especializada y los servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio combinados deben totalizar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana) • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipos y suministros médicos	\$0 de copago por cada servicio de agencia de salud a domicilio cubierto por Medicare. <i>Puede requerirse una remisión. Puede requerirse autorización previa.</i>
Terapia de infusión a domicilio La terapia de infusión a domicilio implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en el hogar. Los componentes necesarios para realizar la infusión a domicilio incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, tubos y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios profesionales, incluidos servicios de enfermería, prestados según el plan de atención • Capacitación y educación del paciente que no estén cubiertos por los beneficios de equipo médico duradero • Supervisión remota • Servicios de supervisión para el suministro de terapia de infusión a domicilio además de medicamentos afines administrados por un proveedor capacitado para terapia de infusión en el hogar	\$5 de copago por servicios profesionales de un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP), incluidos los servicios de enfermería, capacitación y educación, monitoreo remoto y servicios de monitoreo. \$10 de copago por servicios profesionales de un especialista, incluidos los servicios de enfermería, de capacitación y educativos, el monitoreo remoto y los servicios de monitoreo. <i>Puede requerirse una remisión. Puede requerirse autorización previa.</i>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
	El equipo y los suministros para infusión a domicilio están cubiertos a través del beneficio de Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME). Consulte la sección "Equipo médico duradero y suministros relacionados" para obtener información sobre costos compartidos. Los medicamentos para infusión a domicilio están cubiertos a través del beneficio de Medicamentos de la Parte B de Medicare. Consulte la sección "Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare" para obtener información sobre costos compartidos.
Atención en un hospicio Usted es elegible para el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le han dado un diagnóstico de enfermedad terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y que tiene una expectativa de vida inferior a 6 meses si su enfermedad sigue el curso normal. Es posible que usted reciba atención de parte de cualquier programa de hospicios certificado por Medicare. Su plan está obligado a ayudarle a encontrar programas de hospicios certificados por Medicare que se encuentren en el área de servicio del plan, incluidos aquellos que la organización de MA posee, controla o en los cuales tiene un interés financiero. El médico de su hospicio puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos para el control de los síntomas y alivio del dolor • Atención de alivio a corto plazo • Atención a domicilio	Cuando se inscribe en un programa de hospicios certificado por Medicare, los servicios de hospicio y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal son pagados por Original Medicare, y no por nuestro plan. El costo compartido por los servicios de un médico se pueden aplicar a los servicios de consulta en un hospicio. Consulte la Sección "Servicios de un médico/practicante médico" de esta tabla para obtener información sobre los costos compartidos.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención en un hospicio (continuación) Cuando ingresa en un hospicio, usted tiene el derecho de permanecer en su plan; si elige permanecer en el plan debe seguir pagando las primas. <u>Para los servicios de hospicio y para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que se relacionan con su diagnóstico de enfermedad terminal:</u> Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor por sus servicios de hospicio y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionado con su diagnóstico de enfermedad terminal. Mientras esté en el programa de hospicios, su proveedor del hospicio facturará a Original Medicare por los servicios que Original Medicare cubra. A usted se le facturará el costo compartido de Original Medicare. <u>Para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no se relacionen con su diagnóstico de enfermedad terminal:</u> si necesita servicios que no sean de emergencia ni de urgencia que estén cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no estén relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal, el costo de estos servicios depende de si usted utiliza un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las normas del plan (como cuando hay el requisito de obtener una autorización previa). • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las normas del plan para obtener los servicios, solo pagará el monto de costo compartido del plan para los servicios dentro de la red • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, pagará el costo compartido correspondiente al pago por servicio de Medicare (Original Medicare)	

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<u>Para los servicios cubiertos por nuestro plan pero que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare:</u> Nuestro plan continuará cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o la Parte B o que no estén relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal. Usted paga el monto del costo compartido de su plan por estos servicios. Nota: si necesita atención médica que no sea en un hospicio (atención que no está relacionada con su diagnóstico de enfermedad terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios. Nuestro plan cubre servicios de consulta de hospicio (solo una vez) para una persona con una enfermedad terminal que no haya elegido el beneficio de hospicio.	
 Inmunizaciones Los servicios cubiertos de la Parte B de Medicare incluyen: • Vacuna contra la neumonía; • Vacunas antigripales, una vez en cada temporada de gripe en el otoño y el invierno, y vacunas antigripales adicionales si son médicamente necesarias; • Vacuna contra la hepatitis B si corre riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B; • Vacuna contra la enfermedad por coronavirus de 2019 (COVID-19); • Otras vacunas si su salud está en peligro y si estas cumplen con los requisitos de cobertura de la Parte B de Medicare.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B y COVID-19. Para otras vacunas cubiertas por Medicare (si usted está en riesgo y estas cumplen con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare), consulte la sección de medicamentos con receta de la Parte B de Medicare que se encuentra en esta tabla para saber cuál es el costo compartido aplicable. <i>Algunos medicamentos de la Parte B requieren autorización previa para estar cubiertos.</i>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención hospitalaria para pacientes internados Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado. Usted tiene cobertura para 180 días de hospitalizaciones cubiertas por Medicare para pacientes internados.	Para admisiones cubiertas por Medicare, por admisión: \$200 de copago por día por los días 1 al 5 y \$0 de copago por día por los días 6 al 90 por atención hospitalaria. \$0 de copago por día por los días 91 al 180 por días adicionales.* *Original Medicare cubre 90 días de atención hospitalaria aguda para pacientes internados. Nuestro plan ofrece días adicionales de internación en el hospital cuando sea médicamente necesario. El costo compartido, si corresponde, para estos días, no se aplica a su máximo de gastos de bolsillo. \$0 de copago al día por días de reserva de por vida. Los días adicionales de reserva de por vida son días que el plan pagará cuando los miembros estén en el hospital por más días que el número de días cubiertos por el plan. Los miembros tienen un total de 60 días de reserva que se pueden usar durante su vida. Si obtiene atención autorizada para pacientes internados en un hospital fuera de la red una vez que se ha estabilizado la afección que causó la emergencia, el costo que le corresponde pagar es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería permanentes • Costos de las unidades de cuidados especiales (por ejemplo, unidades de cuidados intensivos o coronarios) • Medicamentos • Análisis de laboratorio • Radiografías y otros servicios radiológicos • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios • Uso de aparatos, como sillas de ruedas • Costos de la sala de operaciones y de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje • Servicios por abuso de sustancias para pacientes internados • En determinadas condiciones, están cubiertos los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/múltiples vísceras. Si necesita un trasplante, haremos los arreglos para que su caso sea revisado por un centro de trasplante aprobado por Medicare que decidirá si usted es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante de la red se encuentran fuera del patrón de atención de la comunidad, puede elegir un lugar cerca siempre y cuando los proveedores locales de trasplante estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si su plan brinda servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige llevar a cabo el trasplante en este lugar distante, coordinaremos o pagaremos los costos de transporte y alojamiento correspondientes para usted y un acompañante. • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la primera pinta de sangre que usted	<i>Puede requerirse una remisión.</i> <i>Puede requerirse autorización previa.</i> No se aplican los períodos de beneficios de hospital de Medicare. Para la atención hospitalaria para pacientes hospitalizados, los costos compartidos descritos anteriormente se aplican cada vez que ingresa en el hospital. Una transferencia a un centro separado (como un hospital de rehabilitación para pacientes hospitalizados agudos u otro hospital de cuidados agudos) se considera una nueva admisión. Los costos compartidos se aplican a partir del primer día ingresado y no incluyen el día del alta.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
necesite. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. • Servicios médicos Nota: para ser paciente internado, el proveedor debe hacer una orden por escrito para que lo ingresen de manera formal como paciente internado en el hospital. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”. Si no está seguro de si es un paciente internado o externo, consulte con el personal del hospital. También, puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada “Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!” (¿Está usted internado o es un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡consulte!). La hoja de datos se encuentra disponible en Internet en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.	

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de salud mental que requieren hospitalización. Está cubierto durante 90 días por admisión para estancias cubiertas por Medicare. Hay un límite de 190 días de por vida para los servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no es aplicable a los servicios de salud mental brindados en una unidad psiquiátrica de un hospital general. Si ha utilizado parte del beneficio de 190 días de por vida de Medicare antes de inscribirse en nuestro plan, solo tendrá derecho a recibir el resto de los días de por vida.	Para admisiones cubiertas por Medicare, por admisión: \$900 de copago por cada estancia de atención de salud mental. \$0 de copago al día por días de reserva de por vida. Los días adicionales de reserva de por vida son días que el plan pagará cuando los miembros estén en el hospital por más días que el número de días cubiertos por el plan. Los miembros tienen un total de 60 días de reserva que se pueden usar durante su vida. Si obtiene atención autorizada para pacientes internados en un hospital fuera de la red una vez que se ha estabilizado la afección que causó la emergencia, el costo que le corresponde pagar es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red. <i>Puede requerirse autorización previa.</i>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
	Los periodos de beneficios hospitalarios de Medicare no aplican. En el caso de atención mental para pacientes internados, el costo compartido descrito arriba aplica cada vez que usted sea hospitalizado. El ser transferido a un centro distinto (como un hospital de rehabilitación para pacientes internados de cuidados agudos o a otro hospital de cuidados agudos) se considera una hospitalización nueva. Los costos compartidos se aplican a partir del primer día ingresado y no incluyen el día de alta.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Hospitalización: servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta Si ha agotado sus beneficios para paciente internado o si la hospitalización no es razonable y necesaria, no cubriremos su hospitalización. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que recibe mientras está en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios médicos. • Análisis de diagnóstico (como análisis de laboratorio). • Terapias por radiografías, radio e isótopos, incluidos los materiales y servicios del personal técnico. • Vendajes quirúrgicos. • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones. • Dispositivos ortésicos y protésicos (salvo los dentales) que sustituyen una parte o la totalidad de un órgano interno del cuerpo (incluso tejido contiguo), o bien una parte o la totalidad del funcionamiento de un órgano interno del cuerpo que no funciona bien o que permanentemente no funciona, incluso la sustitución o reparación de dichos dispositivos. • Soportes para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debidos a la rotura, al desgaste, a la pérdida o a un cambio en el estado físico del paciente. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.	Los servicios de la lista seguirán teniendo cobertura con los montos de costos compartidos que figuran en esta tabla de beneficios para el servicio específico.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Terapia de nutrición médica Este beneficio es para las personas con diabetes, enfermedad renal (del riñón) (pero no que reciban diálisis) o después de un trasplante de riñón cuando sea por orden del médico. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que recibe los servicios de terapia nutricional clínica en virtud de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier plan Medicare Advantage u Original Medicare) y 2 horas cada año, después de este. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, puede recibir más horas de tratamiento con la orden de un médico. El médico debe recetar estos servicios y renovar la orden todos los años si hay que continuar el tratamiento en el siguiente año calendario.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare.
 Programa de prevención de la diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) Los servicios del Programa de prevención de la diabetes de Medicare estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare a través de todos los planes de salud de Medicare. El MDPP es una intervención estructurada de cambio de conducta de salud que brinda capacitación práctica sobre cambio en la dieta a largo plazo, mayor actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos a fin de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare La Parte B de Original Medicare cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen: • Medicamentos que, generalmente, el paciente no se autoadministra y que se aplican por medio de una inyección o infusión cuando usted recibe los servicios de médicos, en un hospital para pacientes externos o en un centro quirúrgico ambulatorio • Medicamentos que se administran con equipos médicos duraderos (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por el plan • Factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia • Medicamentos inmunosupresores, si se encuentra inscrito en la Parte A de Medicare en el momento del trasplante de órganos • Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el médico confirma que se relacionó con la osteoporosis posmenopáusica y no puede administrarse usted mismo el medicamento	Algunos medicamentos pueden estar sujetos al tratamiento escalonado. 20% de coseguro por otros medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare. <i>Puede requerirse autorización previa.</i>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
• Antígenos • Determinados medicamentos orales contra el cáncer y contra las náuseas • Determinados medicamentos para diálisis en el hogar, incluyendo heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario, anestésicos tópicos y agentes estimulantes de la eritropoyesis (como Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa) • Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias Mediante el siguiente enlace accederá a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a tratamiento escalonado: https://wellcare.healthnetcalifornia.com/steptherapyb También cubrimos algunas vacunas bajo nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte B.	20% de coseguro por medicamentos por quimioterapia de la Parte B cubiertos por Medicare. <i>Puede requerirse autorización previa.</i>
Beneficio nutricional/dietético Cubrimos sesiones de asesoramiento a través de un dietista registrado o un profesional de la nutrición, con una orden de su médico, para abordar los cambios en su comportamiento que podrían mejorar una afección médica que tenga. El asesoramiento nutricional es un proceso de apoyo para establecer prioridades, establecer metas y crear planes de acción individualizados que reconozcan y fomenten la responsabilidad del cuidado personal. Puede acceder a estos servicios adicionales por teléfono y en línea utilizando Teladoc, el proveedor de visitas virtuales de nuestro plan. Para más información o para concertar una cita, llame a Teladoc al 1-800-835-2362 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	\$0 de copago por cada consulta individual de asesoría nutricional/dietética.*

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Prueba de detección de obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso continua Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si usted lo recibe en un establecimiento de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan integral de prevención. Para obtener más información, consulte con su especialista o médico de atención primaria.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los tratamientos y las pruebas de detección preventivos de obesidad.
Servicios del programa de tratamiento para opioides Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (OUD) pueden recibir cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Programa de tratamiento de opioides (OTP) que incluye los siguientes servicios: • Los medicamentos para el tratamiento con agonistas y antagonistas de opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) y el suministro y la administración de dichos medicamentos, si corresponde • Entrega y administración de los medicamentos del tratamiento asistido por medicamentos (medication-assisted treatment, MAT) (si corresponde) • Asesoramiento sobre consumo de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas toxicológicas • Actividades de consumo • Evaluaciones periódicas	\$10 de copago por cada consulta de tratamiento para opioides cubierta por Medicare. <i>Puede requerirse autorización previa.</i>
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Radiografías	\$0 de copago por radiografías cubiertas por Medicare. <i>Puede requerirse una remisión. Puede requerirse autorización previa.</i>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
• Tratamiento de radiación (radio e isótopos) que incluye materiales de los técnicos y suministros • Suministros quirúrgicos, por ejemplo vendajes • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones • Análisis de laboratorio • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la primera pinta de sangre que usted necesite. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. • Otras pruebas de diagnóstico para pacientes externos – Servicios de diagnóstico no radiológicos (por ejemplo, pruebas de alergias o electrocardiograma)	20% de coseguro por servicios de terapia radiológica cubiertos por Medicare. <i>Puede requerirse una remisión. Puede requerirse autorización previa.</i> 20% de coseguro por suministros médicos incluyendo yesos y entablillados cubiertos por Medicare. <i>Puede requerirse autorización previa.</i> \$0 de copago para procedimientos y pruebas de laboratorio y diagnóstico relacionados con COVID-19. \$0 de copago por todos los demás servicios de laboratorio cubiertos por Medicare (por ejemplo, análisis de orina). <i>Puede requerirse autorización previa.</i> \$0 de copago por servicios de sangre cubiertos por Medicare. <i>Puede requerirse una remisión.</i> \$0 de copago por procedimientos y pruebas de diagnóstico (por ejemplo, pruebas de alergias o electrocardiograma) cubiertos por Medicare. <i>Puede requerirse autorización previa.</i>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Otras pruebas de diagnóstico para pacientes externos (incluye pruebas complejas como CT, MRI, MRA, SPECT) - Servicios de diagnóstico radiológico, sin incluir radiografías simples.	\$200 de copago por servicios radiológicos de diagnóstico cubiertos por Medicare. <i>Puede requerirse una remisión. Puede requerirse autorización previa.</i> Si usted recibe varios servicios de la misma categoría en el mismo día en el mismo centro, será responsable solo de pagar el monto máximo de copago para esa categoría de servicio en el mismo centro. Sin embargo, si el beneficio de un servicio es un copago (monto fijo en dólares) y el beneficio de otro servicio es un coseguro (porcentaje del costo permitido), es posible que tenga que pagar tanto el copago como el coseguro.
Observación hospitalaria para pacientes externos Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes externos que se proporcionan para determinar si necesita ser ingresado como paciente internado o puede ser dado de alta. Para que los servicios hospitalarios de observación para pacientes externos tengan cobertura, deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación tienen cobertura solo cuando son proporcionados a partir de la orden de un médico o de otra persona autorizada por la ley de licencias del estado y los reglamentos sobre personal del hospital para ingresar pacientes al hospital u ordenar pruebas para pacientes externos.	\$110 de copago por servicios de observación para pacientes externos cuando entra en estado de observación en una sala de emergencias. \$200 de copago por servicios de observación para pacientes externos cuando entra en estado de observación en un centro para pacientes externos. Los costos adicionales aplicarán para los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare. <i>Puede requerirse autorización previa.</i>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Nota: A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden para que se le admita a usted como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada “Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!” (¿Está usted internado o es un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡consulte!). La hoja de datos se encuentra disponible en Internet https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.	
Servicios hospitalarios para pacientes externos Cubrimos servicios médicamente necesario(s) que se le hayan brindado en el departamento de pacientes externos de un hospital para diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes externos, como servicios de observación o cirugía para pacientes externos • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento con internación podría ser requerido sin esta atención • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suministros médicos como entablillados y yesos • Algunos medicamentos y productos biológicos que no se pueden autoadministrar Nota: A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden	Usted paga el monto aplicable de los costos que le corresponden como se muestran en esta Tabla de beneficios médicos para el servicio en particular. Si usted recibe varios servicios de la misma categoría en el mismo día en el mismo centro, será responsable solo de pagar el monto máximo de copago para esa categoría de servicio en el mismo centro. Sin embargo, si el beneficio de un servicio es un copago (monto fijo en dólares) y el beneficio de otro servicio es un coseguro (porcentaje del costo permitido), es posible que tenga que pagar tanto el copago como el coseguro.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada “Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!” (¿Está usted internado o es un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡consulte!). La hoja de datos se encuentra disponible en Internet en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.	
Atención de salud mental para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen: Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, asistente social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermero practicante, auxiliar médico u otro profesional de atención de salud mental calificado según Medicare, de conformidad con lo permitido por la legislación estatal aplicable. Servicios prestados por un psiquiatra	\$25 de copago por cada consulta de terapia individual cubierta por Medicare con un psiquiatra. <i>Puede requerirse autorización previa.</i> \$25 de copago por cada consulta de terapia grupal cubierta por Medicare con un psiquiatra. <i>Puede requerirse autorización previa.</i>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios proporcionados por otros proveedores de la atención para la salud mental	\$25 de copago por cada consulta para terapia individual cubierta por Medicare con otro profesional de atención de salud mental. <i>Puede requerirse autorización previa.</i> \$25 de copago por cada consulta para terapia grupal cubierta por Medicare con otro profesional de atención de salud mental. <i>Puede requerirse autorización previa.</i>
Servicios de rehabilitación para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación para pacientes externos son brindados en varios entornos para pacientes externos, como departamentos ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF). - Servicios prestados por un fisioterapeuta - Servicios prestados por un terapeuta ocupacional	\$10 de copago por cada consulta de fisioterapia cubierta por Medicare. <i>Puede requerirse una remisión.</i> <i>Puede requerirse autorización previa.</i> \$10 de copago por cada consulta de terapia ocupacional cubierta por Medicare. <i>Puede requerirse una remisión.</i> <i>Puede requerirse autorización previa.</i>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios prestados por un terapeuta del habla y del lenguaje	\$10 de copago por cada consulta de terapia del habla y del lenguaje cubierta por Medicare. <i>Puede requerirse una remisión. Puede requerirse autorización previa.</i>
Servicios por abuso de sustancias para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen: Servicios para trastornos por consumo de sustancias, como sesiones de terapia individual y grupal proporcionadas por un médico, psicólogo clínico, trabajador social clínico, enfermero clínico especialista, enfermero practicante, asistente médico u otro profesional o programa de atención de la salud mental calificado por Medicare, según lo permitan las leyes aplicables del estado.	\$25 de copago por cada consulta de terapia individual cubierta por Medicare. <i>Puede requerirse autorización previa.</i> \$25 de copago por cada consulta para terapia grupal cubierta por Medicare. <i>Puede requerirse autorización previa.</i>
Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios Nota: si va a ser sometido a una cirugía en un centro hospitalario, consulte con el proveedor si será considerado un paciente internado o externo. A menos que el proveedor escriba una orden de admisión para su hospitalización, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido para la cirugía ambulatoria. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”. Servicios prestados en un hospital para pacientes externos	\$200 de copago por cada consulta cubierta por Medicare en un centro hospitalario para pacientes externos. <i>Puede requerirse una remisión. Puede requerirse autorización previa.</i>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios prestados en un centro quirúrgico ambulatorio	\$100 de copago por cada consulta a un centro quirúrgico ambulatorio cubierta por Medicare. <i>Puede requerirse una remisión.</i> <i>Puede requerirse autorización previa.</i>
Servicios de hospitalización parcial La "hospitalización parcial" es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo, suministrado como un servicio hospitalario para pacientes externos o en un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización.	\$55 de copago por hospitalización parcial por día cubierta por Medicare. <i>Puede requerirse autorización previa.</i>
Servicios de médicos o profesionales, incluidas las consultas en el consultorio médico Los servicios cubiertos incluyen: - Servicios quirúrgicos o de atención médica necesarios llevados a cabo en un consultorio médico por un proveedor de atención primaria - Servicios quirúrgicos o de atención médica necesarios llevados a cabo en un consultorio médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento para pacientes externos de un hospital o cualquier otra ubicación - Consultas, diagnósticos y tratamientos por parte de un especialista	\$5 de copago por cada consulta en el consultorio de un PCP cubierta por Medicare. Consulte “Cirugía para pacientes externos” en esta tabla para conocer los montos de costo compartido aplicables a las visitas a centros quirúrgicos ambulatorios o en centros hospitalarios para pacientes externos. \$10 de copago por cada consulta con un especialista cubierta por Medicare. <i>Puede requerirse una remisión.</i> <i>Puede requerirse autorización previa.</i>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
• Otros profesionales de la salud • Exámenes auditivos básicos y relacionados con el equilibrio realizados por su PCP o especialista, si el médico así lo indica para determinar si usted necesita tratamiento médico	\$5 de copago por cada consulta con otros profesionales de atención médica en un consultorio de atención primaria. \$10 de copago por servicios recibidos de otros profesionales del cuidado de la salud en todos los demás lugares. <i>Puede requerirse una remisión.</i> <i>Puede requerirse autorización previa.</i> \$10 de copago por servicios de audición cubiertos por Medicare. <i>Puede requerirse una remisión.</i> <i>Puede requerirse autorización previa.</i>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
• Ciertos servicios de telesalud, incluidos: Servicios de urgencia, servicios de salud en el hogar, médico de atención primaria, terapia ocupacional, médico especialista, sesiones individuales para salud mental, servicios de podología, otros profesionales de atención médica, sesiones individuales para servicios psiquiátricos, de fisioterapia y de patología del habla y el lenguaje, sesiones individuales para el abuso de sustancias para pacientes externos y capacitación para el autocontrol de la diabetes. ○ Tiene la opción de obtener estos servicios a través de una consulta en persona o por telesalud. Si elige obtener uno de estos servicios por telesalud, debe utilizar a un proveedor de la red que ofrezca el servicio por telesalud. • Nuestro plan ofrece, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, acceso a consultas virtuales con médicos certificados por la junta médica, mediante Teladoc, para ayudarlo a abordar una amplia variedad de preguntas e inquietudes relacionadas con la salud. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, medicina general, salud conductual y dermatología. Una consulta virtual (también denominada consulta de telesalud) es una consulta con un médico, o bien por teléfono, o bien por internet, usando un teléfono inteligente, una tableta o una computadora. Ciertos tipos de consultas pueden requerir internet y un dispositivo equipado con cámara. Para más información o para concertar una cita, llame a Teladoc, al 1-800-835-2362 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. • Algunos servicios de telesalud, entre los que se incluyen consultas, diagnósticos y tratamientos por parte de un médico o profesional para los pacientes en ciertas áreas rurales u otras ubicaciones aprobadas por Medicare	\$0 de copago para los servicios de visita virtual realizados a través de Teladoc. Tome en cuenta que: El \$0 de copago mencionado antes solo aplica cuando se reciben servicios de Teladoc. Si usted recibe servicios en persona o de telemedicina de un proveedor de la red, y no de parte del proveedor de servicios virtual, usted pagará lo que le corresponde del costo establecido para dichos proveedores como se describe en esta tabla de beneficios (por ejemplo, si usted recibe servicios de telemedicina de su PCP, usted pagará lo que le corresponde pagar por los servicios de su PCP). <i>Puede requerirse una remisión. Puede requerirse autorización previa.</i>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
- Servicios de telesalud para las consultas mensuales relacionadas con una enfermedad renal en etapa terminal para los miembros que se realizan diálisis en el hogar o en un centro de diálisis renal basado en un hospital o basado en un hospital de acceso crítico, un centro de diálisis renal o en el hogar del miembro - Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación o el tratamiento de síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación - Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por el consumo de sustancias o un trastorno de salud mental que ocurre en simultáneo, independientemente de su ubicación - Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos mentales si: - Usted tiene una consulta en persona en un plazo de 6 meses previos a su primera consulta de telesalud - Usted tiene una consulta en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud - En ciertas circunstancias es posible hacer excepciones a lo anterior - Servicios de telesalud para consultas de salud mental ofrecidos por las Clínicas de salud rural y los centros de salud calificados por el gobierno federal (Rural Health Clinics and Federally Qualified Health Centers) - Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat de video) de 5 a 10 minutos con su médico <u>si</u>: - no es paciente nuevo y - el control no está relacionado con una consulta en el consultorio en los últimos 7 días y - el control no lleva a una consulta en el consultorio dentro de las 24 horas o la cita disponible más cercana	Usted pagará el costo compartido que se aplica al proveedor (como se describe en "Servicios de médicos/profesionales, incluidas las consultas al consultorio del médico" más arriba).

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
• Evaluación de videos o imágenes que usted envía a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico en un plazo de 24 horas <u>si</u>: ○ no es paciente nuevo y ○ la evaluación no está relacionada con una consulta en el consultorio dentro de los últimos 7 días y ○ la evaluación no lleva a una consulta en el consultorio dentro de las 24 horas o la cita disponible más cercana • Consulta que su médico realiza con otros médicos por teléfono, Internet o evaluación de registro de salud electrónico • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía	Usted pagará el costo compartido que se aplica al proveedor (como se describe en "Servicios de médicos/profesionales, incluidas las consultas al consultorio del médico" más arriba). Usted pagará el costo compartido que se aplica al proveedor (como se describe en "Servicios de médicos/profesionales, incluidas las consultas al consultorio del médico" más arriba) Usted pagará el costo compartido que se aplica al proveedor (como se describe en "Servicios de médicos/profesionales, incluidas las consultas al consultorio del médico" más arriba).

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención dental que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reducción de fracturas de mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para aplicar radioterapia por una enfermedad neoplásica, o servicios que estarían cubiertos si los brindara un médico)	\$10 de copago por cada servicio dental cubierto por Medicare. <i>Puede requerirse autorización previa.</i> Además de los costos compartidos mencionados arriba, habrá un copago y/o un coseguro por los servicios médicamente necesarios cubiertos por Medicare para el equipo médico duradero y los suministros, para las pruebas de diagnóstico para pacientes externos y para los servicios terapéuticos, los anteojos y los lentes de contacto después de una cirugía de cataratas y medicamentos con receta de la Parte B de Medicare, como se describe en esta Tabla de beneficios.
Servicios de podiatría Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: - Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos) - Atención de rutina de los pies para los miembros que padecen determinadas afecciones que comprometen las extremidades inferiores	\$10 de copago por servicios de podiatría cubiertos por Medicare. <i>Puede requerirse una remisión. Puede requerirse autorización previa.</i>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Los servicios cubiertos adicionales incluyen: Cuidado de los pies complementario (no cubierto por Medicare), con límite de hasta un total de 12 consultas cada año.	\$10 de copago por cada consulta complementaria de podiatría (no cubierta por Medicare).* <i>Puede requerirse una remisión. Puede requerirse autorización previa.</i>
 Pruebas de detección de cáncer de próstata Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente - una vez cada 12 meses: - Tacto rectal - Análisis del antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA)	\$0 de copago por examen rectal digital anual cubierto por Medicare. <i>Puede requerirse una remisión.</i> No se requiere coseguro, copago ni deducible para un análisis del PSA anual.
Dispositivos protésicos y suministros relacionados Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros, bolsas de colostomía y artículos directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, férulas, zapatos protésicos, miembros artificiales, prótesis mamarias (incluso un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Se incluyen determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos, así como la reparación o sustitución de estos dispositivos. Además, también se proporciona cierto grado de cobertura después de la extracción de cataratas o de una cirugía de cataratas (para obtener más detalles, consulte “Atención de la vista” más adelante en esta sección).	20% de coseguro para prótesis u órtesis cubiertas por Medicare. <i>Puede requerirse autorización previa.</i> 20% de coseguro por suministros médicos relacionados con dispositivos protésicos cubiertos por Medicare. <i>Puede requerirse autorización previa.</i>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas intensivos de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a grave y tienen una remisión del médico que atiende su enfermedad respiratoria crónica para comenzar una terapia de rehabilitación pulmonar.	\$0 de copago por cada consulta de servicios de rehabilitación pulmonar cubierta por Medicare. <i>Puede requerirse una remisión.</i>
 Prueba de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos con Medicare (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol pero que no son dependientes. Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, usted puede obtener hasta 4 sesiones breves de asesoramiento personales por año (si demuestra ser competente y estar alerta durante el asesoramiento) brindado por un médico o profesional de atención primaria calificado en un establecimiento de atención primaria.	No se requiere coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) Para las personas que reúnen los requisitos, se cubre una tomografía computarizada de baja dosis (Low Dose Computed Tomography, LDCT) cada 12 meses Los miembros elegibles deben cumplir con los siguientes requisitos: tener entre 50 y 77 años y no tener signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero tener antecedentes como fumadores de tabaco de, al menos, 20 paquetes/años y ser fumadores actualmente o haber dejado de fumar en los últimos 15 años y recibir una orden por escrito de parte de un médico o un profesional no médico calificado para realizarse una LDCT durante una consulta para el asesoramiento sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón y de la toma de decisiones compartidas que cumplan con los criterios de Medicare para dichas consultas. <i>Para poder realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT después de la prueba de detección inicial con una LDCT:</i> el miembro debe recibir una orden por escrito para realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT, que puede proporcionar un médico o profesional no médico calificado durante cualquier consulta apropiada. Si un médico o profesional no médico calificado elige realizar una consulta de asesoramiento y una consulta de toma de decisiones compartidas para realizar una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT posterior, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas cubierta por Medicare o para la LDCT.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenirlas Cubrimos pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) como clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que se encuentran en un mayor riesgo de infecciones por ETS cuando el proveedor de atención primaria las solicita. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertas etapas durante el embarazo. También cubrimos hasta two sesiones personales súper intensivas de asesoramiento conductual de 20 a 30 minutos por año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de infecciones por ETS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son brindadas por un proveedor de atención primaria y se realizan en un establecimiento de atención primaria, como en un consultorio del médico.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para pruebas de detección de ETS y asesoramiento para prevenirlas cubiertos por Medicare.
Servicios para tratar enfermedades renales Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios educativos sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. En el caso de los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV, cuando son remitidos por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal de por vida • Tratamientos de diálisis para pacientes externos (incluso tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3 o cuando su proveedor de este servicio no está disponible o no se tiene acceso a él de manera temporal).	20% de coseguro por servicios educativos sobre la enfermedad renal cubiertos por Medicare. <i>Puede requerirse una remisión.</i> 20% de coseguro por tratamientos de diálisis renal para pacientes externos cubiertos por Medicare. <i>Puede requerirse una remisión.</i>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
• Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si se le ingresa al hospital para recibir atención especial) • Capacitación para la autodiálisis (incluye su preparación y la de cualquier otra persona que lo ayude con los tratamientos de diálisis en su hogar) • Equipo y suministros para diálisis en su hogar • Determinados servicios de apoyo a domicilio (por ejemplo, cuando sea necesario, recibir visitas por parte de trabajadores capacitados y especializados en diálisis para verificar cómo va con la diálisis en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua) Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por los beneficios de cobertura para medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección, “Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare”.	Consulte "Atención hospitalaria para pacientes internados" para conocer los costos aplicables a los tratamientos de diálisis para pacientes internados. 20% de coseguro por la capacitación para la autodiálisis cubierta por Medicare. <i>Puede requerirse una remisión.</i> 20% de coseguro por equipos de diálisis en el hogar cubiertos por Medicare. <i>Puede requerirse autorización previa.</i> 20% de coseguro por suministros para diálisis cubiertos por Medicare. <i>Puede requerirse autorización previa.</i> 20% de coseguro por servicios de apoyo a domicilio cubiertos por Medicare. <i>Puede requerirse una remisión.</i>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) (En el Capítulo 10 de este folleto, encontrará una definición de “centro de atención de enfermería especializada”, que suele denominarse “SNF”, por “Skilled Nursing Facility”). Usted está cubierto por 100 días por hospitalización/internación. No se requiere hospitalización previa. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería especializada (Skilled nursing services, SNS). • Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla. • Medicamentos que se le administran como parte de su plan de atención (esto incluye sustancias que están naturalmente presentes en el cuerpo, como los factores de coagulación de la sangre). • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la primera pinta de sangre que usted necesite. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. • Suministros médicos y quirúrgicos proporcionados normalmente por los SNF. • Pruebas de laboratorio normalmente proporcionadas por SNF. • Radiografías y otros servicios de radiología normalmente proporcionados por SNF. • Uso de aparatos tales como sillas de ruedas que normalmente proporcionan los SNF. • Servicios de médicos/practicantes.	Para admisiones cubiertas por Medicare, por admisión: \$0 de copago por día por los días 1 al 20, \$75 de copago por día por los días 21 al 80, y \$0 de copago por día por los días 81 al 100 para atención en un centro de enfermería especializada cubierta por Medicare. Usted paga todos los costos por cada día después del día 100. <i>Puede requerirse autorización previa.</i>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Generalmente, la atención en los SNF la obtendrá en los centros de la red. No obstante, en determinadas condiciones que se detallan más abajo, es posible que pueda pagar el costo compartido dentro de la red por un centro que no sea proveedor de la red si dicho centro acepta los montos de pago de nuestro plan. • Un centro de cuidados o una comunidad de atención continua para los jubilados donde estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre que brinde los servicios de un centro de atención de enfermería especializada) • Un SNF donde su cónyuge esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital	Los costos compartidos se aplican a partir del primer día ingresado y no incluyen el día del alta.
 Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) <u>Si consume tabaco, pero no tiene signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco:</u> cubrimos dos tentativas de orientación para dejarlo dentro de un período de 12 meses como un servicio preventivo sin costo para usted. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas personales. <u>Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando algún medicamento que puede resultar afectado por el tabaco:</u> cubrimos servicios de asesoramiento para abandonar el hábito. Cubrimos dos tentativas de orientación para dejarlo, dentro de un período de 12 meses, no obstante, usted pagará el costo compartido aplicable. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas personales.	No se requiere coseguro, copago ni deducible por los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Sesiones adicionales para dejar de fumar: Nuestro plan también cubre hasta 5 consultas adicionales de asesoramiento para dejar de fumar, por Internet y por teléfono. Las consultas son ofrecidas por médicos capacitados, e incluyen orientación sobre los pasos del cambio, planificación, asesoramiento y educación. Este beneficio está disponible solamente a través de nuestro proveedor de telesalud Teladoc. Para más información o para concertar una cita, llame a Teladoc al 1-800-835-2362 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. También puede llamar a Servicios para los miembros o visitar nuestro sitio web en www.wellcare.com/healthnetCA.	\$0 de copago por sesiones adicionales para dejar de fumar.*

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Tratamiento con ejercicios supervisados (Supervised Exercise Therapy, SET) El tratamiento con ejercicios supervisados (Supervised Exercise Therapy, SET) está cubierto para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica (Peripheral Artery Disease, PAD) sintomática y una remisión para PAD del médico responsable del tratamiento de la PAD. Se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET. El programa de SET debe cumplir con lo siguiente: • Consistir en sesiones que duren entre 30 y 60 minutos y que consten de un programa de kinesioterapia para PAD en pacientes con claudicación • Llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes externos o en el consultorio de un médico • Proporcionarse por el personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen a los daños, y que esté capacitado en kinesioterapia para la PAD • Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínica, que debe estar capacitado en reanimación cardiopulmonar básica y avanzada El SET podría cubrirse por 36 sesiones adicionales en un período de tiempo extendido, más allá de las 36 sesiones en 12 semanas, si un proveedor de atención médica considera que es médicamente necesario.	\$0 de copago por cada consulta de ejercicio supervisado cubierta por Medicare. <i>Puede requerirse una remisión.</i>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios de urgencia necesarios Servicios que se necesitan con urgencia, que se proporcionan para tratar una enfermedad, lesión o afección no prevista que no representa una emergencia y requiere atención médica inmediata, pero que, dadas sus circunstancias, no es posible o razonable obtener servicios de proveedores de la red. Algunos ejemplos de servicios que se necesitan con urgencia que el plan debe cubrir fuera de la red son i) si usted necesita atención inmediata durante el fin de semana, o ii) usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan. Los servicios se deben necesitar inmediatamente y ser médicamente necesarios. Si no es razonable, dadas sus circunstancias, obtener inmediatamente la atención médica de un proveedor de la red, entonces su plan cubrirá los servicios que se necesitan con urgencia de parte de un proveedor fuera de la red. Los servicios de urgencia fuera de Estados Unidos están cubiertos.	\$10 de copago por consultas de servicios de urgencia cubiertas por Medicare. El copago no se aplica si lo internan en un hospital dentro de 24 horas por la misma afección. \$110 de copago por los servicios urgentes fuera de Estados Unidos.* El costo compartido de la consulta de servicios de urgencia en todo el mundo no se anula si es admitido para atención hospitalaria como paciente hospitalizado. Está cubierto por hasta \$50,000 cada año por servicios de emergencia o de urgencia fuera de Estados Unidos.
 Atención de la vista Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Servicios de médicos para pacientes externos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de la vista de rutina (refracción de la vista) para anteojos o lentes de contacto	\$10 de copago por todos los demás exámenes de la vista para diagnosticar y tratar las enfermedades de los ojos. <i>Puede requerirse una remisión. Puede requerirse autorización previa.</i>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
• Para las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma son las personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas con diabetes, los afroestadounidenses de 50 años o más y los hispanoamericanos de 65 años o más • Para las personas con diabetes, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética por año • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la colocación de una lente intraocular (Si necesita dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos pares de anteojos después de la segunda cirugía). Además, nuestro plan cubre los siguientes servicios de la vista complementarios (es decir, de rutina): • 1 examen de la vista rutinario cada año. El examen de la vista rutinario incluye una prueba de glaucoma para las personas con riesgo de padecerlo y un examen de retina para los diabéticos. • Sin límite de pares de anteojos con receta cada año hasta un beneficio máximo de \$100 cada año. Los anteojos cubiertos incluyen cualquiera de los siguientes: ○ Antejos (marcos y lentes) o ○ Solo lentes para anteojos o ○ Solo marcos para anteojos o ○ Lentes de contacto en lugar de anteojos o ○ Actualizaciones en material óptico para corregir la vista Nota: El plan cubre la tarifa de ajuste de lentes de contacto.	\$0 de copago por una evaluación cubierta por Medicare de glaucoma. <i>Puede requerirse una remisión.</i> \$0 de copago por exámenes de retina para miembros con diabetes cubiertos por Medicare. <i>Puede requerirse una remisión.</i> <i>Puede requerirse autorización previa.</i> \$0 de copago para anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare. <i>Puede requerirse una remisión.</i> <i>Puede requerirse autorización previa.</i> Servicios de la vista complementarios (es decir, de rutina): \$0 de copago por 1 examen ocular de rutina cada año.* <i>Puede requerirse una remisión.</i> <i>Puede requerirse autorización previa.</i> \$0 de copago por anteojos o lentes de contacto.* <i>Puede requerirse una remisión.</i> <i>Puede requerirse autorización previa.</i>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
La cantidad máxima de cobertura de beneficios del plan de \$100 cada año se aplica al costo minorista de monturas y/o lentes (incluidas las opciones de lentes, como tintes y revestimientos). Usted es responsable de cualquier costo que supere el beneficio máximo para anteojos o lentes de contacto complementarios (es decir, de rutina).* Los anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare no están incluidos en el beneficio máximo complementario (es decir, de rutina). Los miembros no pueden usar su beneficio complementario de anteojos o lentes de contacto para aumentar su cobertura de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare. Los servicios para la atención de la vista deben obtenerse a través de la red de atención a la vista del plan. Si tiene preguntas sobre cómo encontrar a un proveedor o para obtener más información llame a Servicios para los miembros o visítenos en nuestro sitio web en www.wellcare.com/healthnetCA.	
 Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” El plan cubre la consulta preventiva única “Bienvenido a Medicare”. La consulta incluye una revisión de su salud, como así también educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita, (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas) y remisiones a otro tipo de atención si fuera necesario. Importante: cubrimos la consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” solo dentro de los primeros 12 meses de tener la Parte B. Cuando solicite la cita, infórmele al consultorio del médico que le gustaría programar su consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Electrocardiograma cubierto por Medicare después de la consulta de Bienvenida a los servicios preventivos	\$0 de copago para cada electrocardiograma cubierto por Medicare después de la consulta preventiva "Bienvenido a Medicare". <i>Puede requerirse una remisión.</i>

Sección 2.2 Beneficios “complementarios opcionales” adicionales que puede comprar

Nuestro plan ofrece algunos beneficios adicionales que no son cubiertos por Original Medicare y que no están incluidos en su paquete de beneficios. Estos beneficios adicionales son denominados **“Beneficios complementarios opcionales”**. Si usted desea acceder a estos beneficios complementarios opcionales, debe registrarse y es posible que tenga que pagar una prima adicional. Los beneficios complementarios opcionales que se describen en esta sección están sujetos a los mismos procesos de apelaciones que cualquier otro beneficio.

Primas adicionales para Beneficios complementarios opcionales

Además de las primas mensuales de su plan, si se inscribe en un plan de Beneficios complementarios opcionales, pagará una prima adicional. Consulte la tabla a continuación para conocer los montos de las primas y los beneficios incluidos en los planes de Beneficios complementarios opcionales.

Si ha elegido un paquete de Beneficios complementarios opcionales y no recibimos su prima antes del séptimo día hábil del mes, le notificaremos por escrito que sus Beneficios complementarios opcionales pueden finalizar.

Los miembros que no paguen la prima mensual de los Beneficios complementarios opcionales perderán los beneficios complementarios, pero permanecerán inscritos en el plan Medicare Advantage.

Para obtener información adicional y ubicar la información de contacto del proveedor de Beneficios complementarios opcionales, llame a Servicios para los miembros o visite nuestro sitio web en www.wellcare.com/healthnetCA.

Beneficios complementarios opcionales cubiertos

Beneficios complementarios opcionales (Disponibles con una prima adicional)

Centene Enhanced Dental

Prima mensual: \$11

Esta prima mensual adicional es además de la prima mensual de su plan y de la prima de la Parte B de Medicare.

Servicios dentales de rutina

Se aplican limitaciones y exclusiones. Antes de obtener los servicios, se aconseja a los miembros que analicen sus opciones de tratamiento con un proveedor participante en los servicios dentales de rutina. El tratamiento debe iniciarse y finalizarse mientras esté cubierto por el plan durante el año del plan. El costo de los servicios dentales no cubiertos por el plan es responsabilidad del miembro.

Los servicios dentales complementarios (es decir, de rutina) deben recibirse de un proveedor participante para que estén cubiertos por el plan. Si tiene preguntas sobre cómo encontrar un proveedor, presentar un reclamo o para obtener más información, llame a Servicios para los miembros. En nuestra página web encontrará información adicional sobre la cobertura dental, incluida una lista detallada de los procedimientos cubiertos, las exclusiones y las limitaciones.

Visite www.wellcare.com/healthnetCA, haga clic en "Shop for Plans" en la parte superior de la página web, luego seleccione "Plan Benefit Materials". Seleccione "Evidence of Coverage (EOC)". Ubique Wellcare Patriot Giveback (HMO) en la lista para identificar los detalles de beneficios dentales de este plan.

Servicios dentales de prevención

Es posible que se apliquen normas de autorización previa para algunos servicios.

Dentro de la red

Exámenes orales:

Se limita a 2 examen(es) oral(es) cada año

\$0 de copago

Limpiezas (profilaxis):

Se limita a 2 limpieza(s) cada año

\$0 de copago

Tratamiento con fluoruro:

Se limita a 1 tratamiento(s) con fluoruro cada año

\$0 de copago

Radiografías dentales:

Se limita a 1 radiografía(s) cada año

\$0 de copago

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Beneficios complementarios opcionales (Disponibles con una prima adicional)	
Servicios dentales integrales	
Es posible que se aplique la norma de autorización previa para algunos servicios.	Dentro de la red
Servicios de diagnóstico - Sin límite de servicios de diagnóstico cada año	\$0 - \$15 de copago según el servicio.
Servicios de endodoncia - Servicios de endodoncia sin límite cada año	\$5 - \$275 de copago según el servicio.
Extracciones - Sin límite de extracciones cada año	\$15 - \$150 de copago según el servicio.
Servicios no rutinarios Servicios no rutinarios sin límite cada año	\$0 de copago
Periodoncia - Se limita a 1 servicio(s) de periodoncia cada año	\$0 - \$375 de copago según el servicio.
Prostodoncia - Sin límite de servicios cada año	\$0 - \$2,250 de copago según el servicio.
Cirugía oral/maxilofacial - Sin límite de servicios cada año	\$0 - \$2,250 de copago según el servicio.
Otros servicios integrales - Sin límite de servicios cada año	\$0 - \$2,250 de copago según el servicio.
Servicios de restauración - Servicios de restauración sin límite cada año	\$0 - \$300 de copago según el servicio.

Las primas, los deducibles, los copagos y el coseguro de los Beneficios complementarios opcionales no se aplican al monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios médicos cubiertos.

¿Cómo puede inscribirse en un plan de Beneficios complementarios opcionales?

Los miembros actuales pueden comprar beneficios complementarios opcionales durante los siguientes períodos de elección::

- desde el 15 de octubre de 2022 hasta el 31 de diciembre de 2022 para una entrada en vigor el 1 de enero de 2023;
- desde el 1 de enero de 2023 hasta el 31 de enero de 2023 para una entrada en vigor el 1 de febrero de 2023;

Los miembros actuales que ya están inscritos en Beneficios complementarios opcionales también pueden cambiar a una opción de paquete de Beneficios complementarios diferente en estos momentos si el plan

tiene más de un paquete disponible.

Los nuevos miembros pueden comprar estos beneficios complementarios opcionales hasta el final del primer mes de inscripción inicial. Los beneficios entrarán en vigor el primer día del siguiente mes.

Para inscribirse, complete el Formulario de inscripción de Beneficios complementarios opcionales, y envíelo por correo a:

Enrollment Services
Wellcare Patriot Giveback (HMO) Medicare Programs
P.O. Box 10420
Van Nuys, CA 91410

O bien puede enviarlo por fax al 1-844-222-3180. Si necesita un Formulario de inscripción a los Beneficios complementarios opcionales, llame a Servicios para los miembros.

¿Cómo puede darse de baja de los Beneficios complementarios opcionales?

Puede dar de baja en cualquier momento su inscripción en estos Beneficios complementarios opcionales, y cambiar a los Beneficios básicos del plan Medicare Advantage. Para dar de baja su inscripción en los Beneficios complementarios opcionales, envíenos una carta firmada solicitando que demos de baja su inscripción. También puede enviar la carta por fax al **1-844-222-3180**. Es importante que indique que su solicitud es para dar de baja la inscripción a los Beneficios complementarios opcionales **solamente**. Luego, le enviaremos una carta para informarle cuándo finalizarán sus Beneficios complementarios opcionales. Esta es la **fecha de baja**. En la mayoría de los casos, su fecha de desafiliación será el primer día del mes siguiente al mes en que recibamos su solicitud para descontinuar estos beneficios.

Por ejemplo, si recibimos su solicitud para descontinuar estos beneficios durante el mes de febrero, su fecha de desafiliación será el 1 de marzo. Hay una excepción: **Si recibimos su solicitud entre el 15 de octubre y el 30 de noviembre, se le permitirá elegir entre el 1 de noviembre, el 1 de diciembre o el 1 de enero como fecha efectiva de baja de la inscripción. Si no elige una fecha, su desafiliación sucederá el primer día del mes siguiente al mes en que recibamos su solicitud para descontinuar estos beneficios.** Recuerde, mientras espera la interrupción de sus Beneficios complementarios opcionales, todavía estarán disponibles para usted como miembro de nuestro plan y hasta la fecha de la desafiliación de la inscripción.

Si usted se desafilia de los Beneficios complementarios opcionales, no puede volver a inscribirse en los Beneficios complementarios opcionales hasta el próximo período de elección de los Beneficios complementarios opcionales. Los períodos de elección de los Beneficios complementarios opcionales se muestran anteriormente en esta sección bajo el título “¿Cómo puede inscribirse en un plan de Beneficios complementarios opcionales?”

Si da de baja su inscripción en el plan Medicare Advantage, automáticamente se descontinuará su inscripción en los beneficios complementarios opcionales. Tras la descontinuación de la inscripción, se revisará su cuenta para verificar los saldos de crédito. Si identificamos un saldo acreedor, le enviaremos un reembolso de dinero a la dirección que tenemos registrada.

Apelaciones y reclamos

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Los Beneficios complementarios opcionales incluidos en esta sección están sujetos al mismo proceso de apelación que cualquier otro beneficio. Consulte el capítulo 7 para obtener información sobre cómo presentar quejas.

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por le plan?

Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones)

Esta sección le informa qué servicios están “excluidos” de la cobertura de Medicare y, por lo tanto, no cubre el plan.

La siguiente tabla enumera algunos servicios y artículos que no están cubiertos en ninguna circunstancia o solo están cubiertos en determinadas circunstancias.

Si usted obtiene servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos por su cuenta, excepto en los casos específicos mencionados. Incluso si recibe los servicios excluidos en una sala de emergencia, los servicios excluidos siguen sin estar cubiertos y el plan no los pagará. La única excepción es si el servicio se apela y se decide en la apelación, que es un servicio médico que debería haberse pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado sobre no prestar cobertura para un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 7 de este folleto).

Servicios que no están cubiertos por Medicare	No están cubiertos sin importar cuál sea la condición	Con cobertura solamente en condiciones específicas
Cirugía o procedimientos cosméticos		- Cubiertos en casos de lesión accidental o para la mejoría del funcionamiento de una parte del cuerpo deformada. - Cubiertos en todas las etapas de reconstrucción de la mama después de una mastectomía; así como, para la mama no afectada con el fin de producir una apariencia simétrica.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios que no están cubiertos por Medicare	No están cubiertos sin importar cuál sea la condición	Con cobertura solamente en condiciones específicas
Cuidado de custodia El cuidado de custodia es el cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como el cuidado que lo ayuda con las actividades de la vida diaria, como bañarse o vestirse.	√	
Atención dental como empastes y dentaduras.		Se ofrece la atención dental de rutina como un paquete opcional de beneficios complementarios. Para conocer los detalles del beneficio, consulte la Sección 2.2 de este capítulo.
Procedimientos médicos y quirúrgicos, equipo y medicamentos experimentales. Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos artículos y procedimientos que Original Medicare ha determinado que no se aceptan por lo general por la comunidad médica.		Pueden cubrirse por Original Medicare en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. (Consulte la Sección 5 del Capítulo 3 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica).
Cuotas cobradas por atención proporcionada por sus familiares inmediatos o por miembros del núcleo de su hogar.	√	

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios que no están cubiertos por Medicare	No están cubiertos sin importar cuál sea la condición	Con cobertura solamente en condiciones específicas
Atención de enfermería de tiempo completo en su domicilio.	√	
Comidas que se entregan a domicilio	√	
Los servicios de amas de llave incluyen asistencia doméstica básica, incluidas tareas domésticas ligeras o preparación de comidas ligeras.	√	
Servicios de naturopatía (usa tratamientos naturales o alternativos).	√	
Atención dental no rutinaria		Se podría cubrir la atención dental requerida para el tratamiento de una enfermedad o lesión como atención para pacientes internos o externos. La atención dental no rutinaria se ofrece como un paquete opcional de beneficios complementarios. Para conocer los detalles del beneficio, consulte la Sección 2.2 de este capítulo.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios que no están cubiertos por Medicare	No están cubiertos sin importar cuál sea la condición	Con cobertura solamente en condiciones específicas
Calzado ortopédico o dispositivos de apoyo para los pies		El calzado que es parte de un dispositivo ortopédico de una pierna y que está incluido en el costo del dispositivo ortopédico. Los zapatos ortopédicos o terapéuticos para las personas que padecen la enfermedad del pie diabético.
Artículos personales en su habitación de hospital o de un establecimiento de enfermería especializada, como un teléfono o una televisión.	√	
Habitación privada en un hospital		Cubierta solo cuando es médicamente necesaria.
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otras ayudas para la vista débil	√	
Reversión de procedimientos de esterilización and/or suministros anticonceptivos sin receta.	√	
Atención dental rutinaria como limpiezas		Se podría ofrecer la atención dental rutinaria como un paquete opcional de beneficios complementarios. Para conocer los detalles del beneficio, consulte la Sección 2.2 de este capítulo.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios que no están cubiertos por Medicare	No están cubiertos sin importar cuál sea la condición	Con cobertura solamente en condiciones específicas
Servicios que no se consideran razonables y necesarios de acuerdo con las normas de Original Medicare	√	

CAPÍTULO 5

*Cómo solicitarnos que
paguemos la parte que nos
corresponde de una factura que
usted recibió por servicios
médicos cubiertos*

Capítulo 5 Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por servicios médicos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos

A veces, cuando recibe atención médica, es posible que deba pagar el costo total en ese momento. Otras veces, se dará cuenta de que ha pagado más de lo que pensaba que debía pagar según las normas de cobertura del plan o puede recibir una factura de un proveedor. En cualquiera de los casos, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (a la acción de devolver el dinero a menudo se le llama “reembolso”). Es su derecho que nuestro plan le reembolse cada vez que usted haya pagado más del monto que le corresponde de los costos por servicios médicos que están cubiertos por el plan. Puede que existan plazos que deba cumplir para que le devuelvan el dinero. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

También habrá veces en las que recibirá una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que se le prestó o posiblemente por más de su parte de los costos compartidos, como se explica en el documento. Primero intente resolver la factura con el proveedor. Si eso no funciona, usted deberá enviarnos esta factura en lugar de pagarla usted. Examinaremos la factura y decidiremos si los servicios deben ser cubiertos. Si decidimos que deben ser cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente. Nunca debe pagar más de los costos compartidos permitidos por el plan. Si este proveedor está contratado, usted todavía tiene derecho al tratamiento.

Estos son ejemplos de situaciones en las que puede tener que solicitarle al plan que le haga un reembolso o que pague una factura que ha recibido:

1. Cuando ha recibido atención médica de emergencia o de urgencia de un proveedor que no pertenece a la red de nuestro plan

Usted puede recibir servicios de emergencia o de urgencia de cualquier proveedor, independientemente de que este sea parte de nuestra red o no. En este caso usted es responsable de pagar solo su parte del costo. Usted debe pedirle al proveedor que emita una factura para el pago de la parte que le corresponde al plan.

- Si usted paga el monto total en el momento de recibir el servicio, debe pedirnos que le reembolsemos el monto del costo que nos corresponde pagar. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado.
- Es posible que algunas veces reciba una factura del proveedor en la que le pide pagar un monto que usted considera que no debe. Envíenos esa factura junto con la documentación de cualquier pago que ya haya efectuado.
 - Si al proveedor se le debe algo, le pagaremos directamente.
 - Si ya ha pagado más de lo que le corresponde pagar del costo del servicio, determinaremos cuánto debía y le reembolsaremos el monto de la parte que nos correspondía.

2. Cuando un proveedor de la red le envía una factura que usted considera que no debe pagar

Los proveedores de la red siempre deben facturar directamente al plan y pedirle solo su parte del costo.

Capítulo 5 **Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por servicios médicos cubiertos**

Pero a veces cometen errores y le piden que pague más de lo que le corresponde.

- Usted solo tiene que pagar el monto del costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos a los proveedores agregar cargos adicionales, lo que se denomina “facturación de saldos”. Esta protección (que nunca paga más que el monto de su costo compartido) se aplica aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red cuyo monto usted considera que es más de lo que debe pagar, envíenla. Nos pondremos en contacto con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya le ha pagado una factura a un proveedor de la red, pero cree que pagó demasiado, envíenla junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado y pídanos reembolsarle la diferencia entre el monto que pagó y el que debe según el plan.

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

Algunas veces, la inscripción de una persona en un plan es retroactiva. (“Retroactiva” significa que el primer día de la inscripción ya había pasado. La fecha de inscripción pudo incluso haber sido el año pasado).

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo por sus servicios cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde. Deberá enviarnos cierta documentación para que coordinemos su reembolso.

Todos los ejemplos mencionados anteriormente son tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que si rechazamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 7 de este documento incluye información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió

Puede solicitarnos que le reembolsemos lo que ya pagó enviándonos una solicitud por escrito. Si nos envía una solicitud por escrito, incluya su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es una buena idea hacer una copia de su factura y de los recibos para sus registros. **Debe presentarnos la reclamación dentro de los 365 días** a partir de la fecha en que recibió el servicio o artículo.

Para asegurarse de que nos esté proporcionando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, usted puede llenar nuestro formulario de reclamaciones para solicitar su pago.

- No tiene que utilizar el formulario, pero nos será útil para procesar la información de manera más rápida. Para las solicitudes de reembolso de los miembros, tenemos formularios de reclamaciones disponibles a través del portal web. Aunque recomendamos que nuestros miembros utilicen el formulario, no es necesario que así sea. También pueden presentar una copia de la factura sin el formulario. En cualquiera de los dos casos, deben incluir la información del proveedor, la fecha de los servicios, los códigos CPT cuando corresponda, los códigos o descripciones de los diagnósticos

Capítulo 5 Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por servicios médicos cubiertos

y los montos facturados, junto con todos los registros médicos de los que dispongan y, si es necesario, una breve descripción del motivo por el que han necesitado atención. El miembro también debe presentar el comprobante de pago al mismo tiempo que presenta la reclamación. Son comprobantes de pago válidos los estados de la cuenta bancaria o de la tarjeta de crédito o la copia del cheque cancelado.

- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (www.wellcare.com/healthnetCA) o llame a Servicios para los miembros y pida uno.

Envíenos su solicitud de pago, junto con las facturas o recibos de pago, a esta dirección:

Dirección de solicitud de pago

Member Reimbursement Dept

P.O. Box 9030

Farmington, MO 63640

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y la aceptaremos o no**Sección 3.1 Comprobamos si debemos cubrir el servicio y cuánto debemos**

Cuando recibamos su solicitud de pago, le haremos saber si necesitamos que nos proporcione información adicional. De lo contrario, consideraremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que la atención médica están cubiertos y que usted ha seguido todas las normas, pagaremos nuestra parte del costo. Si ya ha pagado por el servicio, le enviaremos por correo su reembolso de nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado por el servicio, le enviaremos el pago por correo directamente al proveedor.
- Si tomamos la decisión de *no* cubrir la atención médica o si usted *no* cumplió con todas las normas, no pagaremos la parte que nos corresponde del costo. Le enviaremos una carta en la que explicaremos las razones por las que no le estamos enviando el pago y cuáles son sus derechos para apelar esa decisión.

Sección 3.2 Si le comunicamos que no pagaremos, en su totalidad o una parte de la atención médica, puede presentar una apelación

Si usted piensa que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o no está de acuerdo con el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si usted presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos al rechazar su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener detalles sobre cómo hacer esta apelación, consulte el Capítulo 7 de este documento.

CAPÍTULO 6

Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 **Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan**

Sección 1.1 **Debemos proporcionarle información de una manera que sea consistente con sus sensibilidades culturales (en otros idiomas que no sean el inglés, en audio, en braille, en tamaño de letra grande, en otros formatos alternativos, etc).**

A nuestro plan se le exige que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se proporcionen de manera que sea culturalmente competente y accesible a todas las personas que se inscriben en él, incluidas aquellas que tienen una fluidez limitada en el idioma inglés, habilidades limitadas de lectura, discapacidad auditiva, o quienes tienen diversos antecedentes culturales y étnicos. Algunos ejemplos de cómo puede un plan satisfacer estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, a proporcionar servicios de traductor, servicios de intérprete, servicios de escribas de teletipo, o bien, conexión de TTY (teléfono de texto o de teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios gratuitos de interpretación, disponibles para responder las preguntas de los miembros que no hablan inglés. También tenemos materiales disponibles en otros idiomas además del inglés que se hablan en el área de servicio del plan. También podemos proporcionarle información en audio, en braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos, sin costo alguno, si lo necesita. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información de nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame a Servicios para los miembros.

A nuestro plan se le exige que proporcione a las mujeres que se inscriben en el plan la opción de tener acceso directo a ver a un especialista en la salud de la mujer dentro de la red para servicios de atención médica de rutina y prevención.

Si los proveedores para una especialidad no se encuentran disponibles dentro de la red del plan, es responsabilidad del plan encontrar proveedores de especialidades fuera de la red que le proporcionen a usted la atención necesaria. En este caso, usted solo pagará el costo compartido dentro de la red. Si usted se encuentra en una situación en la que no hubiera especialistas en la red del plan que cubran un servicio que usted necesita, llame al plan para obtener información sobre dónde acudir para obtener este servicio a un costo compartido dentro de la red.

Si tiene alguna dificultad para obtener información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, llámenos para presentar un reclamo ante Servicios para los miembros. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o al TTY 1-800-537-7697.

Sección 1.2 **Debemos asegurarnos de que tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos**

Usted tiene derecho a elegir a un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) que sea un

Capítulo 6 Sus derechos y responsabilidades

proveedor de la red del plan que posibilite y coordine los servicios cubiertos. También tiene derecho a consultar con un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin necesidad de una remisión.

Usted tiene derecho a programar citas con los proveedores de la red del plan y recibir los servicios cubiertos que estos le brinden *dentro de un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de los especialistas cuando necesite dicha atención.

Si usted considera que no está recibiendo su atención médica dentro de un plazo de tiempo razonable, el Capítulo 7 le indica qué hacer.

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información de salud personal

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus registros médicos y su información de salud personal. Protegemos su información de salud personal según lo exigido por estas leyes.

- Su “información de salud personal” incluye la información personal que nos suministró cuando se inscribió en este plan, así como sus registros médicos y otra información médica y de salud.
- Las leyes que protegen su privacidad le otorgan derechos relacionados con la obtención de información y el control de cómo se utiliza su información de salud. Le enviamos un aviso por escrito, que se denomina “Notice of Privacy Practice” (Aviso sobre prácticas de privacidad), en el que se le informa sobre estos derechos y se le explica cómo protegemos la privacidad de la información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- Excepto en las circunstancias especificadas a continuación, si tenemos la intención de proporcionar su información de salud a otra persona que no le brinda atención ni paga por ella, *estamos obligados a obtener primero una autorización por escrito de parte de usted o de la persona que tenga el poder legal para tomar decisiones por usted*.
- Hay ciertas excepciones que no nos obligan a obtener antes su permiso por escrito. Estas excepciones son permitidas o requeridas por la ley.
 - Se nos exige dar a conocer información de salud a agencias del gobierno que controlan la calidad de la atención.
 - Dado que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, se nos requiere proporcionarle a Medicare su información de salud. Si Medicare da a conocer su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con los estatutos y reglamentaciones federales. Por lo general, esto exige que no se comparta aquella información que lo identifica de manera única.

Usted puede ver la información en sus registros y saber cómo ha sido compartida con otros

Usted tiene derecho a ver sus registros médicos conservados en el plan y a obtener una copia de sus registros. Estamos autorizados a cobrarle un cargo por hacer las copias. También tiene derecho a pedirnos

Capítulo 6 Sus derechos y responsabilidades

que agreguemos información o corriamos sus registros médicos. Si usted nos pide hacer esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si los cambios deben realizarse.

Usted tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información de salud con otros para fines que no son de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información de salud personal, llame a Servicios para los miembros.

Sección 1.4 Debemos proporcionarle información acerca del plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a obtener de nosotros varios tipos de información.

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicios para los miembros:

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan.
- **Información acerca de proveedores de la red.** Usted tiene derecho a obtener de nosotros información sobre las calificaciones de los proveedores de nuestra red y cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información acerca de su cobertura y las normas que debe seguir para usarla.** Los Capítulos 3 y 4 proporcionan información sobre los servicios médicos.
 - **Nota:** Nuestro plan no recompensa a los médicos, proveedores o empleados que realicen revisiones de utilización, incluidas las de las entidades delegadas. La toma de decisiones de la Gestión de utilización (UM) se basa únicamente en la idoneidad de la atención y el servicio, y en la existencia de cobertura. Además, el plan no recompensa específicamente a los profesionales u otras personas por emitir denegaciones de cobertura. Los incentivos económicos para los responsables de la toma de decisiones de la Gestión de utilización (UM) no fomentan las decisiones que dan lugar a una infrautilización.
- **Información sobre los motivos por lo que algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.** El Capítulo 7 proporciona información sobre cómo solicitar una explicación por escrito sobre qué servicio médico no está cubierto o si su cobertura está restringida. El Capítulo 7 también proporciona información sobre cómo pedirnos que cambiemos una decisión, a lo que se conoce como apelación.

Sección 1.5 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención**Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y participar en las decisiones sobre su atención médica**

Tiene derecho a obtener toda la información completa de sus médicos y de otros proveedores de atención médica cuando solicite atención médica. Sus proveedores deben explicar su afección y sus opciones de

tratamiento *de una manera que usted pueda comprender.*

Usted también tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarlo a tomar decisiones con sus médicos acerca de qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos son los siguientes:

- **Saber acerca de todas sus opciones.** Esto significa que usted tiene el derecho a ser informado acerca de todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, independientemente de su precio o si son cubiertas por nuestro plan. También incluye la información sobre los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de forma segura.
- **Saber acerca de los riesgos.** Usted tiene el derecho a que se le informe sobre los riesgos involucrados en su atención médica. Se le debe informar por adelantado si alguna atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir “no”.** Tiene derecho a negarse a recibir el tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja quedarse. Desde luego que, si rechaza el tratamiento, usted acepta la responsabilidad plena de lo que le ocurra a su cuerpo como consecuencia de ello.

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacerse si está inhabilitado para tomar decisiones médicas por usted mismo

A veces, las personas no pueden tomar decisiones sobre su atención médica por sí solas a causa de algún accidente o enfermedad grave. Usted tiene derecho a decir lo que desea que suceda si está en esta situación. Esto significa que, *si así lo desea*, usted puede hacer lo siguiente:

- Llenar un formulario por escrito para otorgarle a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** en caso de que alguna vez no tenga la capacidad de tomar decisiones por sí mismo.
- **Darles a sus médicos instrucciones por escrito** acerca de cómo desea que manejen su atención médica en caso de que no tenga la capacidad para tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede utilizar para dar sus instrucciones con anticipación para estos casos se denominan “**instrucciones anticipadas**”. Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas y nombres diferentes para ellas. Los documentos, como el “**testamento vital**” y el “**poder de representación para la atención médica**” son ejemplos de instrucciones anticipadas.

Si desea utilizar una “instrucción anticipada” para dar a conocer sus instrucciones, esto es lo que debe hacer:

- **Obtener el formulario.** Si desea preparar instrucciones anticipadas, puede pedirle un formulario a su abogado o al asistente social o puede conseguirlo en algunas tiendas de artículos para oficina. A veces se pueden obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare.

Capítulo 6 Sus derechos y responsabilidades

- **Completarlo y firmarlo.** Independientemente del lugar donde obtenga este formulario, tenga en cuenta que se trata de un documento legal. Usted debe considerar solicitarle a un abogado que lo ayude a prepararlo.
- **Entregarles copias a las personas pertinentes.** Usted debe entregarles una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario como la persona responsable de tomar las decisiones por usted si usted no puede. Quizás desee darles copias a algunos amigos cercanos o miembros de la familia también. Asegúrese de guardar una copia en casa.

Si sabe con anticipación que deberá hospitalizarse y ha firmado instrucciones anticipadas, **lleve una copia cuando vaya al hospital.**

- Si usted ingresa al hospital, se le preguntará si ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas y si lo lleva con usted.
- Si no ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde, es su elección si desea llenar un formulario de instrucciones anticipadas (inclusive si desea firmar uno estando en el hospital). Según la ley, nadie puede negarse a brindarle atención ni puede discriminarlo por haber firmado o no instrucciones anticipadas.

¿Qué pasa si sus instrucciones no se siguen?

Si ha firmado instrucciones anticipadas y cree que un médico o el hospital no han respetado las instrucciones que allí menciona, puede presentar una queja ante California Office of the Attorney General.

Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado

Si tiene algún problema o inquietud o quejas y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, el Capítulo 7 de este documento le indica lo que puede hacer. Independientemente de lo que haga, ya sea solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o una queja, **estamos obligados a tratarlo con imparcialidad.**

Sección 1.7 Usted tiene derecho a hacer recomendaciones acerca de nuestra política de derechos y responsabilidades de los miembros

Si tiene algún problema o inquietud, o bien, si tiene alguna sugerencia para mejorar nuestra política de derechos de los miembros, comparta con nosotros sus comentarios, comunicándose con Servicios para los miembros.

Sección 1.8 Evaluación de nuevas tecnologías

Las nuevas tecnologías incluyen los procedimientos, los medicamentos, el producto biológico o los dispositivos que se hayan desarrollado recientemente para el tratamiento de enfermedades o afecciones

específicas, o son aplicaciones nuevas de procedimientos, medicamentos, productos biológicos y dispositivos que ya existían. Nuestro plan sigue, cuando así corresponda, lo establecido por las Determinaciones de cobertura local y nacional de Medicare.

En la ausencia de la determinación de cobertura de Medicare, nuestro plan evalúa la nueva tecnología y las nuevas aplicaciones de tecnologías existentes para su inclusión en los planes de beneficios con el fin de asegurar que los miembros tengan acceso a la atención médica segura y eficaz al llevar a cabo una valoración crítica de la literatura médica publicada actual de evaluaciones revisadas por colegas, incluyendo las revisiones sistemáticas, los ensayos controlados aleatorizados, los estudios con cohortes, los estudios de control de casos, los estudios de pruebas de diagnóstico con resultados estadísticamente significativos que demuestren la seguridad y eficacia, así como la revisión de evidencia que se base en las pautas desarrolladas por organizaciones nacionales y autoridades reconocidas. Nuestro plan también toma en cuenta las opiniones, recomendaciones y evaluaciones realizadas por médicos practicantes, asociaciones médicas reconocidas a nivel nacional, incluyendo las sociedades de especialidades médicas, los paneles de consenso u otras organizaciones de investigación y de evaluación de tecnología con reconocimiento a nivel nacional, los informes y publicaciones de agencias gubernamentales, (por ejemplo, la Administración de Alimentos y Medicamentos, (Food and Drug Administration, FDA), los Centros para el Control de las Enfermedades (Centers for Disease Control, CDC), los Institutos Nacionales de Salud (National Institutes of Health, NIH).

Sección 1.9 ¿Qué puede hacer si siente que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados?

Si se trata de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles

Si siente que no se le ha tratado con imparcialidad o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad, orientación sexual o nacionalidad, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad. Usted tiene el derecho de ser tratado con respeto y con dignidad.

¿Se trata de algo diferente?

Si siente que no se le ha tratado con imparcialidad o que sus derechos no han sido respetados, y *no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para tratar el problema que está enfrentando:

- Puede **llamar a Servicios para los miembros**
- Puede **llamar al Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP)**. Para obtener más información, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- O bien, **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 1.10 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Hay varios lugares en donde puede obtener más información sobre sus derechos:

- Puede **llamar a Servicios para los miembros**.
- Puede **llamar al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)**. Para obtener más información, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- Puede comunicarse a **Medicare**.
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Your Medicare Rights & Protections” (Sus derechos y protecciones de Medicare). (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).
 - También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

Lo que tiene que hacer como miembro del plan se enumera a continuación. Si tiene preguntas, llame a Servicios para los miembros.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** En este folleto sobre la Evidencia de cobertura sabrá lo que está cubierto y las normas que debe cumplir para obtener estos servicios cubiertos.
 - Los Capítulos 3 y 4 dan más detalles sobre sus servicios médicos.
- **Si, además de nuestro plan, tiene cobertura de otro seguro de salud o una cobertura para medicamentos con receta por separado, debe comunicárnoslo.** Para obtener más información sobre la coordinación de beneficios, consulte el Capítulo 1.
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.**
Muestre su tarjeta de membresía del plan cada vez que obtenga su medical care.
- **Permita que sus médicos y otros proveedores lo ayuden dándoles información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención médica**
 - Para ayudar a obtener la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores de salud sobre sus problemas de salud. Siga las instrucciones y planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.
 - Asegúrese de que los médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
 - Si usted tiene preguntas, no dude en hacerlas y obtener una respuesta que pueda entender. Usted tiene la responsabilidad de entender sus problemas de salud y ayudar a establecer los objetivos del tratamiento con los que usted y su médico estén de acuerdo.

Capítulo 6 Sus derechos y responsabilidades

- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera que contribuya al buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
 - Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
 - Para algunos de sus servicios médicos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo al recibir el servicio.
- **Si se muda *dentro* de nuestra área de servicio, tenemos que saberlo** para que mantengamos su registro de miembro actualizado y sepamos cómo comunicarnos con usted.
 - **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, usted no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.**
 - Si se muda, también es importante que lo notifique al Seguro Social (o a la Junta de jubilación para ferroviarios).

CAPÍTULO 7

Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Capítulo 7 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud

Este capítulo explica dos tipos de procesos para el manejo de problemas e inquietudes:

- Para algunos tipos de problemas, debe usar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros tipos de problemas, debe usar el **proceso para presentar quejas**; también denominados reclamos.

Ambos procesos han sido aprobados por Medicare. Cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

La guía de la Sección 3 lo ayudará a identificar el proceso correcto a seguir y lo que debe hacer.

Sección 1.2 Acerca de los términos legales

Existe terminología legal para algunas de las normas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender. Para simplificar las cosas, este capítulo:

- Usa palabras más simples en vez de utilizar ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo aparece “presentar una queja” en lugar de “interponer un reclamo”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización” o “determinación de cobertura” o “determinación de riesgo” y “Organización de revisión independiente” en lugar de “Entidad de revisión independiente”.
- También se evita al máximo el uso de abreviaturas.

No obstante, puede resultarle útil, y, a veces, es bastante importante, conocer los términos legales correctos. Saber qué términos emplear le permitirá comunicarse con mayor claridad y precisión cuando quiera tratar algún problema y obtener la ayuda o información adecuadas para usted. Para ayudarle a saber qué términos utilizar, incluimos términos legales cuando damos los detalles para el manejo de determinados tipos de situaciones.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos a su disposición para ayudarlo. Incluso si tiene una queja sobre el trato que le damos, estamos obligados a respetar su derecho a reclamar. Por lo tanto, siempre debe dirigirse al servicio de atención al cliente para solicitar ayuda. Sin embargo, en algunas situaciones, también puede querer ayuda u orientación de alguien que no esté relacionado con nosotros. **A continuación se indican dos entidades que pueden ayudarle.**

Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)

Cada estado tiene un programa gubernamental con asesores capacitados. El programa no está relacionado

Capítulo 7 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarle a entender qué proceso debe utilizar para gestionar un problema que tenga. También pueden responder a sus preguntas, darle más información y ofrecerle orientación sobre lo que debe hacer.

Los servicios ofrecidos por los asesores del SHIP son gratuitos. En la Sección 3 del Capítulo 2 de este documento encontrará los números de teléfono y URL del sitio web.

Medicare

También puede ponerse en contacto con Medicare para obtener ayuda. Para llamar a Medicare:

- Marque el 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- O visite el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema?

Si tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes del capítulo que apliquen a su situación. La siguiente guía le será útil.

¿Su problema o inquietud tiene que ver con sus beneficios o cobertura?

Esto incluye los problemas sobre si la atención médica o los medicamentos con receta en particular están cubiertos o no, la forma en que están cubiertos y los problemas relacionados con el pago de la atención médica o los medicamentos con receta.

Sí.

Vaya a la sección siguiente de este capítulo, **Sección 4, “Guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones”**.

No.

Vaya a la **Sección 9**, al final de este capítulo: **“Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes”**.

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES**SECCIÓN 4 Guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones****Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: panorama general**

El proceso para las decisiones de cobertura y las apelaciones trata los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de servicios médicos y medicamentos con receta, incluidos los problemas relacionados con el pago. Este es el proceso que usted usa para asuntos tales como determinar si algo tiene cobertura o no y la forma en que está cubierto.

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir servicios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura, o con relación al monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión de cobertura (favorable) para usted, siempre que reciba atención médica de él o si su médico de la red lo remite a un especialista. Usted o su médico también pueden ponerse en contacto con nosotros y solicitar una decisión de cobertura si su médico no está seguro de que cubramos un servicio médico concreto o se niega a prestarle la atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, si desea saber si cubriremos un servicio médico antes de que lo reciba, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura por usted. En circunstancias limitadas, se rechazará una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien realiza la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si solicita que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos un aviso explicando por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Cada vez que decidimos qué está cubierto para usted y cuánto pagamos, tomamos una decisión de cobertura para usted. En algunos casos, podemos decidir que un servicio o medicamento no está cubierto o que ya no está cubierto por Medicare para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de recibir un servicio, y no se siente satisfecho con ella, usted puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. En determinadas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una apelación acelerada o “rápida” de una decisión de cobertura. Su apelación es manejada por revisores diferentes a los que tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de Nivel 1. En este tipo de apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para comprobar si seguimos todas las

Capítulo 7 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

normas correctamente. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, se rechazará una solicitud de apelación de Nivel 1, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien realiza la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted pide que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de apelación de Nivel 1, le enviaremos una notificación explicando por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Si no desestimamos su caso pero decimos que no a todo o parte de su recurso de Nivel 1, puede pasar a un recurso de Nivel 2. La apelación de Nivel 2 la lleva a cabo una organización de revisión independiente que no está relacionada con nosotros. (Las apelaciones de servicios médicos y de medicamentos de la Parte B se enviarán automáticamente a la Organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2; usted no necesita hacer nada. Si no está conforme con la decisión tomada en la apelación de Nivel 2, es posible que pueda continuar a través de otros niveles de apelación. (En la Sección 8 de este capítulo se explican los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5).

Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación

Estos son los recursos que puede utilizar si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Puede **llamar a Servicios para los miembros**
- Puede **obtener ayuda gratuita** de su SHIP.
- **Su médico puede realizar la solicitud por usted.** Si su médico ayuda con una apelación más allá de Nivel 2, él deberá ser designado como su representante. Llame a Servicios para los miembros y pida el formulario “Nombramiento de representante”. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.wellcare.com/healthnetCA).
 - Su médico puede solicitar en su nombre una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 para la atención médica o medicamentos con receta de la Parte B. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, esta se enviará automáticamente al Nivel 2.
- **Su médico puede realizar la solicitud por usted.** Si así lo desea, puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su “representante” para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Si quiere que un amigo, pariente, su médico u otro proveedor u otra persona sea su representante, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto) y pida el formulario “Nombramiento de representante”. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.wellcare.com.

Capítulo 7 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

[com/healthnetCA](http://com.healthnetCA)). El formulario le otorga a esa persona la autorización de actuar en su nombre. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Usted debe darnos una copia del formulario firmado.

- Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni completar nuestra revisión hasta que la recibamos. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), se desestimaré su solicitud de apelación. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito explicando su derecho a solicitar a la Organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado para que actúe por usted.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de remisión. También existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para que pida algún tipo de decisión de cobertura o la apelación de una decisión.

Sección 4.3 ¿En qué sección de este capítulo se incluyen detalles de su situación?

Existen three diferentes situaciones que suponen decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene diferentes normas y plazos, damos los detalles de cada una en una sección aparte:

- **Sección 5** de este capítulo: “Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”.
- **Sección 6** de este capítulo: “Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto”.
- **Sección 7** de este capítulo: “Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto” (*se aplica solo a estos servicios: atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF)*).

Si no está seguro de qué sección debe estar usando, llame a Servicios para los miembros. También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales, como el Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP).

SECCIÓN 5 Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura

Sección 5.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención

En esta sección se describen los beneficios que tiene en cuanto a servicios y atención médica. Estos beneficios se detallan en el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*. Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de “cobertura para atención médica” o “atención médica” en el resto de esta sección, que incluye artículos y servicios médicos, y también medicamentos con receta de la Parte B de Medicare. En algunos casos, se aplican diferentes normas a una solicitud de medicamento con receta de la Parte B. En esos casos, explicaremos en qué se diferencian las normas para los medicamentos con receta de la Parte B de las normas para artículos y servicios médicos.

Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las cinco situaciones siguientes:

1. No está recibiendo la atención médica que quiere y cree que el plan cubre dicha atención. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
2. Nuestro plan no autoriza la atención médica que desea brindarle su médico u otro proveedor médico, y usted cree que el plan cubre dicha atención. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
3. Recibió atención médica que cree que el plan debería cubrir, pero le hemos comunicado que no pagaremos dicha atención. **Presente una apelación. Sección 5.3.**
4. Recibió y pagó atención médica y cree que el plan debería cubrirla, por lo que quiere solicitar que el plan le reembolse el costo de esta atención. **Envíenos la factura. Sección 5.5**
5. Se le comunica que la cobertura que tenía para determinados servicios de atención médica que estaba recibiendo se reducirá o interrumpirá, y usted cree que esto podría perjudicar su salud. **Presente una apelación. Sección 5.3**

Nota: si la cobertura que se va a interrumpir es para atención hospitalaria, servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF), debe leer las Secciones 6 y 7 de este capítulo. Se aplican normas especiales para estos tipos de atención.

Capítulo 7 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Sección 5.2 Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales

Cuando una decisión de cobertura incluye su atención médica, se denomina **“determinación de la organización”**.

Una “decisión de cobertura rápida” se denomina una **“determinación acelerada”**.

Paso 1: decida si necesita una “decisión de cobertura estándar” o una “decisión de cobertura rápida”.

Una “decisión de cobertura estándar” se toma, por lo general, dentro de un plazo de 14 días, o de 72 horas en el caso de los medicamentos de la Parte B. Una “decisión de cobertura rápida” se toma, por lo general, dentro de un plazo de 72 horas para servicios médicos, o de 24 horas en el caso de los medicamentos de la parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:

- Podrá *solicitar* cobertura *solo* para atención médica *que aún no ha recibido*.
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si el hecho de recurrir a los plazos estándares podría *afectarle de forma grave o perjudicar su capacidad física*.
- Si su médico nos dice que su salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, automáticamente aceptaremos proporcionarle una decisión de cobertura rápida.
- Si nos pide usted mismo una decisión de cobertura rápida, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida. Si no aprobamos la decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
 - Explique que utilizaremos el plazo estándar
 - Explique que, si su médico pide la decisión de cobertura rápida, automáticamente le proporcionaremos una decisión de cobertura rápida
 - Explique que puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó.

Paso 2: pídale a nuestro plan que tome una decisión de cobertura o una decisión de cobertura rápida.

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. Usted o su médico o su representante pueden hacer esto. En el Capítulo 2 encontrará la información de contacto.

Paso 3: consideramos su solicitud de cobertura para atención médica y le damos nuestra respuesta.

Para las decisiones de cobertura estándar utilizamos los plazos estándares.

Capítulo 7 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Esto significa que le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de recibida su solicitud **de un artículo o servicio médico**. Si está solicitando un **medicamento con receta de la Parte B de Medicare**, le daremos una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de recibida su solicitud.

- **No obstante**, si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida”. Le daremos respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, consulte la Sección 9 de este capítulo).

Para las decisiones de cobertura rápida usamos un plazo de tiempo acelerado.

Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos en un plazo de 72 horas si está solicitando un artículo o servicio médico. Si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas.

- **No obstante**, si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días adicionales**. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida”. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre el proceso de presentación de quejas). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración detallada por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud.

Paso 4: si rechazamos su solicitud de cobertura para atención médica, usted puede presentar una apelación.

Si rechazamos su solicitud, tiene derecho a pedir que reconsideremos la decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa hacer otro intento para obtener la cobertura de atención médica que quiere. Si decide apelar, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Capítulo 7 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Sección 5.3 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales

Una apelación al plan acerca de una decisión de cobertura sobre atención médica se denomina **“reconsideración”** del plan.

Una “apelación rápida” también se conoce como **“reconsideración acelerada”**.

Paso 1: decida si necesita una “apelación estándar” o una “apelación rápida”.

Una “apelación estándar” se lleva a cabo, por lo regular, en un plazo de 30 días. Una “apelación acelerada” se lleva a cabo, por lo regular, en un plazo de 72 horas.

- Si está apelando la decisión que hemos tomado sobre la cobertura por la atención que aún no ha recibido, usted y/o su médico necesitará una “apelación rápida”. Si su médico nos indica que su salud requiere de una “apelación rápida”, le daremos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión de cobertura rápida” como se indica en la Sección 5.2 de este capítulo.

Paso 2: solicite a nuestro plan una apelación o una apelación rápida

- **Si solicita una apelación estándar, realice su apelación enviando una solicitud por escrito.** El Capítulo 2 incluye la información de contacto.
- **Si está solicitando una apelación rápida, puede hacerlo por escrito o puede llamarnos.** El Capítulo 2 incluye la información de contacto.
- **Debe hacer su solicitud de apelación en el plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud sobre la decisión de cobertura. Si se vence esta fecha límite y tiene una buena razón para haberla dejado vencer, explique la razón de que su apelación llegue con retraso al presentarla; es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada por haber perdido el plazo límite: una enfermedad muy grave le impidió contactarnos o le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información de su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar más información que respalde su apelación.**

Paso 3: evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Si es necesario, es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico para recopilar más información.

Plazos para una “apelación rápida”

Capítulo 7 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Para las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de que hayamos recibido su apelación**. Le daremos una respuesta más rápido si su salud así lo requiere.
 - Sin embargo; si solicita más tiempo, o si necesitamos más información que le pudiera beneficiar, es posible que **nos tome hasta 14 días calendario** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional si su solicitud se trata de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
 - Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 72 horas (o al final del plazo de tiempo extendido, si es que tomamos días adicionales), se nos exige que enviemos automáticamente su solicitud al proveso de apelaciones de Nivel 2, en donde la revisará una Organización de revisión independiente. La Sección 5.4 explica el proceso de apelaciones de Nivel 2.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos nuestra decisión por escrito y automáticamente enviaremos su apelación a una organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La Organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciban su apelación.

Plazos para una apelación “estándar”

- Para apelaciones estándar, debemos darle respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de que recibamos su apelación. Si su solicitud es sobre un medicamento con receta de la Parte B de Medicare que aún no ha recibido, le daremos respuesta en un **plazo de 7 días calendario** después de recibida su apelación. Le daremos una respuesta más rápido si su salud así lo requiere.
 - Sin embargo, si solicita más tiempo, o si necesitamos más información que le pudiera beneficiar, es posible que **nos tome hasta 14 días calendario** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional si su solicitud se trata de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
 - Si usted considera que *no* debemos tomarnos días adicionales, puede presentar una “queja rápida”. Cuando presenta una queja rápida, le daremos respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Consulte la Sección 9 de este capítulo para obtener información sobre quejas).
 - Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo convenido (o al final del plazo de tiempo extendido), se nos exige que enviemos automáticamente su solicitud al proveso de apelaciones de Nivel 2, en donde la revisará una Organización de revisión independiente. La Sección 5.4 explica el proceso de apelaciones de Nivel 2.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la

Capítulo 7 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

cobertura en un plazo de 30 días calendario si su solicitud es para un artículo o servicio médico, o en un **plazo de 7 días** si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, enviaremos su solicitud automáticamente a la Organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Sección 5.4 Paso a paso: cómo se realiza una apelación de Nivel 2

Término legal

El nombre formal para la “Organización de revisión independiente” es “**Entidad de revisión independiente**”. A veces se denomina “**IRE**” (Independent Review Entity).

La **Organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare**. Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o debe ser cambiada. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: la Organización de revisión independiente revisa su apelación.

- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su “archivo de caso”. **Usted tiene derecho a pedirnos una copia de su archivo de caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la Organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.
- Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.

Si se le concedió una “apelación rápida” de Nivel 1, también se le concederá una “apelación rápida” de Nivel 2

- Para la “apelación rápida”, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido su apelación.
- Sin embargo, si está solicitando un artículo o servicio médico y la Organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La Organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Si se le concedió una “apelación estándar” de Nivel 1, también se le concederá una “apelación estándar” de Nivel 2

- Para la “apelación estándar”, si está solicitando un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** de

Capítulo 7 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

haber recibido su apelación. Si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe comunicarle su respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación.

- Sin embargo, si está solicitando un artículo o servicio médico y la Organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La Organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Paso 2: la Organización de revisión independiente le da su respuesta.

La Organización de revisión independiente le comunicará su decisión por escrito y los motivos que la fundamentan.

- **Si la organización de revisión acepta una parte o la totalidad de una solicitud de artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de la atención médica en el plazo de 72 horas o proporcionar el servicio en el plazo de 14 días calendario de recibida la decisión de la organización de revisión para las solicitudes estándares o en el plazo de 72 horas de la fecha en que el plan recibe la decisión de la organización de revisión para solicitudes aceleradas.
- **Si la organización de revisión acepta una parte o la totalidad de una solicitud de medicamentos con receta de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento con receta de la Parte B en disputa en un plazo de **72 horas** después de recibida la decisión de la organización de revisión para las **solicitudes estándares** o en el plazo de **24 horas** de la fecha en que el plan recibe la decisión de la organización de revisión para **solicitudes aceleradas**.
- **Si esta organización rechaza una parte o la totalidad de su apelación**, significa que están de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de ella) para la cobertura de atención médica no se debe autorizar. (Esto se llama “confirmar la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”). En este caso, la Organización de revisión independiente le enviará una carta:
 - Explicando su decisión.
 - Notificándole sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica alcanza cierto mínimo. El aviso por escrito que reciba de la organización de revisión independiente le indicará el monto en dólares que debe cumplir para continuar con el proceso de apelación.
 - Informándole cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después de Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación). Si desea ir a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.

Capítulo 7 ¿Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 8 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 5.5 ¿Qué sucede si nos está pidiendo que le paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por concepto de atención médica?

En el Capítulo 5, se describen las situaciones en las cuales es posible que deba solicitar un reembolso o el pago de una factura que le envió un proveedor. También le dice cómo enviarnos la documentación que nos solicita el pago.

La solicitud de reembolso implica una decisión de cobertura de parte nuestra

Si nos envía la documentación correspondiente para solicitar un reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, comprobaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto. También comprobaremos si ha seguido todas las normas para el uso de su cobertura de atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud:** si la atención médica por la que pagó tiene cobertura y siguió todas las normas, le enviaremos el pago de la parte que nos corresponde del costo de su atención médica en un plazo de 60 días calendario después de que recibamos su solicitud. O, si aún no ha pagado por los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si rechazamos su solicitud:** si la atención médica *no* está cubierta, o usted *no* siguió todas las normas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que le informamos que no pagaremos por los servicios y las razones.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, nos está solicitando que modifiquemos una decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para hacer esta apelación, siga el proceso de apelación que se describe en la Sección 5.3. Para presentar una apelación para el reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

- Tenemos que darle nuestra respuesta en el plazo de 60 días calendario después de haber recibido su apelación. (Si nos solicita reembolsarle la atención médica que ya ha recibido y pagado usted mismo, no se le permite solicitar una apelación rápida).
- Si la Organización de revisión independiente revoca nuestra decisión de rechazar el pago, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 30 días calendario. Si aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después de Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 6 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto

Cuando se lo ingresa en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararlo para el día en que le den el alta. También ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar cuando se vaya.

- El día que deja el hospital es la “**fecha del alta**”.
- Cuando se haya decidido la fecha del alta, su médico o el personal del hospital se lo comunicarán.
- Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede pedir una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud.

Sección 6.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare, donde se le explicarán sus derechos
--

Dentro de los dos días de ser admitido en el hospital, se le dará un aviso por escrito llamado *An Important Message from Medicare about Your Rights* (Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos).

Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien en el hospital (por ejemplo, un asistente social, una enfermera), pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para los miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

1. Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga. Se le explica:

- Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo solicite su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
- Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización.
- Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
- Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** del alta hospitalaria si considera que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto. Es una manera legal y formal de pedir un retraso en la fecha de su alta para que su atención hospitalaria esté cubierta más tiempo.

2. Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.

- Se le pedirá que firme el aviso a usted o a alguien que actúe en su nombre.
- Firmar el aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no le

Capítulo 7 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

informa sobre su fecha del alta. Firmar el aviso **no significa** que esté de acuerdo con la fecha del alta.

3. **Guarde la copia** del aviso para tener a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o comunicar alguna inquietud sobre la calidad de la atención) en caso de que la necesite.
 - Si firma el aviso más de dos días antes del día en que deje el hospital, recibirá otra copia antes de que esté programado que le den el alta.
 - Para consultar una copia de este aviso por adelantado, puede llamar a Servicios para los miembros o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede verlo en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNH/HospitalDischargeAppealNotices.

Sección 6.2 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital

Si desea pedir que los servicios hospitalarios para pacientes internados estén cubiertos por nosotros durante un tiempo más prolongado, tendrá que usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para los miembros. O, llame al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Comprueba si su fecha prevista del alta es médicamente apropiada para usted.

- La **Organización para la mejora de la calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a los que les paga el gobierno federal para que verifique y ayude a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar las fechas del alta del hospital para las personas que tienen Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad de su estado y pida un revisión rápida de su alta del hospital. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*An Important Message from Medicare About Your Rights* [Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos]) le explica cómo puede comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la

Capítulo 7 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

mejora de la calidad de su estado en la Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Para presentar la apelación, debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad antes de que se vaya del hospital y **no después de la medianoche del día del alta**.
 - **Si usted cumple con este plazo**, se lo autorizará a permanecer en el hospital *después* de la fecha del alta *sin que deba pagar por ello* mientras espera la decisión de la Organización para la mejora de la calidad sobre su apelación.
 - **Si no cumple con este plazo** y decide quedarse en el hospital después de la fecha prevista del alta, *es posible que deba pagar todos los costos* correspondientes a la atención hospitalaria que reciba después de la fecha prevista del alta.
 - Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad, y todavía desea apelar, puede presentar la apelación directamente a nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 6.4 de este capítulo.
- Una vez que solicite una revisión rápida de su alta hospitalaria, la Organización para la mejora de la calidad se comunicará con nosotros. Al mediodía del día después de que nos contactemos, le daremos un **Aviso detallado de alta**. Este aviso le brinda la fecha de alta planificada y explica en detalle las razones por las cuales su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (médicamente apropiado) que usted sea dado de alta en esa fecha.
- Puede obtener una muestra del **Aviso detallado de alta** llamando a Servicios para los miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver un aviso de muestra en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Paso 2: la Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (los llamaremos “los revisores” para abreviar) le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Los revisores también consultarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos dado.
- Antes del mediodía del día después de que los revisores le informen a nuestro plan sobre su apelación, también recibirá un aviso por escrito en el que se le indicará su fecha prevista del alta y se le explicará en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos

Capítulo 7 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

Paso 3: en un plazo de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización para la mejora de la calidad le dará la respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la aceptan?

- Si la organización de revisión *acepta* la apelación, **debemos seguir brindándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la rechazan?

- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación, significa que la fecha prevista del alta es médicamente apropiada. En caso de que esto suceda, **nuestra cobertura para los servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará** al mediodía del día *posterior* al día en que la Organización para la mejora de la calidad le dé su respuesta a la apelación.
- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior a que la Organización para la mejora de la calidad le brinde su respuesta a la apelación.

Paso 4: si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si la Organización para la mejora de la calidad rechazó su apelación y usted permanece en el hospital después de la fecha prevista del alta, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al “Nivel 2” del proceso de apelaciones.

Sección 6.3 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, deberá pagar el costo total de la hospitalización con posterioridad a la fecha prevista del alta.

Paso 1: usted se comunica con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si

Capítulo 7 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

permanece en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura de atención médica.

Paso 2: la Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: los revisores de la Organización para la mejora de la calidad decidirán, en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud para una segunda revisión, sobre su apelación y le informarán su decisión.***Si la organización de revisión la acepta:***

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día después de la fecha de rechazo de su primera apelación por parte de la Organización para la mejora de la calidad. **Debemos seguir brindando cobertura para su atención hospitalaria para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión la rechaza:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán. Esto se llama “confirmar la decisión”.
- En el aviso que recibirá se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: si la rechazan, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación y presentar una apelación de Nivel 3.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después de Nivel 2 (hasta un total de cinco niveles de apelación). Si decide presentar una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacer esto se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de su decisión de apelación de Nivel 2.
- En el Nivel 3, un juez administrativo o árbitro revisa su apelación. La Sección 8 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Capítulo 7 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Sección 6.4 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?

Término legal

A la “revisión rápida” (o “apelación rápida”) también se la denomina “**apelación acelerada**”.

Puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explica anteriormente debe actuar rápidamente para iniciar su apelación de Nivel 1 del alta del hospital. Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad, hay otra forma de presentar su apelación.

Si usa esta otra forma de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes*.

Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 *alternativa*

Paso 1: comuníquese con nosotros y pídanos una “revisión rápida.”

- **Solicite una “revisión rápida”.** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos “rápidos” en lugar de los “estándares”. Para ponerse en contacto con nosotros, consulte el Capítulo 2.

Paso 2: hacemos una “revisión rápida” de su fecha prevista del alta y verificamos si es médicamente apropiada.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su hospitalización. Comprobamos si su fecha prevista del alta fue médicamente apropiada. Comprobaremos si la decisión sobre cuándo debería dejar el hospital fue justa y seguía todas las normas.

Paso 3: le comunicaremos nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas después de que usted pida una “revisión rápida.”

- **Si aceptamos su apelación,** significa que hemos aceptado que sigue necesitando estar en el hospital después de la fecha del alta. Seguiremos proporcionándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación rápida,** estamos diciendo que su fecha prevista del alta era médicamente adecuada. Nuestra cobertura de los servicios hospitalarios para pacientes internados finaliza el día en que dijimos que finalizaría la cobertura.
 - Si permaneció en el hospital *después* de su fecha prevista del alta, entonces **es posible que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha prevista del alta.

Capítulo 7 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 4: si *rechazamos* su apelación rápida, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Paso a paso: proceso de apelación de Nivel 2 *alternativa*

Término legal
El nombre formal para la “Organización de revisión independiente” es “ Entidad de revisión independiente ”. A veces se denomina “ IRE ” (Independent Review Entity).

La Organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare. Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe ser cambiada. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: enviaremos su caso automáticamente a la Organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 ante la Organización de revisión independiente dentro de un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros plazos, puede presentar una queja. La Sección 9 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

Paso 2: la Organización de revisión independiente hace una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.

- Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación del alta del hospital.
- Si esta organización *acepta* su apelación,** debemos reembolsarle (devolverle el dinero de) la parte que nos corresponde de la atención hospitalaria que recibió desde la fecha prevista del alta. Debemos seguir brindando cobertura para sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante el tiempo que sean médicamente necesarios. Usted deberá seguir pagando la parte que le corresponde de los costos. Si corresponden limitaciones de cobertura, estas podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.
- Si esta organización *rechaza* su apelación,** significa que están de acuerdo con nosotros en que la fecha prevista del alta era médicamente apropiada.
 - En el aviso que reciba de la Organización de revisión independiente se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con una apelación de Nivel 3, que la maneja un juez administrativo o árbitro.

Paso 3: si la Organización de revisión independiente rechaza su apelación, puede elegir si desea continuar con su apelación

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después de Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, usted decide si desea

Capítulo 7 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

aceptar su decisión o ir al Nivel 3 y presentar una tercera apelación.

- La Sección 8 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 **Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto**

Sección 7.1 ***Esta sección trata solo acerca de tres servicios:* Servicios de atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF)**

Cuando está recibiendo **servicios de atención médica a domicilio, atención de enfermería especializada, o atención de rehabilitación en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF)**, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios cubiertos para ese tipo de atención, siempre que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir alguno de los tres tipos de atención, estamos obligados a decírselo por anticipado. Cuando finalice su cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar nuestra parte del costo de su atención*.

Si cree que estamos terminando la cobertura para su atención demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 7.2 **Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura**

Término legal

El “**Aviso de no cobertura de Medicare**” le indica cómo puede solicitar una “**apelación acelerada**”. Solicitar una apelación acelerada es una forma legal y formal de solicitar un cambio a nuestra decisión de cobertura sobre cuándo dejar de prestar atención médica.

- 1. Recibirá un aviso por escrito**, al menos, dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. En el aviso por escrito se le indica:

- La fecha en la que dejamos de cubrir su atención.

Capítulo 7 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- TCómo solicitar una "apelación acelerada" para solicitarnos que sigamos cubriendo su atención durante un período más prolongado.
2. Se le pedirá que usted o alguien que actúe en su nombre firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió. Firmar el aviso *solo* indica que ha recibido la información sobre cuándo finalizará su cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con el plan de que es momento de dejar de recibir la atención.

Sección 7.3 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

Si desea pedirnos que cubramos su atención durante un período más largo, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para los miembros. O llame al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Decide si su fecha prevista del alta es médicamente apropiada para usted.

- La **Organización para la mejora de la calidad** es un grupo de médicos y otros expertos de la salud a los que les paga el gobierno federal para que verifique y ayude a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan sobre cuándo es el momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: haga su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad y pida una apelación rápida. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- En el aviso por escrito que recibió (*Notificación de no cobertura de Medicare*) se le explica cómo puede comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actué rápido:

- Debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad **antes del mediodía del día anterior a la fecha efectiva** que aparece en la Notificación de Medicare de No-Cobertura (Notice of Medicare Non-Coverage, NOMNC).

Su plazo para comunicarse con esta organización.

- Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad y todavía

Capítulo 7 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

quiere presentar una apelación, debe hacerlo directamente ante nosotros. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar una apelación, consulte la Sección 7.5.

Paso 2: la Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

Término legal
“ Explicación detallada de no cobertura ”. Aviso que ofrece los detalles sobre las razones para terminar la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (“los revisores”) le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- La organización de revisión también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que le ha dado nuestro plan.
- Al final del día, los revisores nos informan sobre su apelación, usted también recibirá un **explicación detallada de no cobertura** donde se explican las razones por las cuales queremos finalizar la cobertura de sus servicios.

Paso 3: dentro del plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, entonces **debemos seguir brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores *rechazan* su apelación, entonces **su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos.**
- Si decide continuar recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) *después* de la fecha en la que termina su cobertura, **deberá pagar el costo total de esta atención.**

Paso 4: si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si los revisores *rechazan* su apelación de Nivel 1 y usted decide seguir recibiendo la atención

Capítulo 7 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

después de que haya finalizado la cobertura, puede presentar otra apelación de Nivel 2.

Sección 7.4 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de los servicios de atención médica a domicilio, de los servicios en un centro de atención de enfermería especializada o de los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) *después* de la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.

Paso 1: usted se comunica con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **dentro de un plazo de 60 días** después de que la Organización para la mejora de la calidad *rechaza* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si siguió recibiendo la atención después de la fecha en la que finalizó su cobertura.

Paso 2: la Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: los revisores decidirán, en un plazo de 14 días después de recibir su solicitud de apelación, sobre su apelación y le informarán su decisión.***¿Qué sucede si la organización de revisión acepta su apelación?***

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. **Debemos seguir brindando cobertura** para su atención durante el tiempo que sea médicamente necesaria.
- Debe seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión la rechaza?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomamos respecto de su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- En el aviso que recibirá se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: si la rechaza, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después de Nivel 2 (lo que representa un total de cinco

Capítulo 7 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

niveles de apelación). Si desea continuar con su apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.

- La apelación de Nivel 3 está lo maneja un juez administrativo o árbitro. La Sección 8 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 7.5 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?

Puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explica anteriormente, debe actuar rápido para empezar con la apelación de Nivel 1 (en un día o dos, como máximo). Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad, hay otra forma de presentar su apelación. Si usa esta otra forma de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes*.

Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 *alternativa*

Término legal
A la “revisión rápida” (o “apelación rápida”) también se la denomina “ apelación acelerada ”.

Paso 1: comuníquese con nosotros y pídanos una “revisión rápida”.

- **Pídanos una “revisión rápida”.** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos “rápidos” en lugar de los “estándares”. El Capítulo 2 tiene información de contacto.

Paso 2: hacemos una “revisión rápida” de la decisión que tomamos sobre dejar de cubrir sus servicios.

- Durante esta revisión, volvemos a revisar toda la información sobre su caso. Comprobamos si seguimos todas las normas cuando establecimos la fecha para finalizar la cobertura del plan de los servicios que estaba recibiendo.

Paso 3: le comunicaremos nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas después de pedir una “revisión rápida”.

- **Si aceptamos su apelación,** significa que hemos aceptado que necesita esos servicios durante más tiempo y seguiremos brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación,** su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos y no

Capítulo 7 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

pagaremos ninguna parte de los costos después de esa fecha.

- Si continuó recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) después de la fecha en la que dijimos que terminaría su cobertura, **deberá pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: si rechazamos su apelación, su caso pasará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Término legal
El nombre formal para la “organización de revisión independiente” es “ Entidad de revisión independiente ”. A veces se le denomina “ IRE ” (del inglés “Independent Review Entity”).

Paso a paso: proceso de apelación de Nivel 2 *alternativa*

Durante la apelación de Nivel 2, la **Organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos al rechazar su “apelación rápida”. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe ser cambiada. **La Organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa que elige Medicare para ser la Organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: enviaremos su caso automáticamente a la Organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 ante la Organización de revisión independiente dentro de un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar una queja. La Sección 9 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

Paso 2: la Organización de revisión independiente hace una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.

- Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización acepta su apelación**, entonces debemos reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que recibió desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. También debemos seguir cubriendo la atención mientras sea médicamente necesaria. Usted deberá seguir pagando la parte que le corresponde de los costos. Si corresponden limitaciones de cobertura, estas podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.

Capítulo 7 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si esta organización **rechaza su apelación**, significa que están de acuerdo con la decisión que tomó nuestro plan en su primera apelación y que no la cambiarán.
- En el aviso que reciba de la Organización de revisión independiente, se le explicará por escrito qué puede hacer para continuar con una apelación de Nivel 3.

Paso 3: si la Organización de revisión independiente rechaza su apelación, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después de Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- En el Nivel 3, su apelación es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 8 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá

Sección 8.1 Solicitudes de Niveles 3, 4 y 5 para apelaciones de servicios médicos

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico sobre el que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. La respuesta por escrito que reciba para su apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para pedir una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3	Un juez (llamado juez administrativo) o un mediador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.
-----------------------------	--

- Si el juez administrativo o mediador acepta su apelación, el proceso de apelaciones **puede concluir o no**. A diferencia de la decisión tomada de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted. Si decidimos apelar, irá a una apelación de Nivel 4.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del juez administrativo o mediador.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4

Capítulo 7 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

con los documentos relacionados. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar el servicio en cuestión.

- **Si el juez administrativo o mediador rechaza su apelación, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba se le indicará qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 4	El Consejo de apelaciones de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.
-----------------------------	--

- **Si su apelación se acepta o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable a una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.** A diferencia de la decisión tomada de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 favorable para usted. Nosotros decidiremos si será necesario apelar esta decisión de Nivel 5.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación de Nivel 5.

Apelación de Nivel 5	Un juez del Tribunal Federal de Primera Instancia revisará su apelación.
-----------------------------	---

- Un juez revisará toda la información y decidirá *sí* o *no* a su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más instancias de apelación tras el Tribunal Federal de Distrito.

PRESENTAR QUEJAS

SECCIÓN 9 **Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes**

Sección 9.1 **¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas?**

El proceso de quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	¿Está insatisfecho con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	¿Cree que alguien no respetó el derecho a su privacidad o compartió información que usted considera que debería ser confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otro comportamiento negativo	¿Alguien ha sido descortés o le ha faltado el respeto? ¿Está insatisfecho con la manera en que lo han tratado en Servicios para los miembros? ¿Le parece que lo están alentando a dejar nuestro plan?
Tiempos de espera	¿Está teniendo problemas para conseguir una cita o tiene que esperar demasiado para conseguirla? ¿Ha tenido que esperar demasiado a médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O ha tenido que esperar demasiado por Servicios para los miembros u otro personal de nuestro plan? - Entre los ejemplos, se incluye esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera, en la sala de consulta o cuando le van a dar una receta.
Limpieza	¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o un consultorio de un médico?

Capítulo 7 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Queja	Ejemplo
Información que obtiene de nosotros	¿Cree que no le hemos dado un aviso que estamos obligados a darle? ¿Cree que la información por escrito que le hemos dado es difícil de comprender?
Puntualidad (Estos tipos de quejas se relacionan con lo <i>oportuno</i> de nuestras medidas relacionadas con las decisiones de cobertura y las apelaciones)	Si ya nos ha pedido una decisión de cobertura o presentado una apelación y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, también puede presentar una queja por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos: - Si ha pedido que le demos una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, y le hemos dicho que no lo haremos, puede presentar una queja. - Si cree que no estamos cumpliendo los plazos para darle una decisión de cobertura o la respuesta a una apelación que ha presentado, puede presentar una queja. - Cuando se revisa una decisión de cobertura tomada y se nos indica que debemos cubrir o reembolsar ciertos servicios médicos, se aplican ciertos plazos. Si cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar una queja. - Cuando no le damos una decisión a tiempo, tenemos la obligación de enviar su caso a la Organización de revisión independiente. Si no lo hacemos dentro del plazo obligatorio, puede presentar una queja.

Sección 9.2 Cómo presentar una queja

Término legal
- A una “queja” también se le denomina “reclamo”. - Otro término para “presentar una queja” es “interponer un reclamo”. - Otra forma de decir “usar el proceso para quejas” es “usar el proceso para interponer un reclamo”. - A una “queja rápida” también se le denomina “queja expedita”.

Sección 9.3 Paso a paso: presentación de una queja**Paso 1: comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por escrito o por teléfono.**

- **Habitualmente, el primer paso consiste en llamar a Servicios para los miembros.** Si debe hacer algo más, Servicios para los miembros se lo indicará.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presentó su queja por escrito, le responderemos por escrito.
- **Si no podemos resolver su queja por teléfono, tenemos un procedimiento formal para revisar su queja. A esto lo llamamos Procedimiento de quejas.** Para presentar una queja o si tiene preguntas sobre este procedimiento, llame a Servicios para los miembros. O bien, puede enviar una solicitud por escrito a la dirección que figura en *apelaciones sobre la atención médica* o *quejas sobre la atención médica* en el Capítulo 2 de este documento.
 - Si solicita una respuesta por escrito, le responderemos por escrito, si presenta una queja por escrito (reclamo) o si su queja está relacionada con la calidad de la atención, le responderemos por escrito.
 - Debe presentar su queja dentro de los 60 días calendario posteriores al evento. Puede presentar su queja, formalmente, por escrito a la dirección que figura en *apelaciones sobre la atención médica* o *quejas sobre la atención médica* en el Capítulo 2 de este documento.
 - Debemos notificarle nuestra decisión sobre su queja tan pronto como lo requiera su caso en función de su estado de salud, pero a más tardar 30 días calendario después de recibir su queja. Podemos extender el plazo hasta 14 días calendario si solicita la extensión, o si justificamos la necesidad de información adicional y la demora es para su conveniencia.
 - En ciertos casos, tiene derecho a solicitar una revisión rápida de su queja. Esto se llama el procedimiento de reclamo acelerado. Tiene derecho a una revisión rápida de su queja si no está de acuerdo con nuestra decisión en las siguientes situaciones:
 - Rechazamos su solicitud de revisión rápida de una solicitud de atención médica.
 - Rechazamos su solicitud de una revisión rápida de una apelación de servicios denegados.
 - Decidimos que se necesita tiempo adicional para revisar su solicitud de atención médica.
 - Decidimos que se necesita tiempo adicional para revisar su apelación de atención médica denegada.

Puede presentar este tipo de queja por teléfono llamando a Servicios para los miembros. También puede enviarnos la queja por escrito a la dirección que figura en *apelaciones sobre la atención médica* o *quejas sobre la atención médica* en el Capítulo 2 de este documento. Una vez que recibamos el reclamo acelerado (queja), un médico clínico revisará el caso para determinar los motivos de la denegación de su solicitud de revisión acelerada o si la extensión del caso era adecuada. Le notificaremos la decisión del caso acelerado oralmente

Capítulo 7 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

y por escrito dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su queja.

- La queja debe presentarse **dentro** de los 60 días calendario después de haber tenido el problema sobre el que se quiere quejar.

Paso 2: analizaremos su queja y le daremos una respuesta.

- **De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato.** Si nos llama por una queja, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia o si usted pide más tiempo, podemos demorarnos hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) en responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque se rechazó su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, automáticamente le concederemos una “queja rápida”.** Si se le ha concedido una “queja rápida”, quiere decir que le daremos una **respuesta en un plazo de 24 horas**.
- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o una parte de la queja o si no nos hacemos responsables por el problema del que se está quejando, nuestra respuesta incluirá nuestras razones para esta contestación.

Sección 9.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la mejora de la calidad

Cuando su queja es sobre la *calidad de la atención*, también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja directamente con la Organización para la mejora de la calidad.** La Organización para la mejora de la calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los cuales el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 tiene la información de contacto.

O

- **Puede presentar su queja ante nosotros y también ante la Organización para la mejora de la calidad al mismo tiempo.**

Sección 9.5 También puede informarle a Medicare acerca de su queja

Puede presentar una queja directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar al 1-800-MEDICARE

Capítulo 7 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

(1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 8

*Cancelación de su membresía en el
plan*

SECCIÓN 1 Introducción a la cancelación de su membresía en nuestro plan

Cancelar su membresía en Wellcare Patriot Giveback (HMO) puede ser de forma **voluntaria** (cuando lo decide usted) o **involuntaria** (cuando no es usted quien lo decide):

- Es posible que deje nuestro plan porque ha decidido que *quiere* dejarlo. Las Secciones 2 y 3 proporcionan información sobre cómo cancelar su membresía voluntariamente.
- También hay situaciones limitadas en las que nos vemos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 describe situaciones en las que podemos cancelar su membresía.

Si está dejando nuestro plan, debe continuar recibiendo atención médica y usted continuará pagando su costo compartido hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

Sección 2.1 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción anual

Puede cancelar su membresía en nuestro plan durante el **Período de inscripción anual** (también conocido como el “Período de inscripción abierta anual”). Este es el momento en el que debe revisar su cobertura de salud y medicamentos y tomar una decisión sobre la cobertura para el próximo año.

- El **Período de inscripción anual** es del **15 de octubre al 7 de diciembre**.
- **Puede elegir mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año.** Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura para medicamentos con receta.
 - Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
 - Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
- **Su membresía se cancelará en nuestro plan** cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Tiene la oportunidad de hacer *un* cambio en su cobertura de salud durante el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

- El **Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage** es todos los años, del 1 de enero al 31 de marzo.
- **Durante el Período anual de inscripción abierta de Medicare Advantage**, puede hacer lo

Capítulo 8 Cancelación de su membresía en el plan

siguiente:

- Cambiar a otro plan Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos con receta.
- Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiar a Original Medicare en este período, en ese momento, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
- **Su membresía se cancelará** el primer día del mes después de que se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente o que recibamos su solicitud de cambio a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.3 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial

En determinadas situaciones, los miembros de nuestro plan pueden ser elegibles para cancelar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período de inscripción especial**.

- Si alguna de las siguientes situaciones se aplica en su caso, usted puede ser elegible para cancelar su membresía durante el Período de inscripción especial. Estos son solo ejemplos, para obtener la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):
 - En general, cuando se muda.
 - Si tiene el California Medi-Cal (Medicaid).
 - Si rompemos nuestro contrato con usted.
 - Si está recibiendo atención en una institución, como un centro de cuidados o un hospital de atención a largo plazo (Long Term Care, LTC).
 - Si se inscribe en el Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

Los períodos de inscripción varían según cada caso.

Para saber si es elegible para un Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud como su cobertura para medicamentos con receta de Medicare. Puede elegir:

- Otro plan de salud de Medicare que cubra medicamentos con receta o uno que no cubra medicamentos con receta.
- Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.

Capítulo 8 Cancelación de su membresía en el plan

- Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.

Generalmente, su membresía se cancelará el primer día del mes después de que se recibe su solicitud para cambiar su plan.

Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?

Si tiene alguna pregunta sobre cuándo puede cancelar su membresía:

- **Llame a Servicios para los miembros.**
- Puede encontrar la información en el manual *Medicare & You (Medicare y Usted) de 2023*.
- Llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

La siguiente tabla explica cómo debe cancelar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
• Otro plan de salud de Medicare.	• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. • Su inscripción en Wellcare Patriot Giveback (HMO) se cancelará automáticamente cuando su cobertura en el nuevo plan comience.
• Original Medicare <i>con</i> un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare. • Su inscripción en Wellcare Patriot Giveback (HMO) se cancelará automáticamente cuando su cobertura en el nuevo plan comience.

Capítulo 8 Cancelación de su membresía en el plan

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
Original Medicare <i>sin</i> un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.	Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicios para los miembros. - También puede comunicarse con Medicare, llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana y solicitar que le cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. - Su inscripción en Wellcare Patriot Giveback (HMO) se cancelará cuando comience su cobertura en Original Medicare.

Nota: si también tiene una cobertura acreditable de medicamentos con receta (por ejemplo, un PDP independiente) y cancela su inscripción en esa cobertura, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se une a un plan de medicamentos de Medicare más tarde después de no tener una cobertura acreditable de medicamentos con receta por 63 días o más seguidos.

SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos a través de nuestro plan

Hasta que se cancele su membresía, y comience su nueva cobertura de Medicare, debe seguir obteniendo su atención médica a través de nuestro plan.

- Debe continuar usando nuestra red de proveedores para recibir atención médica.**
- Si está hospitalizado el día que finalice su membresía, su hospitalización estará, generalmente, cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta** (incluso si le dan el alta después de que comience su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 Debemos cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?

Debemos cancelar su membresía en el plan si ocurre cualquiera de los siguientes casos:

Capítulo 8 Cancelación de su membresía en el plan

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si se muda fuera del área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
 - Si se muda o realiza un viaje largo, llame a Servicios para los miembros para averiguar si el lugar al que se muda o al que viaja está en el área de nuestro plan.
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si no es ciudadano de los Estados Unidos o no está legalmente presente en los Estados Unidos.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía puede llamar a Servicios para los miembros.

Sección 5.2	<u>No podemos</u> pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud
--------------------	---

Wellcare Patriot Giveback (HMO) no está autorizado a pedirle que se retire de nuestro plan por alguna razón relacionada con su salud.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si le parece que le están pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

Sección 5.3	Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan
--------------------	---

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, tenemos la obligación de darle por escrito nuestros motivos de dicha cancelación. Además, tenemos que explicarle cómo puede presentar un reclamo o una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

CAPÍTULO 9

Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes

La ley principal que se aplica a este documento de *Evidencia de cobertura* (Evidence of Coverage) es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las normas creadas bajo esta ley por parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). Además, es posible que se apliquen otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive. Esto podría afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no se incluyen o explican en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

No discriminamos por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud de Bajo Costo, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o norma que se aplique por cualquier otra razón.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud en cuanto a discriminación o un trato que no ha sido imparcial, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad. También puede consultar la información en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en <https://www.hhs.gov/ocr/index.html>.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos a Servicios para los miembros al 1-800-275-4737 (TTY: 711). Si tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, Servicios para los miembros pueden ayudarlo.

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare en los que Medicare no es el pagador principal. Según las regulaciones de los CMS en el Título 42, Secciones 422.108 y 423.462 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), our plan, como una organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que los que la Secretaría ejerce conforme a las regulaciones de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección sustituyen cualquier legislación estatal.

SECCIÓN 4 Recuperación de beneficios pagados por nuestro plan bajo su plan Wellcare Patriot Giveback (HMO)

Cuando está lesionado

Si alguna vez se lesiona, enferma o desarrolla una afección a través de las acciones de otra persona, compañía o usted mismo (una “parte responsable”), nuestro plan brindará beneficios por los servicios cubiertos que reciba. Sin embargo, si recibe dinero o tiene derecho a recibir dinero debido a su lesión, enfermedad o afección, ya sea a través de un acuerdo, sentencia o cualquier otro pago asociado con su lesión, enfermedad o afección, nuestro plan y/o los proveedores que lo tratan retienen el derecho a recuperar el valor de cualquier servicio que se le proporcione a través de este Plan de acuerdo con la ley estatal aplicable.

Tal como se utiliza a lo largo de esta disposición, el término "parte responsable" significa cualquier persona o entidad real o potencialmente responsable de su lesión, enfermedad o afección. El término parte responsable incluye la responsabilidad u otra aseguradora de la persona o entidad responsable.

Algunos ejemplos de cómo podría lesionarse, enfermarse o desarrollar una afección a través de las acciones de una parte responsable, incluyen, entre otros:

- Tiene un accidente automovilístico;
- Se resbala y cae en una tienda; o
- Está expuesto a una sustancia química peligrosa en el trabajo.

El derecho de recuperación de nuestro plan se aplica a todos y cada uno de los montos que reciba de la parte responsable, incluidos, entre otros:

- Pagos realizados por un tercero o cualquier compañía de seguros a nombre del tercero;
- Cobertura de automovilista sin seguro o con seguro insuficiente;
- Protección contra lesiones personales, sin culpa o cualquier otra cobertura de la primera parte;
- Adjudicación o acuerdo de indemnización laboral o discapacidad;
- Cobertura de pagos médicos bajo cualquier póliza de automóvil, local o cobertura de seguro de propiedad o cobertura general;
- Cualquier acuerdo recibido de una demanda u otra acción legal;
- Cualquier sentencia recibida de una demanda u otra acción legal; o
- Cualquier otro pago de cualquier otra fuente recibido como compensación por las acciones u omisiones de la parte responsable.

Al aceptar los beneficios de este plan, usted acepta que nuestro plan tiene un derecho de primera prioridad de subrogación y reembolso que se adjunta cuando este plan ha pagado beneficios por los Servicios cubiertos que recibió debido a las acciones u omisiones de una parte responsable, y usted o su representante recupera, o tiene derecho a recuperar, cualquier cantidad de una parte responsable.

Al aceptar los beneficios de este plan, también (i) asigna a nuestro plan su derecho a recuperar los gastos

médicos de cualquier cobertura disponible hasta el costo total de todos los Servicios cubiertos proporcionados por el plan en relación con su lesión, enfermedad o afección, y (ii) acepta indicar específicamente a la parte responsable que reembolse directamente al plan en su nombre.

Al aceptar los beneficios de este Plan, también le otorga a nuestro plan un gravamen de primera prioridad sobre cualquier recuperación, acuerdo o sentencia, u otra fuente de compensación y todo reembolso por el costo total de los beneficios por los Servicios cubiertos pagados bajo el Plan que están asociados con su lesión, enfermedad o condición debido a acciones u omisiones de una parte responsable. Esta prioridad se aplica independientemente de si los montos se identifican específicamente como una recuperación de gastos médicos e independientemente de si se le indemniza por completo o en su totalidad por su pérdida. Nuestro plan puede recuperar el costo total de todos los beneficios proporcionados por este Plan sin tener en cuenta ningún reclamo por culpa de su parte, ya sea por negligencia comparativa o de otro tipo. No se pueden deducir honorarios de abogados de la recuperación de nuestro plan, y nuestro plan no está obligado a pagar ni contribuir a pagar los costos judiciales o los honorarios de los abogados del abogado contratado para llevar adelante el reclamo o la demanda contra cualquier parte responsable.

Pasos que debe seguir

Si se lesiona, se enferma o desarrolla una afección debido a una parte responsable, debe cooperar con los esfuerzos de nuestro plan y/o del proveedor tratante para recuperar sus gastos, que incluyen:

- Informar a nuestro plan o al proveedor tratante, según corresponda, el nombre y la dirección de la parte responsable y/o su abogado, si lo conoce, el nombre y la dirección de su abogado, si está utilizando un abogado, el nombre y la dirección de cualquier compañía de seguros involucrada, incluida una descripción de cómo se causó la lesión, enfermedad o afección.
- Completar cualquier papeleo que nuestro plan o el proveedor tratante puedan razonablemente requerir para ayudar a hacer cumplir el gravamen o el derecho de recuperación.
- Responder con prontitud a las consultas de nuestro plan o del proveedor tratante sobre el estado del caso o reclamo y cualquier discusión sobre un acuerdo.
- Notificar a nuestro plan inmediatamente después de que usted o su abogado reciban dinero de las partes responsables o de cualquier otra fuente.
- Pagar el gravamen de atención médica o el monto de recuperación del plan de cualquier recuperación, acuerdo o sentencia, u otra fuente de compensación, incluido el pago de todos los reembolsos adeudados a nuestro plan por el costo total de los beneficios pagados bajo el plan que están asociados con su lesión, enfermedad o afección debida a una parte responsable, independientemente de si se identifica específicamente como recuperación de gastos médicos e independientemente de si se le indemniza en su totalidad o en su totalidad por su pérdida;
- No hacer nada que perjudique los derechos de nuestro plan según lo establecido anteriormente. Esto incluye, entre otros, abstenerse de cualquier intento de reducir o excluir del acuerdo o recuperación el costo total de todos los beneficios pagados por el plan o cualquier intento de negarle a nuestro plan su derecho de primera prioridad de recuperación o gravamen.
- Mantener en fideicomiso cualquier dinero que usted o su abogado reciban de las partes responsables, o de cualquier otra fuente, y reembolsar a nuestro plan o al proveedor tratante, según corresponda, el monto de la recuperación adeudado al plan según corresponda tan pronto como se le

pague y antes del pago de cualquier otro titular de gravamen potencial o terceros que reclamen un derecho a recuperar.

- Debe cooperar con nosotros para realizar dichas recuperaciones o pagos excesivos.

SECCIÓN 5 Tarjeta de miembro

La tarjeta de miembro emitida por nuestro plan para esta *Evidencia de cobertura* es solamente para fines de identificación. La posesión de una tarjeta de miembro no confiere ningún derecho a los servicios u otros beneficios que se ofrecen bajo esta *Evidencia de cobertura*. Para tener derecho a los servicios o beneficios que se ofrecen bajo esta *Evidencia de cobertura*, el titular de la tarjeta debe ser elegible para la cobertura y estar inscrito como miembro bajo esta *Evidencia de cobertura*. Toda persona que reciba servicios a los que no tenga derecho bajo esta *Evidencia de cobertura* será responsable del pago de dichos servicios. El miembro debe presentar la tarjeta de miembro del plan, no la tarjeta de Medicare, en el momento de recibir el servicio. Llame a Servicios para los miembros al 1-800-275-4737 (TTY 711) si necesita que le sustituyan su tarjeta de miembro.

Nota: Todo miembro que permita a sabiendas el abuso o mal uso de la tarjeta de miembro podrá ser dado de baja por causa justificada. Nuestro plan está obligado a informar a la Oficina del Inspector General sobre la cancelación de la membresía por abuso o mal uso de la tarjeta de membresía, lo que puede dar lugar a un proceso penal.

SECCIÓN 6 Contratistas independientes

La relación entre nuestro plan y cada proveedor participante es una relación de contratista independiente. Los proveedores participantes no son empleados ni agentes de nuestro plan; además, ni nuestro plan, ni ningún empleado de nuestro plan, es empleado o agente de un proveedor participante. En ningún caso nuestro plan será responsable de la negligencia, el acto ilícito o la omisión de cualquier proveedor de atención médica participante o de otro tipo. Los médicos participantes, y no nuestro plan, mantienen la relación médico-paciente con el miembro. Nuestro plan no es un proveedor de atención médica.

SECCIÓN 7 Fraude al plan de salud

El fraude al plan de salud se define como un engaño o una tergiversación al plan por parte de un proveedor, un miembro, un empleador o cualquier persona que actúe en su nombre. Es un delito que puede ser procesado legalmente. Cualquier persona que participe deliberadamente y a sabiendas en una actividad destinada a defraudar al plan de salud, por ejemplo, presentando una reclamación que contenga una declaración falsa o engañosa, es culpable de fraude al plan de salud.

Si le preocupa alguno de los cargos que aparecen en una factura o en un formulario de Explicación de beneficios, o si sabe o sospecha de alguna actividad ilegal, llame a la Línea directa de contra el fraude de nuestro plan al 1-866-685-8664 (TTY: 711). La Línea directa contra el fraude funciona las 24 horas del día, los siete días de la semana. Todas las llamadas son estrictamente confidenciales.

SECCIÓN 8 Circunstancias ajenas al plan

En la medida en que circunstancias tales como una catástrofe natural, una guerra, un motín, una insurrección civil, una epidemia, la destrucción total o parcial de instalaciones, una explosión atómica u otra liberación de energía nuclear, la incapacidad de personal importante del grupo médico, un estado de emergencia u otros acontecimientos similares que no estén bajo el control de nuestro plan, causen que las instalaciones o el personal de nuestro plan no estén disponibles para proporcionar o disponer de los servicios o beneficios bajo esta *Evidencia de cobertura*, la obligación del plan de proporcionar dichos servicios o beneficios se limitará al requerimiento de que nuestro plan haga un esfuerzo de buena fe para proporcionar o disponer de dichos servicios o beneficios dentro de la disponibilidad actual de sus instalaciones o personal.

CAPÍTULO 10

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 10 Definiciones de palabras importantes

Apelación: una apelación es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegarle una solicitud de cobertura de servicios de atención médica o del pago de servicios que usted ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de suspender los servicios que está recibiendo.

Área de servicio: área geográfica donde debe residir para poder inscribirse a determinado plan de salud. Para los planes que limitan los médicos y los hospitales que puede usar, generalmente también es el área donde puede obtener servicios de rutina (que no sean de emergencia). Este plan debe cancelar su inscripción si se muda de manera permanente fuera del área de servicio del plan.

Asociación de prácticas independientes (Independent Practice Association, IPA): una asociación de médicos, incluidos los médicos de atención primaria (PCP) y los especialistas; así como otros proveedores de atención médica, incluidos los hospitales, que tiene contrato con el plan para brindar servicios a los afiliados. Consulte .

Atención de emergencia: servicios cubiertos que: 1) brinda un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia; y 2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección de emergencia.

Autorización previa: es la aprobación por adelantado para obtener servicios. Los servicios cubiertos que requieren autorización previa se señalan en la tabla de beneficios del Capítulo 4.

Auxiliar de atención de la salud a domicilio: un auxiliar de atención de la salud a domicilio brinda servicios que no necesitan las habilidades de enfermeros o terapeutas certificados, como ayudar con la atención personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o realizar ejercicios prescritos).

Beneficios complementarios opcionales: beneficios que Medicare no cubre y que se pueden comprar por una prima adicional y no se incluyen en su paquete de beneficios. Usted debe elegir voluntariamente los beneficios complementarios opcionales para poder recibirlos.

Cancelar o cancelación de la inscripción: es el proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan.

Centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF): servicios de atención de enfermería o rehabilitación especializada que se brindan todos los días en un centro de atención de enfermería especializada. Algunos ejemplos de los servicios del centro incluyen la fisioterapia o las inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por un enfermero registrado o un médico.

Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF): un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión y que ofrece una variedad de servicios como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y el lenguaje y servicios de evaluación del entorno en el hogar.

Centro quirúrgico ambulatorio: un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que funciona exclusivamente con el propósito de brindar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y que esperan no pasar más de 24 horas en el centro asistencial.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS): es

Capítulo 10 Definiciones de palabras importantes

la agencia federal que administra Medicare.

Cobertura acreditable para medicamentos con receta: cobertura para medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura, cuando pasan a ser elegibles para Medicare, pueden normalmente mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más tarde en un plan de cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

Copago: un monto que es posible que deba pagar como su parte del costo del servicio o el suministro médico, como una consulta con el médico, una consulta hospitalaria como paciente externo o una receta. Un copago es, generalmente, un monto establecido (por ejemplo, \$10), en lugar de un porcentaje.

Coseguro: un monto que se le puede solicitar que pague, expresado como un porcentaje (por ejemplo, 20%) como su parte del costo por los servicios.

Costo compartido: el costo compartido se refiere a los montos que un miembro tiene que pagar cuando obtiene servicios. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier monto deducible que puede imponer un plan antes de cubrir los servicios; (2) cualquier monto fijo de “copago” que un plan exige cuando se recibe un servicio específico; o (3) cualquier monto de “coseguro”, un porcentaje del monto total pagado por un servicio, que un plan exige cuando se recibe un servicio específico.

Costos que paga de su bolsillo: consulte la definición de “costo compartido”. El requisito de costo compartido de un miembro para pagar una parte de los servicios recibidos también se conoce como el requisito de costo que un miembro “paga de su bolsillo”.

Cuidado asistencial: el cuidado asistencial es la atención personal brindada en un centro de cuidados, hospicio u otro centro cuando usted no necesita atención médica o de enfermería especializada. El cuidado asistencial es la atención personal que brindan personas que no tienen habilidades ni preparación profesional, incluye ayuda con actividades cotidianas como bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse y levantarse de la cama o de la silla, desplazarse y utilizar el baño. Puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas realizan por sí mismas, como usar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado asistencial.

Deducible: es el monto que debe pagar por los atención de la salud antes de que nuestro plan pague.

Determinación de la organización: determinación de la organización acerca de si los artículos o los servicios están cubiertos o sobre cuánto le corresponde pagar a usted por los servicios o artículos cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan "decisiones de cobertura" en este documento.

Dispositivos protésicos y ortésicos: dispositivos médicos que incluyen, pero no están limitados a los soportes para el brazo, la espalda y el cuello; las extremidades y los ojos artificiales; así como, los dispositivos necesarios para reemplazar o para el funcionamiento de alguna parte interna del cuerpo, incluidos los suministros de ostomía y la terapia nutricional enteral y parenteral.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención

Capítulo 10 Definiciones de palabras importantes

médica inmediata para evitar que pierda la vida (y, en el caso de tratarse de una mujer embarazada, la pérdida de un niño por nacer), una extremidad o la función de una extremidad, o la pérdida o el deterioro grave de una parte del cuerpo. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.

Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME): ciertos equipos médicos indicados por su médico por razones médicas. Los ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar.

Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC) y Divulgación de información: en este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, se explica su cobertura, lo que debemos hacer nosotros, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Facturación de saldos: cuando un proveedor (un médico o el hospital) factura al paciente más que el monto del costo compartido permitido del plan. Como miembro de nuestro plan, solo tiene que pagar los montos del costo compartido del plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le “facturen el saldo” o cobren, de otra manera, más que el monto del costo compartido que su plan indica que debe pagar.

Grupo médico: una asociación de médicos, incluidos los médicos y proveedores de atención primaria (Primary Care Provider, PCP), especialistas y demás proveedores de atención médica, entre ellos los hospitales, que tienen contrato con el plan para prestar servicios a los afiliados. Consulte la Sección 3.2 del Capítulo 1.

Hospicio: un beneficio que brinda un tratamiento especial a un miembro que ha sido certificado médicamente como enfermo terminal, lo que significa que tiene una expectativa de vida de 6 meses o menos. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si opta por un hospicio y continúa pagando las primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Todavía podrá obtener todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Hospitalización: una hospitalización es cuando es ingresado formalmente al hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”.

Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (Supplemental Security Income, SSI): es un beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados, y que son discapacitadas, están ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son iguales que los beneficios del Seguro Social.

Medicaid (o asistencia médica): un programa conjunto federal y estatal, que ayuda a solventar costos médicos de ciertas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y Medicaid.

Capítulo 10 Definiciones de palabras importantes

Medicamento necesario: significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.

Medicare: el programa federal de seguros médicos destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (por lo general, las que tienen insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

Miembro (miembro de nuestro plan o “miembro del plan”): una persona con Medicare que es elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan, y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS).

Monto máximo que paga de su bolsillo: es el monto máximo que paga de su bolsillo durante el año calendario por los servicios en la red cubiertos de la Parte A y de la Parte B. Los montos que paga por sus primas de la Parte A y la Parte B de Medicare no se tienen en cuenta en el monto máximo que paga de su bolsillo.

Organización de mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO): un grupo de médicos practicantes y otros expertos en atención médica pagados por el gobierno federal quienes verifican y mejoran la atención brindada a los pacientes de Medicare.

Original Medicare (“Medicare tradicional” o “pago por servicio” [Fee-for-Service] de Medicare): el plan Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no por planes de salud privados, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. En Original Medicare, los servicios de Medicare se cubren pagándoles a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos de pago establecidos por el Congreso. Usted puede consultar con cualquier médico, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga lo que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga lo que le corresponde a usted. Original Medicare tiene dos partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todas partes en los Estados Unidos.

Parte C: consulte “Plan Medicare Advantage (MA)”.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: un tiempo establecido desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo para que los miembros de un plan Medicare Advantage puedan cancelar sus inscripciones en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage, u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiar a Original Medicare en este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento. El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible durante un período de 3 meses después de que una persona es elegible para Medicare por primera vez.

Período de inscripción anual: el período del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año cuando los miembros pueden cambiar de planes de medicamentos o de salud o elegir Original Medicare.

Período de inscripción especial: un tiempo determinado para que los miembros puedan cambiar sus planes de salud y de medicamentos o volver a Original Medicare. Algunas situaciones en las que usted

Capítulo 10 Definiciones de palabras importantes

puede ser elegible para un Período de inscripción especial son: si se muda del área de servicio, si se muda a un centro de cuidados, o si rompemos nuestro contrato con usted.

Período de inscripción inicial: el tiempo en el que puede inscribirse en la Parte A y en la Parte B de Medicare cuando es elegible para recibir Medicare por primera vez. Si es elegible para recibir Medicare al cumplir los 65 años de edad, su Período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza tres meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años, y termina tres meses después del mes en que cumple 65 años.

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare que ofrece una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para brindar los beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes Medicare Cost, Programas piloto/demostraciones y Programas de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

Plan Medicare Advantage (MA): a veces llamado Parte C de Medicare. Es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser un(a) i) Organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO), ii) Organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO), iii) Plan privado de pago por servicio (Private Fee-for-Service, PFFS) o iv) plan de Cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare (Medicare Medical Savings Account, MSA). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan HMO o PPO de Medicare Advantage puede ser también un Plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D (cobertura para medicamentos con receta) de Medicare. Estos planes se llaman planes **Medicare Advantage con cobertura para medicamentos con receta**. Wellcare Patriot Giveback (HMO) no incluye la cobertura de medicamentos con receta de Medicare.

Plan PACE: un plan PACE (Programa de atención integral para las personas de edad avanzada) combina servicios médicos, sociales y de atención a largo plazo (long-term care, LTC) para personas frágiles de manera que puedan conservar su independencia y continuar viviendo en sus comunidades (en lugar de mudarse a un hogar de convalecencia) tanto tiempo como sea posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben los beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

Póliza “Medigap” (seguro complementario de Medicare): el seguro complementario de Medicare vendido por una compañía de seguros privada para cubrir los “períodos sin cobertura” de Original Medicare. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Prima: el pago periódico a Medicare, a una empresa de seguros o a un plan de salud para una cobertura de salud o de medicamentos con receta.

proveedor de atención primaria (PCP): su médico u otro proveedor a quien usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, debe ver a su proveedor de atención primaria antes de ver a cualquier otro proveedor de atención médica.

Proveedor de la red: “proveedor” es el término general que usamos para referirnos a médicos, otros

Capítulo 10 Definiciones de palabras importantes

profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica que tienen licencia o certificación de Medicare y del estado para prestar servicios de atención médica. Los llamamos “**proveedores de la red**” cuando tienen un contrato con nuestro plan y aceptan nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y prestar servicios cubiertos a los beneficiarios de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan “proveedores del plan”.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: un proveedor o centro con el que no hemos acordado coordinar ni ofrecer servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados, ni son propiedad ni los opera nuestro plan.

Queja: el nombre formal para “presentar una queja” es “interponer un reclamo”. El proceso de quejas se utiliza *solamente* para ciertos tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También se incluyen quejas si su plan no sigue los plazos en el proceso de apelaciones.

Reclamo: tipo de queja que usted presenta sobre nuestro plan o proveedores, incluida alguna queja relacionada con la calidad de la atención brindada. Este tipo de queja no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago.

Servicios cubiertos por Medicare: los servicios cubiertos por la Parte A y Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios cubiertos por las Partes A y B de Medicare. El término servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como servicios de la vista, dentales o auditivos, que puede ofrecer un plan Medicare Advantage.

Servicios cubiertos: es el término que usamos para incluir todos los suministros y servicios de atención médica cubiertos por nuestro plan.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Servicios de urgencia: los servicios de urgencia que no son de emergencia y que se brindan cuando los proveedores dentro de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente o cuando el afiliado está fuera del área de servicio. Por ejemplo, si se necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser de necesidad inmediata y médicamente necesarios.

Servicios para los miembros: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas y apelaciones.

Wellcare Patriot Giveback (HMO) Servicios para los miembros

Método	Servicios para los miembros: información de contacto
LLAME AL	1-800-275-4737 Las llamadas a este número son gratuitas. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a. m. a 8 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. Sin embargo, tenga en cuenta que, durante los fines de semana y los días feriados del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro sistema telefónico automatizado puede responder su llamada. Deje su nombre y número de teléfono y le devolveremos la llamada dentro de un (1) día hábil. Servicios para los miembros también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a. m. a 8 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.
ESCRIBA A	Wellcare by Health Net 7700 Forsyth Boulevard Clayton, MO 63105
SITIO WEB	www.wellcare.com/healthnetCA

California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP)

California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y en forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Método	Información de contacto
LLAME AL	1-800-434-0222
TTY	711
ESCRIBA A	California Department of Aging 2880 Gateway Oaks Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95833
SITIO WEB	https://www.aging.ca.gov/hicap/

Declaración sobre divulgación de la Ley de Reducción de Papel (PRA): De acuerdo con la Ley de Reducción de Papel (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona debe responder a una recopilación de información a menos que presente un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escríbanos a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.