

2022



Noreste de Texas
Guardian (HMO)

EVIDENCIA DE COBERTURA



**CHRISTUS Health Plan
Guardian del noreste de
Texas cubre a los miembros
en los siguientes condados:**

Bowie	Marion
Camp	Morris
Cass	Panola
Cherokee	Red River
Franklin	Smith
Gregg	Titus
Harrison	Upshur
Hopkins	Wood

MÉTODO

LLAME AL

SERVICIOS PARA LOS MIEMBROS - INFORMACIÓN DE CONTACTO

844.282.3026 - Las llamadas a este número son gratuitas.

El Departamento de servicios para los miembros de CHRISTUS Health Plan está disponible para ayudarlo, siete días a la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, del 1 de abril al 30 de septiembre.

Fuera del horario laboral, un sistema de respuesta de voz le permitirá dejar mensajes. Los mensajes que haya dejado se responderán en el plazo de un día laboral.

Los Servicios para los miembros también ofrecen servicios gratuitos de intérpretes de idiomas para personas que no hablan inglés.

TTY

711 Relay Texas

Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible para ayudarlo, siete días a la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, del 1 de abril al 30 de septiembre.

FAX

469.282.3013

ESCRIBA A

CHRISTUS Health Plan Guardian, a la atención de: Member Services
P.O. Box 169001
Irving | TX 75016

SITIO WEB

ChristusHealthPlan.org

TEXAS HEALTH AND HUMAN SERVICES

El Texas Health and Human Services es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar orientación gratuita sobre seguros de salud a las personas con Medicare.

MÉTODO

LLAME AL

INFORMACIÓN DE CONTACTO

800.252.9240 - Las llamadas a este número son gratuitas.

TTY

711

Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.

ESCRIBA A

Health Information, Counseling, and Advocacy Program (HICAP)
Texas Department of Insurance
P.O. Box 149104
Austin | TX 787148

SITIO WEB

tdi.texas.gov/consumer/hicap/

844.282.3026, TTY 711

Del 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local

Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local

ChristusHealthPlan.org

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2022

Evidencia de cobertura:

Los beneficios y servicios de salud de Medicare como miembro de CHRISTUS Health Plan Guardian (HMO)

Este folleto proporciona detalles acerca de la cobertura para atención médica de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2022. Explica cómo obtener cobertura para los servicios de atención médica que necesita. **Este es un documento legal importante.**

Guárdelo en un lugar seguro.

Este plan, CHRISTUS Health Plan Guardian, es ofrecido por CHRISTUS Health Plan. (Cuando en esta Evidencia de cobertura dice “nosotros”, “nos”, o “nuestro/a”, hace referencia a CHRISTUS Health Plan. Cuando dice “plan” o “nuestro Plan”, hace referencia a CHRISTUS Health Plan Guardian.)

Este documento está disponible de forma gratuita en inglés.

Para obtener información adicional, comuníquese con nuestro número de Servicios para los miembros al **1-844-282-3026**. (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los horarios son de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. y del 1 de abril al 30 de septiembre: De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local. Los servicios para miembros también cuentan con servicios de interpretación para personas que no hablan inglés (los números de teléfono de Servicios para los miembros figuran en la contraportada de este folleto).

Este documento está disponible de forma gratuita en inglés y español, así como en otros formatos como tamaño de letra grande, braille y/o audio.

Los beneficios, la prima, el deducible y/o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2023.

La red de proveedores puede cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario.

H1189_MC3501_C File & Use 09/07/2021

Evidencia de cobertura de 2022**Índice**

Esta lista de capítulos y números de páginas es el punto de partida. Si necesita ayuda para encontrar la información que necesita, consulte la primera página del capítulo correspondiente. **Encontrará una lista detallada de los temas al principio de cada capítulo.**

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro 4

Explica lo que implica ser miembro de un plan de salud de Medicare y cómo usar este folleto. Detalla la documentación que le enviaremos, la prima del plan, la tarjeta de miembro del plan y cómo mantener actualizado su registro de miembro.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes..... 15

Describe cómo puede comunicarse con nuestro Plan (CHRISTUS Health Plan Guardian) y con otras organizaciones, incluso Medicare, el Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (STATE Health Insurance Assistance Program, SHIP), la Organización para la mejora de la calidad, el Seguro Social, Medicaid (el programa estatal de seguros médicos para personas con bajos ingresos) y la Junta de jubilación para ferroviarios.

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos 30

Explica conceptos importantes que debe saber para recibir atención médica como miembro de nuestro Plan. Entre los temas se incluye cómo tener acceso a los proveedores de la red del plan y cómo obtener atención en caso de emergencia.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar) 48

Proporciona detalles sobre cuáles son los tipos de atención médica que están cubiertos y cuáles *no* como miembro de nuestro Plan. También explica la parte que le corresponderá pagar a usted del costo de la atención médica cubierta.

Capítulo 5. Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos..... 111

Explica cuándo y cómo enviarnos una factura cuando quiere pedirnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo de los servicios cubiertos.

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades 117

Describe sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro Plan.
Explica lo que usted puede hacer si cree que no se están respetando sus derechos.

Capítulo 7. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) 129

Describe, paso a paso, lo que debe hacer si tiene algún problema o inquietud como miembro de nuestro Plan.

- Explica cómo solicitar que se tomen decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación si tiene problemas para obtener la atención médica que usted piensa que el plan cubre. Esto incluye solicitar que sigamos brindándole cobertura para atención hospitalaria y determinados tipos de servicios médicos si cree que la cobertura está terminando demasiado pronto.
- También explica cómo presentar una queja respecto de la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otros temas que le preocupan.

Capítulo 8. Cancelación de su membresía en el plan 174

Describe cuándo y cómo usted puede cancelar su membresía en el plan.
Además, detalla las situaciones en las cuales nuestro Plan debe cancelar su membresía.

Capítulo 9. Avisos legales 183

Se incluyen avisos sobre las leyes aplicables y la no discriminación.

Capítulo 10. Definiciones de palabras importantes 186

Explica los términos clave utilizados en este folleto.

CAPÍTULO 1

Primeros pasos como miembro

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro**Capítulo 1. Primeros pasos como miembro**

SECCIÓN 1	Introducción.....	5
Sección 1.1	Usted está inscrito en CHRISTUS Health Plan Guardian, que es una HMO de Medicare.....	5
Sección 1.2	¿De qué trata el folleto de Evidencia de cobertura?	5
Sección 1.3	Información legal sobre la <i>Evidencia de cobertura</i>	5
SECCIÓN 2	¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan?	6
Sección 2.1	Sus requisitos de elegibilidad	6
Sección 2.2	¿Qué es la cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare?	6
Sección 2.3	Esta es el área de servicio del plan para CHRISTUS Health Plan Guardian	7
Sección 2.4	Ciudadanía estadounidense o presencia legal	7
SECCIÓN 3	¿Qué otra documentación le enviaremos?	8
Sección 3.1	Tarjeta de miembro del plan: úsela para obtener toda la atención cubierta	8
Sección 3.2	El <i>Directorio de Proveedores</i> : su guía para conocer a todos los proveedores de la red del plan.....	9
SECCIÓN 4	Su prima mensual para CHRISTUS Health Plan Guardian.....	9
Sección 4.1	¿A cuánto asciende la prima del plan?	9
Sección 4.2	¿Podemos modificar la prima mensual de su plan durante el año?	10
SECCIÓN 5	Mantenga actualizado su registro de miembro del plan	10
Sección 5.1	Cómo puede asegurarse de que tengamos información correcta sobre usted.....	10
SECCIÓN 6	Protegemos la privacidad de su información de salud personal	12
Sección 6.1	Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida	12
SECCIÓN 7	Cómo funcionan otros seguros con nuestro Plan	12
Sección 7.1	¿Qué plan paga primero cuando usted tiene otro seguro?	12

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Usted está inscrito en CHRISTUS Health Plan Guardian, 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, CHRISTUS Health Plan Guardian.

Hay distintos tipos de planes de salud de Medicare. CHRISTUS Health Plan Guardian es un plan Medicare Advantage HMO (HMO significa Health Maintenance Organization, Organización para el mantenimiento de la salud) aprobado por Medicare y administrado por una compañía privada.

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 folleto de Evidencia de cobertura?
--------------------	--

Este folleto *Evidencia de cobertura* describe cómo puede obtener atención médica de Medicare a través de nuestro Plan. Explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto y la parte que le corresponde pagar a usted como miembro del plan.

Los términos “cobertura” y “servicios cubiertos” hacen referencia a la atención y los servicios médicos a su disposición como miembro de CHRISTUS Health Plan Guardian.

Es importante que sepa cuáles son las normas del plan y cuáles son los servicios que están a su disposición. Le recomendamos que dedique un tiempo a leer este folleto sobre la *Evidencia de cobertura*.

Si hay algún tema que lo confunde o le preocupa, o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con Servicios para los miembros de nuestro Plan (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

Sección 1.3	Información legal sobre la <i>Evidencia de cobertura</i>
--------------------	---

Es parte del contrato que celebramos con usted

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo CHRISTUS Health Plan Guardian 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”.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

El contrato estará vigente durante los meses en los que esté inscrito en CHRISTUS Health Plan Guardian desde el 1 de enero de 2022 hasta el 31 de diciembre de 2022.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de CHRISTUS Health Plan Guardian después del 31 de diciembre de 2022. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan, u ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2022.

Medicare debe aprobar nuestro Plan todos los años

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar CHRISTUS Health Plan Guardian 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 la Parte A y la Parte B de Medicare (la Sección 2.2 trata sobre la Parte A y la Parte B de Medicare).
- -- y -- viva en nuestra área de servicio geográfica (la Sección 2.3, que se encuentra más abajo, describe el área de servicio)
- -- y -- sea ciudadano estadounidense o esté legalmente presente a los Estados Unidos.

Sección 2.2 ¿Qué es la cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare?

Cuando se inscribió por primera vez en Medicare, recibió información sobre qué servicios están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Recuerde lo siguiente:

- Generalmente, la Parte A de Medicare ayuda a cubrir los servicios prestados por hospitales (para servicios para pacientes internados, centros de atención de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio).
- La Parte B de Medicare cubre la mayoría de los demás servicios médicos (como los servicios prestados por un médico, tratamiento de infusión a domicilio y otros servicios para pacientes externos) y ciertos artículos (como suministros y equipo médico duradero [Durable Medical Equipment, DME]).

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

Sección 2.3	Esta es el área de servicio del plan para CHRISTUS Health Plan Guardian
--------------------	--

Aunque Medicare es un programa federal, CHRISTUS Health Plan Guardian se encuentra disponible solo para personas que residen 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 estas partes de condados en Texas: Bowie, Camp, Cass, Cherokee, Franklin, Gregg, Harrison, Hopkins, Marion, Morris, Panola, Red River, Smith, Titus, Upshur y Wood.

Si tiene pensado mudarse fuera del área de servicio, comuníquese con Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). Si se muda, 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 disponible en su nueva ubicación.

También es importante que usted llame al 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 2.4	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 CHRISTUS Health Plan Guardian si no es elegible para seguir siendo miembro según este requisito. CHRISTUS Health Plan Guardian debe cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 ¿Qué otra documentación le enviaremos?

Sección 3.1 Tarjeta de miembro del plan: úsela para obtener toda la atención cubierta

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:

CHRISTUS Health Plan	
CHRISTUS HEALTH PLAN GUARDIAN (HMO)	
Member	Medical Plan
Subscriber Name: JOHN SAMPLE	PCP Office Visit: \$0
Subscriber ID: SMPL0001	Specialist Office Visit: \$25
	Emergency Room: \$75
	Urgent Care: \$35

Provider Services	Member Services
Submit Medical Claims to: P.O. Box 981651 El Paso, TX 79998-1651 Payor ID: 10629	Member Service 1-844-282-3026 TTY TX 711
Submit Dental Claims to: P.O. Box 1809 Alpharetta, GA 30023-1809	Superior Vision 1-800-879-6901
Submit Vision Claims to: 939 Elkridge Landing Rd, Ste 200 Linthicum, MD 21090	Delta Dental 1-888-818-7929
	Amplifon Hearing Care 1-866-687-6756
	TTY Amplifon 1-763-268-4264
	Assistance 24/7
	Nurse Line: 1-844-581-3174

www.christushealthplan.org

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 CHRISTUS Health Plan Guardian, 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 de rutina

Aquí le explicamos por qué esto es tan importante: si mientras sea miembro del plan utiliza los servicios cubiertos con la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en lugar de su tarjeta de miembro de CHRISTUS Health Plan Guardian, usted deberá pagar el costo total de los servicios.

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. (Los números de teléfono de Servicios para los miembros figuran en la contraportada de este folleto).

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

Sección 3.2 El Directorio de proveedores: su guía para conocer a todos los proveedores de la red del plan

El *Directorio de proveedores* incluye a todos los proveedores de atención médica y los proveedores de equipo médico duradero que forman parte de nuestra red.

¿Qué son los “proveedores de la red”?

Los proveedores de la red son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, proveedores de equipo médico duradero, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y cualquier costo compartido del plan como pago total. Hemos acordado con estos proveedores que les presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro Plan. La lista más actualizada de proveedores está disponible en nuestro sitio web en www.christushealthplan.org.

¿Por qué debe saber qué proveedores forman parte de nuestra red?

Es importante saber qué proveedores forman parte de nuestra red porque, salvo por algunas excepciones limitadas, mientras sea miembro de nuestro Plan debe usar los proveedores de la red para obtener atención y servicios médicos. Las únicas excepciones incluyen emergencias, servicios de urgencia cuando la red no está disponible (generalmente, cuando usted se encuentra fuera del área), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que CHRISTUS Health Plan Guardian autorice el uso de proveedores fuera de la red. Consulte el Capítulo 3 (*Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos*) para obtener información más específica sobre la cobertura en caso de emergencia, y la cobertura fuera de la red y fuera del área.

Si no tiene su copia del *Directorio de proveedores*, puede obtener una copia a través de Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). En Servicios para los miembros, puede solicitar más información sobre los proveedores de la red, incluso su formación y experiencia. Puede consultar el *Directorio de proveedores* en www.christushealthplan.org o descargarlo de este sitio web. Tanto Servicios para los miembros como el sitio web pueden darle la información más actualizada sobre los cambios en los proveedores de la red.

SECCIÓN 4 Su prima mensual para CHRISTUS Health Plan Guardian

Sección 4.1 ¿A cuánto asciende la prima del plan?

No es necesario que pague por separado la prima mensual de CHRISTUS Health Plan Guardian. Usted debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o un tercero paguen su prima de la Parte B por usted).

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

En algunos casos, la prima del plan podría ser mayor

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Como miembro de CHRISTUS Health Plan Guardian, usted recibirá una reducción de la prima de la Parte B de \$65. Esto significa que mientras esté inscrito en CHRISTUS Health Plan Guardian, la Administración del Seguro Social disminuirá el monto que deduce de su cheque del Seguro Social para su prima de la Parte B de Medicare. Como resultado, usted verá un aumento de \$65 en su cheque del Seguro Social cada mes.

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare Como se explica en la Sección 2 anterior, para poder ser elegible para nuestro Plan, usted debe tener la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare. Algunos miembros del plan (aquellos que no son elegibles para obtener la Parte A sin pagar la prima) pagan una prima por la Parte A de Medicare. La mayoría de los miembros del plan paga una prima por la Parte B de Medicare. **Usted debe continuar pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.**

Su copia del documento denominado *Medicare & You 2022* (Medicare y Usted 2022) incluye información sobre las primas en la sección titulada “2022 Medicare Costs” (Costos de Medicare de 2022). Allí se explica cómo varían las primas de la Parte B de Medicare para las personas que tienen distintos ingresos. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia del manual *Medicare & You 2022* (Medicare y Usted 2022) cada año en otoño. Los nuevos miembros de Medicare la reciben en el plazo de un mes después de que se inscriben por primera vez. También puede descargar una copia del manual *Medicare & You 2022* (Medicare y Usted 2022) 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 4.2	¿Podemos modificar la prima mensual de su plan durante el año?
--------------------	---

No. No estamos autorizados a comenzar a cobrar una 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 5	Mantenga actualizado su registro de miembro del plan
------------------	---

Sección 5.1	Cómo puede asegurarse de que tengamos información correcta sobre usted
--------------------	---

Su registro de miembro contiene información del formulario de inscripción, incluso su dirección y número de teléfono. Muestra la cobertura específica de su plan, como su médico de atención primaria.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

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.

Si hay algún cambio, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

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.

Lea la información que le enviamos sobre la cobertura de cualquier otro seguro que tenga

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. (Para obtener más información sobre cómo funciona nuestra cobertura cuando usted tiene otro seguro, consulte la Sección 7 de este capítulo).

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 (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 6 Protegemos la privacidad de su información de salud personal

Sección 6.1	Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida
--------------------	---

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.

Para obtener más información sobre cómo protegemos la información de salud personal, consulte Sección 1.3 del Capítulo 6 de este folleto.

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro Plan

Sección 7.1	¿Qué plan paga primero cuando usted tiene otro seguro?
--------------------	---

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.

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:

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

- Seguro sin culpa (incluido el seguro automovilístico).
- Responsabilidad (incluido el seguro automovilístico).
- Beneficios por 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 o Medigap hayan pagado.

Si usted tiene otro seguro, infórmele a su médico, hospital y farmacia. Si tiene preguntas sobre quién paga primero o si necesita actualizar el resto de su información del seguro, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). Es posible que sus otros aseguradores le requieran el número de identificación de miembro del plan (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

CAPÍTULO 2

*Números de teléfono
y recursos importantes*

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1	Contactos de CHRISTUS Health Plan Guardian (cómo comunicarse con nosotros, incluso cómo comunicarse con Servicios para los miembros del plan)	16
SECCIÓN 2	Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare).....	21
SECCIÓN 3	Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)	23
SECCIÓN 4	Organización para la mejora de la calidad (la paga Medicare para verificar la calidad de la atención que se brinda a las personas que tienen Medicare)	25
SECCIÓN 5	Seguro Social	26
SECCIÓN 6	Medicaid (un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a personas con ingresos y recursos limitados).....	27
SECCIÓN 8	¿Tiene un “seguro grupal” u otro seguro médico de un empleador?	28

SECCIÓN 1 Contactos de CHRISTUS Health Plan Guardian (cómo comunicarse con nosotros, incluso cómo comunicarse con Servicios para los miembros del plan)

Cómo comunicarse con Servicios para los miembros de nuestro 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 CHRISTUS Health Plan Guardian. Con gusto lo ayudaremos.

Método	Servicios para los miembros: información de contacto
LLAME AL	1-844-282-3026 Las llamadas a este número son gratuitas. El departamento de Servicios para los miembros de CHRISTUS Health Plan está disponible para ayudarle, los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, desde el 1. de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. Un sistema de respuesta de voz está disponible después del horario habitual. Servicios para los miembros también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 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 gratis. El departamento de Servicios para los miembros de CHRISTUS Health Plan está disponible para ayudarle, los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, desde el 1. de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. Un sistema de respuesta de voz está disponible después del horario habitual.
FAX	1-210-766-8851
ESCRIBA A	CHRISTUS Health Plan Guardian A la atención de: Member Services 919 Hidden Ridge Drive Irving, Texas 75038
SITIO WEB	www.christushealthplan.org

Cómo comunicarse con nosotros cuando está solicitando una decisión 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. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura, consulte el Capítulo 7 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Puede llamarnos si tiene alguna pregunta sobre el proceso de decisiones de cobertura.

Método	Decisiones de cobertura sobre atención médica: información de contacto
LLAME AL	1-844-282-3026 Las llamadas a este número son gratuitas. El departamento de Servicios para los miembros de CHRISTUS Health Plan está disponible para ayudarle, los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, desde el 1. de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. Un sistema de respuesta de voz está disponible después del horario habitual.
TTY	711 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 gratis. El departamento de Servicios para los miembros de CHRISTUS Health Plan está disponible para ayudarle, los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, desde el 1. de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. Un sistema de respuesta de voz está disponible después del horario habitual.
FAX	1-210-766-8851
ESCRIBA A	CHRISTUS Health Plan Guardian A la atención de: Medical Management P.O. Box 169001 Irving, Texas 75016-9001
SITIO WEB	www.christushealthplan.org

Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica

Una apelación es una manera formal de pedirnos revisar y modificar una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre su atención médica, consulte el Capítulo 7 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Apelaciones sobre la atención médica: información de contacto
LLAME AL	1-844-282-3026 Las llamadas a este número son gratuitas. El departamento de Servicios para los miembros de CHRISTUS Health Plan está disponible para ayudarle, los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, desde el 1. de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. Un sistema de respuesta de voz está disponible después del horario habitual.
TTY	711 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 gratis. El departamento de Servicios para los miembros de CHRISTUS Health Plan está disponible para ayudarle, los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, desde el 1. de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. Un sistema de respuesta de voz está disponible después del horario habitual.
FAX	1-866-416-2840
ESCRIBA A	CHRISTUS Health Plan Guardian A la atención de: Grievance & Appeals P.O. Box 169009 Irving, Texas 75016-9001
SITIO WEB	www.christushealthplan.org

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. (Si su problema es sobre el pago o la cobertura del plan, lea la sección anterior para saber cómo presentar su apelación). 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	1-844-282-3026 Las llamadas a este número son gratuitas. El departamento de Servicios para los miembros de CHRISTUS Health Plan está disponible para ayudarle, los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, desde el 1. de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. Un sistema de respuesta de voz está disponible después del horario habitual.
TTY	711 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 gratis. El departamento de Servicios para los miembros de CHRISTUS Health Plan está disponible para ayudarle, los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, desde el 1. de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. Un sistema de respuesta de voz está disponible después del horario habitual.
FAX	1-866-416-2840
ESCRIBA A	CHRISTUS Health Plan Guardian A la atención de: Grievance & Appeals P.O. Box 169009 Irving, Texas 75016-9001
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre CHRISTUS Health Plan Guardian directamente ante Medicare. Para presentar una queja en línea a Medicare, visite 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

Para obtener más información sobre situaciones en las que es posible que deba pedirnos que le reembolsemos o paguemos una factura de un proveedor, consulte el Capítulo 5 (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de 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
LLAME AL	1-844-282-3026 Las llamadas a este número son gratuitas. El departamento de Servicios para los miembros de CHRISTUS Health Plan está disponible para ayudarle, los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, desde el 1. de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. Un sistema de respuesta de voz está disponible después del horario habitual.
TTY	711 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 gratis. El departamento de Servicios para los miembros de CHRISTUS Health Plan está disponible para ayudarle, los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, desde el 1. de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. Un sistema de respuesta de voz está disponible después del horario habitual.
FAX	1-210-766-8851
ESCRIBA A	CHRISTUS Health Plan Guardian PO Box 169001 Irving, TX 75016
SITIO WEB	www.christushealthplan.org

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. 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.
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 folletos que se pueden imprimir directamente de su computadora. También puede encontrar la información de contacto de Medicare en su estado. El sitio de Medicare también tiene información detallada sobre las opciones de elegibilidad e 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 <i>valor estimado</i> de los costos que podría pagar de su bolsillo en diferentes planes de Medicare.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

Método	Medicare: información de contacto
SITIO WEB (CONTINUACIÓN)	También puede utilizar el sitio web para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga de CHRISTUS Health Plan Guardian: • Informe a Medicare sobre su queja: Puede presentar una queja sobre CHRISTUS Health Plan Guardian 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 para pedirles la información que está buscando. Ellos buscarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán. (Puede llamar 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 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 Texas, el SHIP se llama Texas State Health Insurance Assistance Program (programa estatal de asistencia sobre seguro médico de Texas).

El programa estatal de asistencia sobre seguro médico de Texas es un programa independiente (no se relaciona con ninguna compañía aseguradora ni plan de salud). Es un programa estatal 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 programa estatal de asistencia sobre seguro médico de Texas pueden ayudarlo con las preguntas o los problemas que tenga respecto de Medicare. Pueden ayudarlo a que entienda 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 programa estatal de asistencia sobre seguro médico de Texas también pueden ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

MÉTODO PARA ACCEDER A SHIP y OTROS RECURSOS:

- Visite www.medicare.gov
- Haga clic en “**Formularios, ayuda y recursos**” en el extremo derecho del menú de la parte superior
- En el cuadro desplegable, haga clic en “**Números de teléfono y sitios web**”
- Ahora tiene varias opciones
 - Opción 1: puede tener un **chat en directo**
 - Opción 2: puede hacer clic en cualquiera de los “**TEMAS**” en el menú de la parte inferior
 - Opción 3: puede elegir su **ESTADO** en el menú desplegable y hacer clic en GO. Lo llevará a una página que tiene los números de teléfono y recursos específicos de su estado.

Método	Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP de Texas): información de contacto
LLAME AL	1-800-252-9240 Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m., hora local. Los fines de semana y festivos, de 11:00 a. m. a 3:00 p. m., hora local.
TTY	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	Health Information, Counseling, and Advocacy Program of Texas (HICAP) P.O. Box 149104 Austin TX 78714-9104
SITIO WEB	http://www.hhs.texas.gov/services/health/medicare

SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad (la paga Medicare para verificar la calidad de la atención que se brinda a las personas que tienen Medicare)

En cada estado hay una Organización para la mejora de la calidad designada que trabaja para los beneficiarios de Medicare. En Texas, la Organización para la mejora de la calidad se llama KEPRO.

KEPRO tiene un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a los que les paga el gobierno federal. Medicare le paga a esta organización para que verifique y ayude a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare. KEPRO es una organización independiente. No tiene ninguna relación con nuestro Plan.

Si se presenta alguna de las siguientes situaciones, debe comunicarse con KEPRO:

- Si tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió.
- Si cree que la cobertura para su hospitalización finaliza demasiado pronto.
- Si 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	KEPRO (Organización para la mejora de la calidad de Texas): información de contacto
LLAME AL	1-888-315-0636 Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m., hora local. Los fines de semana y festivos, de 11:00 a. m. a 3:00 p. m., hora local.
TTY	1-855-843-4776 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	KEPRO 5201 W. Kennedy Blvd., Suite 900 Tampa, FL 33609
SITIO WEB	www.keproqio.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. Disponible de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. 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. Disponible de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes.
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid (un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a personas con ingresos y recursos limitados)

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.

Además, hay programas que se ofrecen a través de Medicaid que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos “Programas de ahorros de Medicare” ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero todos los años:

- **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 ser beneficiarios 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.

Si desea más información acerca de Medicaid y sus programas, llame a la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Medicaid en Texas.

Método	Comisión de Salud y Servicios Humanos de Medicaid en Texas: información de contacto
LLAME AL	1-512-424-6500. De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora local.
TTY	1-512-424-6587 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	Texas Medicaid Health and Human Services Commission 4900 Lamar Blvd Austin, TX 78751
SITIO WEB	https://hhs.texas.gov/services/health/medicare

SECCIÓN 7 Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de jubilación para ferroviarios

La Junta de jubilación para ferroviarios es una agencia federal independiente que administra los programas integrales de beneficios destinados a los trabajadores ferroviarios del país y a sus familias. Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios de la Junta de jubilación para ferroviarios, comuníquese con la agencia.

Si recibe sus beneficios de Medicare a través de la Junta de jubilación para ferroviarios, es importante que les comunique si se muda o cambia su dirección postal.

Método	Junta de jubilación para ferroviarios: 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 durante las 24 horas, incluidos 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 folleto). 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*

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos

SECCIÓN 1	Datos importantes sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro Plan	32
Sección 1.1	¿Qué son los “proveedores de la red” y los “servicios cubiertos”?	32
Sección 1.2	Normas básicas para obtener la atención médica cubierta por su plan	32
SECCIÓN 2	Use los proveedores de la red del plan para obtener atención médica	34
Sección 2.1	Usted debe elegir a un proveedor de atención primaria (PCP) para que brinde y supervise su atención médica	34
Sección 2.2	¿Qué tipos de atención médica puede recibir si no obtiene la autorización de su PCP por adelantado?	35
Sección 2.3	Cómo puede obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red	36
Sección 2.4	Cómo puede obtener atención de proveedores fuera de la red	37
SECCIÓN 3	Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia, una necesidad urgente de recibir atención o durante un desastre	38
Sección 3.1	Cómo puede obtener atención si tiene una emergencia médica	38
Sección 3.2	Cómo recibir atención médica en caso de tener una necesidad urgente de recibir servicios	39
Sección 3.3	Cómo obtener atención durante un desastre	40
SECCIÓN 4	¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos?	40
Sección 4.1	Puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo de los servicios cubiertos	40
Sección 4.2	Si nuestro Plan no cubre los servicios, usted debe pagar el costo total	41
SECCIÓN 5	¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un “estudio de investigación clínica”?	41
Sección 5.1	¿Qué es un “estudio de investigación clínica”?	41
Sección 5.2	Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga cada cosa?	42
SECCIÓN 6	Normas para obtener atención en una “institución religiosa de atención sanitaria no médica”	43
Sección 6.1	¿Qué es una institución religiosa de atención sanitaria no médica?	43

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

Sección 6.2	Recibir atención de una institución religiosa de atención sanitaria no médica	44
SECCIÓN 7	Normas para la posesión de equipo médico duradero	45
Sección 7.1	¿Puede quedarse con el equipo médico duradero después de haber realizado cierta cantidad de pagos dentro de nuestro Plan?	45
SECCIÓN 8	Normas para el equipo de oxígeno, suministros y mantenimiento	45
Sección 8.1	¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?	45
Sección 8.2	¿Cuál es su costo compartido? ¿Cambiará después de 36 meses?	46
Sección 8.3	¿Qué sucede si deja su plan y vuelve a Original Medicare?	46

SECCIÓN 1 Datos importantes sobre cómo obtener atención médica 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”?

A continuación, encontrará algunas definiciones que pueden ser útiles para que comprenda cómo puede obtener la atención y los servicios cubiertos como miembro de nuestro Plan:

- 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, CHRISTUS Health Plan Guardian debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y debe seguir las normas de cobertura de Original Medicare.

CHRISTUS Health Plan Guardian 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 folleto).

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

- **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 y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- **Tenga un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) de la red que brinde y supervise su atención médica.** Como miembro del plan, debe elegir a un PCP de la red (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
 - En la mayoría de los casos, nuestro Plan deberá aprobarlo por adelantado antes de que acuda a otros proveedores de la red del plan, tales como especialistas, hospitales, centros de atención de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio. A esto se le denomina darle una “remisión”. Para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
 - Las remisiones de su PCP no son necesarias para la atención de emergencia o los servicios de urgencia. También hay otros tipos de cuidado que usted puede recibir sin tener la autorización previa de su PCP (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Debe recibir atención 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). *Existen tres excepciones:*
 - El plan cubre los servicios 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 recibir atención médica que Medicare exige que cubra nuestro Plan y los proveedores de la red no la pueden prestar, puede obtener la atención de un proveedor fuera de la red. Debe obtener autorización de CHRISTUS Health Plan Guardian antes de buscar atención. En este caso, pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red. Para más información sobre cómo obtener autorización para consultar a un médico 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.

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?

Al inscribirse a CHRISTUS Health Plan Guardian, la primera y más importante decisión que debe tomar es elegir un proveedor de atención primaria (PCP). Un PCP es un médico, enfermera especializada o cualquier otro profesional del cuidado de la salud que está capacitado para brindarle atención médica básica. Su PCP le brindará la atención de rutina o básica.

Si elige un PCP que no ha consultado antes, le sugerimos que:

- Llame al consultorio de su PCP lo más pronto posible y le diga al personal que usted es miembro nuevo de CHRISTUS Health Plan Guardian.
- Haga una cita con su PCP para visitar a su PCP y él o ella lo conozca y comience a manejar sus necesidades médicas. No espere hasta que esté enfermo para programar esta cita. Usted debe conocer a su médico lo más pronto posible.
- Pida a su médico anterior que le envíe su historial médico a su nuevo PCP. Su PCP tiene la responsabilidad de proporcionarle la mayor parte de su atención médica y le ayudará a coordinar los demás servicios cubiertos como miembro de nuestro Plan.

La coordinación de sus servicios incluye verificar o consultar con otros profesionales médicos y proveedores del plan acerca de su atención médica y su evolución. Si hay algún hospital de la red en particular que desea utilizar, verifique primero para asegurarse de que su PCP utiliza dicho hospital.

Algunos servicios que usted recibe pueden requerir que usted o su PCP obtengan autorización previa del plan. Consulte la Tabla de beneficios para obtener información sobre los servicios que requieren autorización previa o comuníquese con Servicios para los miembros **1-844-282-3026**.

¿Cómo elige al PCP?

Como miembro del plan CHRISTUS Health Plan Guardian, usted elige su proveedor de atención primaria (PCP) al momento de inscribirse en nuestro Plan. El PCP que usted seleccione será su médico personal, quien llegará a conocerlo y a manejar todas sus necesidades médicas. Asimismo, el PCP será responsable de coordinar toda su atención, excepto en una situación de emergencia o de atención médica urgente.

Le recomendamos elegir un PCP cerca de su hogar. Al estar ubicado cerca de su PCP, será más fácil recibir su atención médica y desarrollar una relación abierta y de confianza con su PCP. El *Directorio de proveedores* de CHRISTUS Health Plan Guardian le brinda una lista completa de los profesionales médicos y proveedores de la red.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

Si no encuentra a su médico actual en el directorio y quiere confirmar que está en nuestro Plan, o si quiere elegir un nuevo PCP y le gustaría saber si este PCP acepta nuevos pacientes, comuníquese con Servicios para los miembros al **1-844-282-3026**.

También puede visitar nuestro sitio web en www.christushealthplan.org. El nombre y el número de teléfono del consultorio de su PCP están impresos en su tarjeta de membresía.

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.

Si quiere cambiar de PCP, comuníquese con Servicios para los miembros al **1-844-282-3026**. Puede hacer la solicitud por escrito, por teléfono o en el sitio web de CHRISTUS Health Plan Guardian website en www.christushealthplan.org. Servicios para los miembros verificará si el PCP que escogió de la red acepta nuevos pacientes. Luego cambiará su registro de miembro para que muestre el nombre de su nuevo PCP de la red. El cambio de PCP entra en vigor al siguiente día hábil después de su solicitud. Usted recibirá una nueva tarjeta de identificación de la membresía. Esta tarjeta tiene el nombre y número de teléfono de su nuevo PCP.

Cuando llame a Servicios para los miembros, asegúrese de mencionar si está consultando a especialistas o si está recibiendo servicios cubiertos que necesitan la aprobación de su PCP (tales como atención médica domiciliaria o equipo médico duradero). Servicios para los miembros se asegurará de que usted pueda continuar con la atención especializada y otros servicios que estaba recibiendo cuando cambió de PCP.

Nuestro objetivo es que la transición al nuevo PCP sea la mejor para evitar interrupciones a su atención médica. Como siempre, si tiene una necesidad médica de emergencia o urgente, le alentamos a buscar atención en un centro de atención de urgencia o emergencia apropiado.

Sección 2.2	¿Qué tipos de atención médica puede recibir si no obtiene la autorización de su PCP por adelantado?
--------------------	--

Puede recibir los servicios que figuran a continuación sin obtener una autorización por adelantado de su 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 la COVID-19, vacunas contra la hepatitis B y neumonía, siempre y cuando se las administre un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

- Servicios de urgencia proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no estén disponibles o no sea posible comunicarse con ellos temporalmente (por ejemplo, cuando usted esté temporalmente fuera del área de servicio del plan).
- 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 salir del área de servicio para que podamos ayudarlo a obtener diálisis de mantenimiento mientras se encuentra fuera del área de servicio. Los números de teléfono de Servicios para los miembros figuran en la contraportada de este folleto).

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.

Su PCP dirigirá y coordinará cualquier tipo de atención que requiera, y le ayudará a consultar un especialista cuando lo necesite. Algunos servicios pueden requerir autorización previa. Su PCP deberá obtener una autorización previa para los siguientes servicios:

- Equipo médico duradero y suministros relacionados
- Atención hospitalaria para pacientes internados
- Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios
- Dispositivos protésicos y suministros relacionados
- Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF)
- Algunas pruebas de diagnóstico para pacientes externos

Los proveedores de la red de CHRISTUS Health Plan Guardian están obligados a ayudar a los miembros a obtener la autorización previa. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4 para obtener más información acerca de los servicios que requieren autorización previa.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

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

Es importante que sepa que podemos realizar cambios en los hospitales médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Existen varias razones por las cuales su proveedor puede dejar de estar en su plan, pero 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 nuestro Plan con, al menos, 30 días de anticipación para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para que continúe controlando sus necesidades de atención médica.
- Si está realizando 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 cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará el plan con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor para administrar su atención.

También podemos ayudarle a coordinar la transición de su atención. Nuestro objetivo es que la transición al nuevo especialista u otro proveedor sea la mejor para evitar interrupciones a su atención médica. Llame a Servicio para los miembros al **1-844-282-3026**.

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

Mientras usted sea miembro de nuestro Plan debe usar proveedores de la red para obtener su atención y servicios médicos. Las únicas excepciones son emergencias y atención urgentemente necesaria cuando la red no está disponible (generalmente, cuando usted se encuentra fuera del área), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que CHRISTUS Health Plan Guardian autorice el uso de proveedores fuera de la red.

Consulte la Sección 3 del Capítulo 3 (*Cómo recibir servicios cubiertos en caso de una emergencia o atención médica urgente o durante un desastre*) para encontrar información más específica acerca de la cobertura de emergencia, fuera de la red y fuera del área de servicio.

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

Sección 3.1	Cómo puede obtener atención si tiene una emergencia médica
--------------------	---

¿Qué es una “emergencia médica” y qué debe hacer en caso de que se le presente esta situación?

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 médica inmediata para evitar que pierda la vida, un miembro o la función de un miembro. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.

Si tiene una emergencia médica, esto es lo que debe hacer:

- **Busque ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Pida una ambulancia por teléfono si la necesita. No es necesario que primero obtenga la autorización o una remisión del PCP.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de avisar al plan acerca de la emergencia.** Debemos dar seguimiento a su atención de emergencia. Usted o alguien más debe informarnos sobre su atención de emergencia, por lo general dentro de 48 horas. Comuníquese con el Servicios para los miembros de CHRISTUS Health Plan al **1-844-282-3026**. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**. Servicio para los miembros también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para las personas que no hablan inglés.

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

Usted puede obtener atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier lugar del mundo. Nuestro 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. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este folleto.

Usted tiene cobertura de emergencias en todo el mundo. Consulte el Capítulo 4 para obtener más información.

Si se presenta una emergencia, hablaremos con los médicos que le están brindando atención de emergencia para colaborar en el manejo y el seguimiento de su atención. 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. Nuestro Plan cubre la atención de seguimiento. Si recibe

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

atención de emergencia por parte de proveedores fuera de la red, trataremos de que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su afección y las circunstancias lo permitan.

¿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 – la atención adicional que recibe se considera “servicios de urgencia” y usted sigue las normas para obtener esta atención de urgencia (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 3.2 más abajo).

Sección 3.2 Cómo recibir atención médica en caso de tener una necesidad urgente de recibir servicios**¿Qué son los “servicios de urgencia”?**

Los “servicios de urgencia” se refieren a una enfermedad, lesión o afección imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser brindados por proveedores dentro de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente. La enfermedad imprevista podría ser, por ejemplo, un brote imprevisto de una afección conocida que usted tenga.

¿Qué sucede si se encuentra en el área de servicio del plan y tiene una necesidad urgente de recibir atención?

Siempre debe tratar que los proveedores de la red le brinden los servicios de urgencia. Sin embargo, si los proveedores de la red no están disponibles o accesibles temporalmente y no es razonable esperar para obtener atención médica de su proveedor de la red cuando esta esté disponible, cubriremos los servicios de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red.

- **Vaya al proveedor de atención de urgencia más cercano.** No necesita recibir primero la aprobación o remisión de su PCP, pero usted puede comunicarse con su PCP para que le ayude a coordinar su atención con un proveedor de atención médica urgente.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de avisar al plan acerca de su consulta al centro de atención médica urgente.** Debemos dar seguimiento a su atención médica de urgencia. Usted o alguien más debe informarnos sobre su atención de urgencia, por lo general dentro de 48 horas. Comuníquese con el Servicios para los miembros de CHRISTUS Health Plan al **1-844-282-3026**. Las personas sordas, con dificultades auditivas o del habla, pueden llamar al número TTY al **711**, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Los servicios de interpretación están disponibles de forma gratuita. También puede visitar nuestro sitio web en www.christushealthplan.org.
- Para encontrar un centro de atención de urgencias, consulte su *Directorio de proveedores* o visite nuestro sitio web en www.christushealthplan.org. También puede llamar al Servicios para los miembros de CHRISTUS Health Plan al **1-844-282-3026**.

¿Qué sucede si se encuentra fuera del área de servicio del plan y tiene una necesidad urgente de recibir atención?

Cuando usted está fuera del área de servicio y no puede obtener la atención de un proveedor de la red, nuestro Plan cubrirá los servicios de urgencia que obtenga de cualquier proveedor.

Nuestro Plan cubre servicios internacionales de atención de emergencia y de urgencia, fuera de los Estados Unidos.

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.christushealthplan.org para obtener información sobre cómo obtener la atención que necesita durante un desastre.

Generalmente, si no puede consultar con 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 cubiertos?
------------------	---

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 pagar 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 concepto de servicios médicos cubiertos*) para obtener información sobre lo que debe hacer.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

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

CHRISTUS Health Plan Guardian cubre todos los servicios médicos que son médicamente necesarios; estos servicios se encuentran en la Tabla de beneficios médicos del plan (esta tabla está en el Capítulo 4 de este folleto) y se obtienen conforme a las normas del plan. Usted es responsable de pagar el costo total de los servicios que no cubra el plan, ya sea porque se trate de servicios que el plan no cubre o porque se obtuvieron fuera de la red y no fueron autorizados.

Si tiene alguna duda sobre si pagaremos algún tipo de atención o servicio médico que piensa obtener, tiene derecho a preguntarnos si lo cubriremos antes de que lo reciba. También tiene derecho de solicitarlo por escrito. Si le comunicamos que no cubriremos los servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención.

En el Capítulo 7 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*), encontrará más información sobre lo que debe hacer si necesita que tomemos una decisión de cobertura o si quiere apelar una decisión que hayamos tomado. También puede llamar a Servicios para los miembros para obtener más información (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación para los beneficios, usted paga el costo total de los servicios que reciba después de haber utilizado la totalidad del beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Los costos incurridos una vez que se alcanza un límite de beneficios no se tienen en cuenta para el monto máximo de costos que paga de su bolsillo. Si quiere saber cuánto ha utilizado del límite del beneficio, puede llamar a Servicios para los miembros.

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. Los médicos y científicos prueban nuevos medicamentos o procedimientos de atención médica, para lo cual piden la colaboración de voluntarios para el estudio. Este tipo de estudio constituye una de las fases finales del proceso de investigación que ayuda a los médicos y científicos a determinar si un nuevo enfoque funciona y es seguro.

No todos los estudios de investigación clínica están abiertos a la participación de los miembros de nuestro Plan. Primero, Medicare debe aprobar el estudio de investigación. Si participa en un estudio que Medicare *no* ha aprobado, *usted será responsable de pagar todos los costos de su participación en el estudio.*

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

Una vez que Medicare apruebe el estudio, alguien que trabaja en el estudio se pondrá en contacto con usted para explicarle más sobre el estudio y determinar si cumple con los requisitos establecidos por los científicos que están llevando a cabo el estudio. Puede participar en el estudio solo si cumple con los requisitos del estudio y si comprende y acepta plenamente 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. Mientras participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro Plan y continuar recibiendo la atención restante (la atención que no esté relacionada con el estudio) a través del plan.

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 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, **sí debe informarnos antes de comenzar a participar en un estudio de investigación clínica.**

Si tiene pensado participar en un estudio de investigación clínica, comuníquese con Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto) para informar que participará en un ensayo clínico y para obtener más detalles específicos sobre lo que su plan pagará.

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, tendrá cobertura para productos 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.

Original Medicare paga la mayor parte del costo de los servicios cubiertos que usted recibe como parte del estudio. Después de que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro Plan también pagará parte de los costos. Nosotros pagaremos la diferencia entre el costo compartido de los gastos en Original Medicare y su participación 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.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

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 nosotros pagaríamos otros \$10. Esto significa que usted pagaría \$10, que es el mismo monto que pagaría según los beneficios del plan.

Para que podamos pagar la parte que nos corresponde de los costos, es necesario que envíe una solicitud de pago. Junto con la solicitud, es necesario que envíe una copia de sus Avisos de resumen de Medicare u otra documentación que muestre qué servicios recibió como parte del estudio y cuánto adeuda. Para obtener información sobre cómo enviar solicitudes de pago, consulte el Capítulo 5.

Cuando 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 y servicios que el estudio le brinde a usted, o a cualquier participante, de forma gratuita.
- Los productos o 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?

Para obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica visite el sitio web de Medicare para leer o descargar 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)**, las 24 horas del día, 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 atención

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

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. Puede optar por recibir atención médica en cualquier momento y por cualquier motivo. Este beneficio se brinda solo para los servicios para pacientes internados de la Parte A (servicios de atención no médica). Medicare solo pagará los servicios de atención no médica que se presten en instituciones religiosas de atención sanitaria 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 – debe obtener la autorización del plan por adelantado antes de que lo ingresen en el centro, porque de lo contrario, su estadía no estará cubierta.

Si cumple con las condiciones descritas anteriormente y califica para la atención, usted debe seguir las normas de cobertura para hospitalizaciones y la atención en un centro de enfermería especializada. El costo compartido y los beneficios se describen en el Capítulo 4 de este folleto en la Tabla de beneficios médicos.

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de 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 suministros y equipos de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para la diabetes, dispositivos para la generación del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar. El miembro siempre posee ciertos artículos, como dispositivos protésicos. En esta sección, analizamos otros tipos de DME que debe alquilar.

En Original Medicare, quienes alquilan ciertos tipos de DME pueden quedarse con el equipo después de pagar el copago del artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de CHRISTUS Health Plan Guardian, usualmente no tendrá posesión de los artículos del DME alquilados, independientemente de la cantidad de copagos que haya realizado por el artículo siendo miembro de nuestro Plan. En determinadas circunstancias limitadas, transferiremos la posesión del DME. Comuníquese con Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto) para saber más sobre los requisitos que debe cumplir y la documentación que debe presentar.

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

Si no obtuvo la propiedad del DME 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 para estos 13 pagos consecutivos.

Si realizó menos de 13 pagos por el artículo de DME en Original Medicare *antes* de inscribirse en nuestro Plan, estos pagos previos tampoco se tienen en cuenta para los 13 pagos consecutivos. Deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de que vuelva a Original Medicare para convertirse en propietario del artículo. No hay excepciones a este caso cuando regresa a Original Medicare.

SECCIÓN 8 Normas para el equipo de oxígeno, suministros y mantenimiento

Sección 8.1	¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?
--------------------	--

Si reúne los requisitos para recibir cobertura para el equipo de oxígeno de Medicare, durante el tiempo que esté inscrito, CHRISTUS Health Plan Guardian cubrirá lo siguiente:

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

- 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 CHRISTUS Health Plan Guardian o ya no tiene necesidad médica del equipo de oxígeno, este se debe devolver al dueño.

Sección 8.2	¿Cuál es su costo compartido? ¿Cambiará después de 36 meses?
--------------------	---

Su costo compartido para la cobertura de Medicare del equipo de oxígeno es 20% de coseguro cada mes.

Si antes de inscribirse en CHRISTUS Health Plan Guardian pagó 36 meses de alquiler para la cobertura del equipo de oxígeno, su costo compartido en CHRISTUS Health Plan Guardian es el 20% de coseguro.

Sección 8.3	¿Qué sucede si deja su plan y vuelve a Original Medicare?
--------------------	--

Si vuelve a Original Medicare, comienza un ciclo nuevo de 36 meses que se renueva cada cinco años. Por ejemplo, si había pagado alquiler por equipo de oxígeno durante 36 meses antes de inscribirse en CHRISTUS Health Plan Guardian, se inscribe en CHRISTUS Health Plan Guardian durante 12 meses, y luego vuelve a Original Medicare, pagará el costo compartido total por la cobertura del equipo de oxígeno.

De manera similar, si realizó pagos durante 36 meses mientras estaba inscrito en CHRISTUS Health Plan Guardian y luego vuelve a Original Medicare, pagará el costo compartido total por la cobertura del equipo de oxígeno.

CAPÍTULO 4

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

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

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.....	49
Sección 1.1	Tipos de costos que puede llegar a tener que pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos	49
Sección 1.2	¿Cuál es el monto máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos?.....	49
Sección 1.3	Nuestro Plan no permite que los proveedores le “facturen saldos”	50
SECCIÓN 2	Utilice la <i>Tabla de beneficios médicos</i> para averiguar qué es lo que está cubierto y cuánto le corresponderá pagar	51
Sección 2.1	Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan	51
SECCIÓN 3	¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?.....	106
Sección 3.1	Servicios que <i>no</i> cubrimos (exclusiones)	106

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 se centra en los servicios cubiertos y lo que paga por sus beneficios médicos. Aquí encontrará una Tabla de beneficios médicos que enumera los servicios cubiertos y detalla la cantidad que deberá pagar por cada servicio cubierto como miembro de CHRISTUS Health Plan Guardian. 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 abona 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. Si considera que se le solicita que pague de manera incorrecta, póngase en contacto con Servicios para los miembros.

Sección 1.2 ¿Cuál es el monto máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos?
--

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 dentro de la red que están cubiertos dentro de la red por nuestro Plan (consulte la Tabla de beneficios médicos en la Sección 2, a continuación). Este límite se denomina el monto máximo que paga de su bolsillo por servicios médicos.

Como miembro de CHRISTUS Health Plan Guardian, el monto máximo que deberá pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos dentro de la red en 2022 es \$4,400. Los montos que usted paga por los copagos y el coseguro por los servicios cubiertos se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Además, los montos que usted paga por algunos servicios no cuentan para el monto máximo que paga 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

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

\$4,400, no deberá pagar costos de su bolsillo por el resto del año por los servicios cubiertos dentro de la red. Sin embargo, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o un tercero paguen su prima de la Parte B por usted).

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

Como miembro de CHRISTUS Health Plan Guardian, una protección importante para usted es que solo tiene que pagar la parte que le corresponde del monto del costo compartido cuando obtiene 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.

Aquí le mostramos cómo funciona esta protección.

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad determinada de dinero, por ejemplo, \$15), 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, paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de reembolso del plan (según se determine en el contrato entre el proveedor y el plan).
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que participa en 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).
 - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que no participa en 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).
- Si cree que un proveedor le ha “facturado saldos”, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

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

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

Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan

En las siguientes páginas, la Tabla de beneficios médicos enumera los servicios que CHRISTUS Health Plan Guardian 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 y los equipos) *deben* ser médicamente necesarios. “Médicamente 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.
- Usted recibe su atención de parte de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de parte de un proveedor fuera de la red no estará cubierta. El Capítulo 3 brinda más información sobre los requisitos para usar proveedores de la red y las situaciones en las que cubriremos los servicios de un proveedor fuera de la red.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) que brinda y supervisa su atención.
- 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 autorizarse por adelantado están marcados en la Tabla de beneficios médicos en *negrita*.

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 2022* (Medicare y Usted 2022). También puede consultarlo en línea en www.medicare.gov o solicitar una copia llamando al **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**.)
- 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 visita en la que recibe el servicio preventivo, aplicará un copago por la atención recibida por la afección existente.

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

- A menudo, Medicare agrega la cobertura de Original Medicare para nuevos servicios durante el año. Si Medicare agrega cobertura para algún servicio durante el año 2022, Medicare o nuestro Plan cubrirán esos servicios.



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

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo.	No se requiere 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 identificable (es decir, no se asocia con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • No está relacionado con una cirugía; • No está relacionado 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 debe interrumpirse si el paciente no mejora o si empeora. Requisitos del proveedor: Los médicos (como se define en la sección 1861(r)(1) de la Ley del Seguro Social (la Ley) pueden brindar sesiones de acupuntura de conformidad con los requisitos estatales vigentes. Los asistentes médicos (Physician assistants, PA), enfermeros practicantes (nurse practitioners, NP)/especialistas en enfermería clínica (clinical nurse specialists, CNS) (como se identificó en la sección 1861(aa)(5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden brindar sesiones de acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales vigentes y tienen:	Copago de \$25 por visita para consultas de acupuntura cubiertas por Medicare.

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Acupuntura para dolor crónico en la parte baja de la espalda (continuación) • un máster o doctorado en Acupuntura o en 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 vigente, completa, activa y sin restricciones para la práctica de acupuntura en un estado, territorio o Mancomunidad (es decir, • Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia. El personal auxiliar que brinda sesiones de acupuntura debe estar debidamente supervisado por un médico, PA o NP/CNS según lo requieren nuestras reglamentaciones en las secciones §§ 410.26 y 410.27 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR).	
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 solo si se trata de un miembro cuya afección médica es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro su salud o si está autorizado por el plan. • El servicio de transporte en ambulancia para casos que no sean de emergencia es adecuado si está documentado que la afección del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.	Copago de \$265 por viaje para los beneficios de ambulancia cubiertos por Medicare. Exento de copago si es hospitalizado.

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 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 al año. 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 consultas anuales de bienestar.
 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 identificar masa ósea, detectar 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 lo siguiente: • 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	No se requiere coseguro, copago ni deducible para mamografías de detección cubiertas.
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 orden del médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son habitualmente más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	* Puede requerir autorización. Copago de \$40 por consulta de rehabilitación cardíaca cubierta por Medicare.

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarlo 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 sano.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para 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 lo siguiente: • 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 de vagina, 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 subluxaciones • Quiropráctica de rutina limitada a 36 visitas por año.	* Puede requerir autorización. Copago de \$20 para visitas cubiertas por Medicare. Copago de \$20 para visitas de quiropráctica de rutina.

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

Servicios cubiertos para usted	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 (Guaiac 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.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare. Copago de \$0 por enema de bario.
Servicios odontológicos En general, los servicios odontológicos preventivos (como limpiezas, exámenes de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Cubrimos lo siguiente: <u>Servicios odontológicos cubiertos por Medicare</u> – servicios dentales limitados (esto no incluye servicios relacionados con atención, tratamiento, relleno, extracción o reemplazo de dientes). <u>Servicios odontológicos preventivos</u> • Exámenes orales: 1 consulta cada año para examen oral • Profilaxis: 1 consulta cada 6 meses para limpieza de dientes	Copago de \$25 por servicio cubierto por Medicare. Copago de \$5 por servicio preventivo.

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios odontológicos (continuación) • Tratamiento con flúor: 1 consulta cada 6 meses para tratamiento con flúor • Radiografías: Una vez cada 2 años	
 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 o 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 detección de diabetes cada 12 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección 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 lo siguiente: • 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.	Copago de \$0 para los suministros para el control de la diabetes cubiertos por Medicare. Suministros y servicios para diabéticos limitados a aquellos de fabricantes específicos.

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos (continuación) • 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. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta, siempre que se cumpla con ciertos requisitos.	Copago de \$10 para los zapatos terapéuticos o plantillas cubiertas por Medicare. Copago de \$0 por para los servicios capacitación para el autocontrol de diabetes o servicios para diabetes cubiertos por Medicare. Puede requerir autorización para los zapatos y plantillas para diabéticos cubiertos por Medicare.
Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) y suministros relacionados (En el Capítulo 10 de este folleto, encontrará una definición de “equipo médico duradero”). Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, 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. Le enviamos la lista de DME de CHRISTUS Health Plan Generations junto con esta <i>Evidencia de cobertura</i>. La lista le indica las marcas y fabricantes de DME que cubriremos. La lista más reciente de marcas, fabricantes y proveedores también está disponible en nuestro sitio web en www.christushealthplan.org.	*Puede requerir autorización para el equipo médico duradero cubierto por Medicare. 20% del costo del DME cubierto por Medicare. Suministros y servicios para diabéticos limitados a aquellos de fabricantes específicos.

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) y suministros relacionados (continuación) Generalmente, CHRISTUS Health Plan Guardian cubre cualquier DME cubierto por Original Medicare de las marcas y los fabricantes que se encuentran en esta lista. No cubriremos otras marcas ni otros fabricantes, a menos que su médico u otro proveedor nos informen que la marca es adecuada para sus necesidades médicas. Sin embargo, si es un miembro nuevo de CHRISTUS Health Plan Guardian y utiliza una marca de DME que no figura en nuestra lista, continuaremos con la cobertura de esta marca durante un máximo de 90 días. Durante este período, debe hablar con su médico para decidir qué marca es médicamente adecuada en su caso después de este período de 90 días. (Si no está de acuerdo con su médico, puede pedirle que lo remita para tener una segunda opinión). Si usted (o su proveedor) no están de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, pueden presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor sobre qué producto o marca es adecuada para su afección. (Para obtener más información sobre apelaciones, consulte el Capítulo 7, <i>Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]</i>).	

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención de emergencia La atención de emergencia hace referencia a los servicios con estas características: • Son brindados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia. • Son necesarios para evaluar o estabilizar una afección de 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 médica inmediata para evitar que pierda la vida, un miembro o la función de un miembro. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente. Los costos compartidos para los servicios de emergencia necesarios que se brindan fuera de la red son los mismos que para los mismos servicios que se brindan dentro de la red. La atención de emergencia está cubierta a nivel mundial. El transporte de emergencia está cubierto a nivel mundial.	Copago de \$75 por consultas de emergencia cubiertas por Medicare. 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 recibir la atención para pacientes internados en un hospital fuera de la red que el plan autorice y su costo será el costo compartido más alto que pagaría en un hospital de la red. Copago de \$75 por consultas de emergencia cubiertas por Medicare. Copago de \$265 por viaje. Exento de copago si es admitido en el hospital.

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Programas educativos sobre salud y bienestar La salud preventiva conserva su enfoque en afecciones médicas como la presión arterial alta, colesterol, asma, dietas especiales, control de peso, acondicionamiento físico y manejo del estrés. El beneficio para dejar de fumar y cesar el consumo de tabaco permite a los miembros recibir servicios de consejería ilimitados para dejar de fumar y cesar el consumo de tabaco. Los miembros deben ser referidos por su médico para recibir este servicio.	Copago de \$0 por programas de educación sobre salud y bienestar.
Beneficio de acondicionamiento físico Este beneficio proporciona acceso a las clínicas de acondicionamiento físico de CHRISTUS Trinity Mother Frances en nuestras áreas. Nuestra misión es brindar un centro de salud y acondicionamiento físico diseñado para educar a nuestra comunidad sobre la importancia de la condición física. Con un equipo de profesionales del acondicionamiento físico y la salud, así como programas innovadores, nuestra intención es brindar orientación a las personas para que tengan una mejor calidad de vida.	Cubierto por completo en clínicas de acondicionamiento físico participantes de CHRISTUS Trinity Mother Frances. Si elige otro programa calificado de acondicionamiento físico, recibirá una asignación mensual de \$20 para el beneficio de acondicionamiento físico, reembolsada trimestralmente

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios auditivos Las evaluaciones auditivas de diagnóstico y las relacionadas con el equilibrio realizadas por 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. Exámenes de rutina de la audición: 1 examen cada año Dispositivos auditivos: El miembro debe comprar los dispositivos auditivos seleccionados del fabricante elegido de Amplifon.	Copago de \$25 para servicios por la audición cubiertos por Medicare por examen. Copago de \$35 por un examen auditivo de rutina. Copago de \$395 o \$695 por dispositivos auditivos. El copago se basa en el fabricante, producto y el estilo seleccionado. No está cubierto fuera de la red.
 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 lo siguiente: - 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.
Entrega de comidas a domicilio Usted es elegible para recibir comidas a domicilio inmediatamente después de una cirugía u hospitalización; por enfermedades crónicas; por afecciones médicas o afecciones médicas potenciales que requieren que la persona inscrita permanezca en casa durante cierto tiempo. El centro de llamadas para los servicios de comidas llamará al miembro después del alta para confirmar que desea recibir las comidas.	Copago de \$0 por hasta 14 comidas entregadas a domicilio hasta por 7 días. Sin límite de alta en un año.

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

Servicios cubiertos para usted	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 de la salud a domicilio en forma intermitente o de medio tiempo (para que se los cubra 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.	*Puede requerir autorización para los servicios de atención médica a domicilio cubiertos por Medicare. No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficiarios elegibles para los servicios de agencia de atención médica a domicilio cubiertos por Medicare.
Tratamiento de infusión a domicilio El tratamiento de infusión a domicilio implica la administración por vía intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en el hogar. Entre los componentes necesarios para realizar la infusión a domicilio se incluyen el medicamento (por ejemplo, antivíricos, inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, sondas y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, proporcionados según la atención del plan. • Capacitación y educación del paciente que no están cubiertas por el beneficio del equipo médico duradero. • Supervisión remota. • Servicios de supervisión para la prestación del tratamiento de infusión a domicilio y el suministro de medicamentos de infusión a domicilio proporcionados por un proveedor calificado de tratamiento de infusión a domicilio.	20% del costo del tratamiento de infusión en el hogar cubierto por Medicare.

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención en un hospicio	Cuando se inscribe en un programa de hospicio 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 CHRISTUS Health Plan Guardian. No se requiere coseguro, copago ni deducible para para los servicios de consulta en hospicio
Es posible que reciba atención a través de un programa de hospicio certificado por Medicare. 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. El médico del hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Medicamentos para controlar síntomas y aliviar el dolor. • Atención de alivio a corto plazo. • Atención a domicilio. <u>Para los servicios en un 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 sus servicios en un 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. <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 el costo de estos servicios depende de si usted utiliza un proveedor de la red de nuestro Plan: • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red, 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). <u>Para los servicios cubiertos por CHRISTUS Health Plan Guardian pero que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare:</u> CHRISTUS Health Plan Guardian 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.	

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención en un hospicio (continuación) Nota: si necesita atención médica que no sea en un hospicio (atención que no está relacionado 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 de la Parte B cubiertos por Medicare incluyen los siguientes: • 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. • Vacunas contra la COVID-19. • Otras vacunas si su salud está en peligro y si cumple con los requisitos de cobertura de la Parte B de Medicare. También cubrimos vacunas en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B y la COVID-19.

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

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.

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 tóxicas 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, organizaremos la revisión de su caso en un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que decidirá si 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 CHRISTUS Health Plan Guardian 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.

***Puede requerir autorización para los servicios para pacientes internados cubiertos por Medicare.**

Para estadías en el hospital cubiertas por Medicare:

Días 1 al 5: Copago de \$320 por día.

Días 6 al 90: Copago de \$0 por día

Límite de 90 días con 60 días adicionales de reserva.

Si recibe 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 más alto que pagaría en un hospital de la red.

Excepto en una emergencia, su médico debe decirle al plan que usted será hospitalizado.

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación) - Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza solo a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las tres primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. 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 www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-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, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	
Atención de salud mental para pacientes internados Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren hospitalización. Nuestro Plan cubre un límite de por vida de 190 días atención de salud mental para pacientes internados en un hospital psiquiátrico. El límite de de la atención para pacientes internados no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes internados proporcionados de un hospital general.	*Puede requerir autorización para los servicios de salud mental para pacientes internados cubiertos por Medicare. Para hospitalizaciones cubiertas por Medicare:

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención de salud mental para pacientes internados (continuación) Nuestro Plan también cubre 90 días para una estadía de paciente internado. Nuestro Plan también cubre 60 “días de reserva de por vida”. Estos son días “adicionales” que cubrimos. Si su hospitalización dura más de 90 días, puede usar estos días adicionales. Una vez haya usado estos 60 días, su cobertura de servicios para pacientes hospitalizados tendrá un límite de 90 días.	Días 1 al 5: Copago de \$318 por día. Días 6 al 90: Copago de \$0 por día Límite de 90 días con 60 días adicionales de reserva. Excepto en una emergencia, su médico debe decirle al plan que usted será hospitalizado. Si recibe servicios de hospitalización autorizados en un hospital fuera de la red después de que su afección de emergencia se haya estabilizado, deberá pagar el costo compartido que pagaría en un hospital de la red. Se cobra un copago por cada hospitalización.

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

Servicios cubiertos para usted	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, los siguientes: • Servicios médicos. • Análisis de diagnóstico (como los análisis de laboratorio). • Tratamiento con radiografías, radio e isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos. • 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.	*Puede requerir autorización para los servicios en un centro de enfermería especializada cubiertos por Medicare. Usted es responsable del 100% del costo de los servicios recibidos que no sean médicamente necesarios o si excede cualquier límite de beneficios aplicable.

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Terapia médica nutricional Este beneficio es para las personas con diabetes, enfermedad renal (del riñón) (pero no con tratamiento de diálisis) o después de un trasplante con una orden del médico. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que recibe los servicios de terapia médica nutricional 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 cambian, 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 (MDPP) Los servicios del Programa de prevención de la diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) 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.
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 lo siguiente: • Medicamentos que, generalmente, el paciente no se autoadministra y que se aplican por medio de una inyección o infusión cuando recibe los servicios de médicos, en un	* Puede requerir autorización para los medicamentos recetados de la Parte B de Medicare. 20% del costo de los medicamentos para quimioterapia de la Parte B de Medicare y otros

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
hospital para pacientes externos o en un centro quirúrgico ambulatorio. • Medicamentos que se administran con equipo médico duradero (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 estaba inscrito en la Parte A de Medicare cuando se le trasplantó el órgano. • 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. • Antígenos. • Determinados medicamentos orales para el tratamiento del cáncer y las náuseas. • Determinados medicamentos para autodiálisis en su hogar, incluidos heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario, anestésicos tópicos y fármacos estimuladores de la eritropoyesis (por ejemplo, Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa) • Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias. También cubrimos vacunas en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos con receta de la Parte B.	medicamentos de la Parte B de Medicare.
 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.

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios del programa de tratamiento para opioides Los miembros de nuestro Plan con trastorno por uso de opioides (Opioid Use Disorder, OUD) pueden recibir la cobertura de servicios para tratar los OUD a través de un Programa de tratamiento para opioides (Opioid Treatment Program, OTP), que incluye los siguientes servicios: • Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) y medicamentos agonistas y antagonistas para tratamiento asistido por medicamentos (Medication-Assisted Treatment, MAT). • Suministro y administración de medicamentos de MAT (si corresponde). • Asesoramiento sobre consumo de sustancias. • Terapia individual y grupal. • Pruebas toxicológicas. • Actividades de admisión. • Evaluaciones periódicas.	* Puede requerir autorización. Copago de \$25 por servicio cubierto por Medicare.

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Radiografías. • Tratamiento de radiación (radio e isótopos) que incluye materiales de los técnicos y suministros. • Servicios radiológicos de diagnóstico (IRM, TC, TEP). • 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 completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza solo a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las tres primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. • Otros análisis de diagnóstico para pacientes externos.	* Puede requerir autorización. Copago de \$25 para radiografías cubiertas por Medicare. 20% del costo de la radiología terapéutica cubierta por Medicare. Copago de \$150 por la radiología diagnóstica cubierta por Medicare. 20% del costo de suministros, férulas, yesos y otros aparatos quirúrgicos cubiertos por Medicare. Copago de \$0 por los exámenes de laboratorio cubiertos por Medicare. Copago de \$150 por unidad de los servicios para sangre cubiertos por Medicare. Copago de \$50 por procedimientos y exámenes no radiológicos de diagnóstico cubiertos por Medicare.

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Observación hospitalaria para pacientes externos Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes externos proporcionados 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. Nota: a menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden 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 www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-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, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	* Puede requerir autorización. Copago de \$325 para servicios de salud mental para pacientes externos y servicios de observación cubiertos por Medicare
Servicios hospitalarios para pacientes externos Cubrimos servicios médicamente necesarios 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:	* Puede requerir autorización. Copago de \$325 por servicios para paciente ambulatorio y servicios

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios hospitalarios para pacientes externos (continuación) - 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.	clínicos y de observación cubiertos por Medicare; copago de \$255 para cirugía ambulatoria cubierta por Medicare; copago de \$75 por servicios del departamento de emergencias cubiertos por Medicare. \$0 por exámenes de laboratorio cubiertos por Medicare; copago de \$50 por procedimientos o exámenes ambulatorios no radiológicos de diagnóstico cubiertos por Medicare. Copago de \$55 por servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare; copago de \$40 por servicios ambulatorios de salud mental cubiertos por Medicare. Copago de \$25 para radiografías cubiertas por Medicare. Copago de \$150 por la radiología diagnóstica cubierta por Medicare (IRM, TC, TEP). Coseguro de 20% para la radiología diagnóstica cubierta por Medicare.

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios hospitalarios para pacientes externos (continuación) • 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 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 http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Ourpatient.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, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	20% del costo de suministros, pruebas de detección y servicios preventivos cubiertos por Medicare. 20% del costo para los medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare.
Atención de salud mental para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: 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.	Copago de \$40 para servicios de salud mental para pacientes externos cubiertos por Medicare.

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
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 se brindados en varios entornos para pacientes externos, como departamentos ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities, CORF).	* Puede requerir autorización. Copago de \$25 por servicios de rehabilitación para pacientes externos cubiertos por Medicare.
Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes externos Servicios no residenciales para pacientes externos proporcionados para el tratamiento de la adicción a las drogas o el alcohol, sin el uso de farmacoterapia. Esto incluye servicios intensivos para pacientes externos (durante todo el día por varios días), al igual que consejería tradicional (una o varias horas por día, cada una o dos semanas).	*Puede requerir autorización para los servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes externos. Copago de \$40 para los servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes externos cubiertos por Medicare.

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
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 para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”.	*Puede requerir autorización para los servicios de cirugía para pacientes externos cubiertos por Medicare. Copago de \$255 por servicios para pacientes externos cubiertos por Medicare en un centro de cirugía ambulatoria. Copago de \$325 por servicios para pacientes externos cubiertos por Medicare en instalaciones hospitalarias.
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. Nota: debido a que no hay centros de salud mental comunitarios en nuestra red, solo cubrimos la hospitalización parcial como un servicio hospitalario para pacientes externos.	Puede requerir autorización para los servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare. Copago de \$55 por servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • 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 con un especialista, y diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista.	Copago de \$0 por visitas de atención primaria cubiertas por Medicare. Copago de \$25 por cada visita con el especialista cubierta por Medicare.

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico (continuación) • 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. • Determinados servicios de telesalud, incluidos los siguientes: Servicios del PCP para diagnosticar una enfermedad o lesión y brindar chequeos de bienestar. ○ Tiene la opción de recibir estos servicios mediante una consulta en persona o a través de telesalud. Si elige recibir uno de estos servicios a través de telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca el servicio a través de telesalud. ○ Los servicios de telesalud están disponibles a través de teléfono o videollamadas. • Servicios de telesalud para las consultas mensuales relacionadas con una enfermedad renal terminal para los miembros que se realizan diálisis en el hogar en un centro de diálisis renal basado en un hospital o basado en un hospital de acceso crítico, centro de diálisis renal o el hogar del miembro. • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de una apoplejía, 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. • Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat de video) de 5 a 10 minutos con su médico <u>en los siguientes casos:</u> ○ No es un paciente nuevo y ○ El control no está relacionado con una consulta en el consultorio dentro de los 7 días anteriores y ○ El control no deriva en una consulta en el consultorio dentro de las próximas 24 horas o la cita disponible más cercana. • Evaluación de video o imágenes que usted envía a su médico, incluida la interpretación y el seguimiento del médico dentro de las 24 horas <u>en los siguientes casos:</u> ○ No es un paciente nuevo y	

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico (continuación) ○ La evaluación no está relacionada con una consulta en el consultorio dentro de los 7 días anteriores y ○ La evaluación no deriva en una consulta en el consultorio dentro de las próximas 24 horas o la cita disponible más cercana. • Consulta que su médico realiza con otros médicos por teléfono, Internet o registro de salud electrónico. • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía. • Atención odontológica 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).	Copago de \$25 por cada visita odontológica no rutinaria cubierta por Medicare.
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.	Copago de \$25 por los servicios de podiatría cubiertos por Medicare. Copago de \$0 por el cuidado de rutina de los pies cubierto por Medicare.
 Pruebas de detección de cáncer de próstata Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes estudios una vez cada 12 meses: • Tacto rectal. • Análisis del antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA).	No se requiere coseguro, copago ni deducible para un análisis del PSA anual.

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
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 (incluido 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).	* Puede requerir autorización. 20% del costo de los dispositivos protésicos y suministros relacionados cubiertos por Medicare.
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 un orden del médico que atiende su enfermedad respiratoria crónica para comenzar una terapia de rehabilitación pulmonar.	Copago de \$30 por cada servicio de rehabilitación pulmonar cubierto por Medicare. Se puede requerir autorización para los servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.
 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 cuatro 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 para el beneficio preventivo de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare.

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

Servicios cubiertos para usted	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 55 y 77 años y no tener signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero tener antecedentes como fumadores de tabaco de, al menos, 30 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 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.

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

Servicios cubiertos para usted	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 dos 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.

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
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). • Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si se lo ingresa al hospital para recibir atención especial). • Preparación para autodiálisis (incluye su preparación y la de cualquier otra persona que lo ayude con los tratamientos de diálisis en su hogar). • Equipos y suministros para autodiálisis 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 autodiálisis 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”.	Copago de \$0 por servicios de educación de enfermedad renal, incluyendo terapia de nutrición para personas con enfermedad renal terminal. Coseguro de 20% para servicios de diálisis renal cubiertos por Medicare.

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

Servicios cubiertos para usted	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”). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería especializada. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Medicamentos administrados como parte del plan de atención (esto incluye sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de la coagulación de la sangre). • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las tres primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. • Suministros médicos y quirúrgicos que habitualmente proveen los SNF. • Análisis de laboratorio que habitualmente se realizan en los SNF • Radiografías y otros servicios de radiología que habitualmente se realizan en los SNF. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que habitualmente proveen los SNF. • Servicios de médicos o profesionales.	*Puede requerir autorización para los servicios en un centro de enfermería especializada cubiertos por Medicare. Para hospitalizaciones cubiertas por Medicare: Días 1 al 20: Copago de \$0 por admisión. Días 21 al 100: Copago de \$164.50 por día. El plan cubre hasta por 100 días para SNF por período de beneficios

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF) (continuación) 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.	
 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 para 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 para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Tratamiento con ejercicios supervisados (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.	Puede requerir autorización para el tratamiento con ejercicios supervisados cubiertos por Medicare. Copago de \$10 por servicios de SET cubiertos por Medicare.
Transporte El transporte incluye los siguientes medios de transporte: taxi, servicios de transporte compartidos, autobús, metro, camioneta, transporte médico.	Puede requerir autorización para los servicios de transporte. \$0 para un viaje en una sola dirección a ubicaciones aprobadas (hasta 150 millas fuera del área de servicio), hasta un máximo de 12 viajes en una sola dirección por año.

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios de urgencia Los servicios de urgencia se brindan para tratar una enfermedad, lesión o afección imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser brindados por proveedores dentro de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente. Los costos compartidos para los servicios de urgencia que se brindan fuera de la red son los mismos que para dichos servicios brindados dentro de la red. La atención de urgencia está cubierta a nivel mundial.	Copago de \$35 para consultas por servicios de atención de urgencia necesarios cubiertos por Medicare. Copago de \$75 para consultas por servicios de atención de urgencia necesarios (a nivel mundial).
 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. • 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 diabéticas, los afroamericanos 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). • Un examen anual de la vista de rutina, limitado a un examen cada año.	Copago de \$25 por los exámenes oculares cubiertos por Medicare. Copago de \$35 los exámenes de detección de glaucoma. Copago de \$25 por los exámenes de detección de retinopatía diabética. Copago de \$0 por un par de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas.

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Atención de la vista (continuación) Anteojos (montura y lentes) o lentes de contacto.	Copago de \$0 por examen de rutina de la vista. Asignación de \$100 por año para un (1) par de anteojos (montura/lentes) o lentes de contacto.
 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 de Medicare. 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)

Cuadro de beneficios de procedimientos dentales de rutina

	SOLO PARA PROVEEDORES PARTICIPANTES
	El reembolso está basado en una asignación máxima del plan para proveedores participantes.
Deducible anual Por miembro	Sin deducible
Máximo anual	Ilimitado

Copago del miembro			
Categoría del servicio dental	Delta Dental Dentista de Medicare	Delta Dental PPO o dentista principal	Dentista que no es de Delta Dental
Asignación máximo por contrato	Tarifa PPO del cliente	No está cubierto	No está cubierto
Diagnóstico y prevención	100% menos copago de \$5**	No está cubierto	No está cubierto
Sellantes	100% menos copago de \$5**	No está cubierto	No está cubierto
Mantenedores de espacios	100% menos copago de \$5**	No está cubierto	No está cubierto
Servicios básicos y mayores de restauración	No está cubierto	No está cubierto	No está cubierto
Cirugía bucal	No está cubierto	No está cubierto	No está cubierto
Endodoncia	No está cubierto	No está cubierto	No está cubierto
Periodoncia quirúrgica	No está cubierto	No está cubierto	No está cubierto
Prótesis: fijas y removibles, implantes	No está cubierto	No está cubierto	No está cubierto
Reparación y realineación de dentaduras postizas	No está cubierto	No está cubierto	No está cubierto
Ortodoncia	No está cubierto	No está cubierto	No está cubierto
TMJ	No está cubierto	No está cubierto	No está cubierto

**** Los copagos son por procedimiento; la cobertura de los procedimientos de diagnóstico y prevención (D&P) y procedimientos periodontales no quirúrgicos actuales solicitados está sujeta a cumplir con los CDT.**

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

SELECCIÓN DE UN PROVEEDOR

Usted solo puede recibir beneficios por servicios cubiertos proporcionados por el proveedor participante de Medicare Advantage, Delta Dental. Para recibir los beneficios de este plan, la atención dental que usted reciba debe ser servicios cubiertos y deben ser proporcionados por un proveedor participante. El plan no paga beneficios de atención dental que no estén cubiertos y para tener derecho a los servicios cubiertos por los beneficios, deben ser proporcionados por un proveedor participante, a menos que el servicio proporcionado sea una emergencia. Le recomendamos que verifique si el dentista que va a consultar es un proveedor participante en este plan dental antes de cada cita. Consulte la sección “Cómo se pagan los reclamos” para encontrar una explicación de los procedimientos de pago para comprender el método de pago que se aplica a su proveedor participante elegido.

Encontrar un proveedor participante de Delta Dental para Medicare Advantage.

Hay dos maneras de encontrar un proveedor participante para Medicare Advantage cerca de usted:

- Puede acceder a la información a través del sitio web deltadentalins.com/CHPMedicareAdvantage. Este sitio web incluye la búsqueda de proveedores, lo que le permite ubicar a proveedores participantes por ubicación y especialidad; o
- También puede llamar al Centro de Servicio al Cliente a la línea gratuita (888) 818-7929 y un representante le ayudará. Delta Dental puede proporcionarle la información acerca de los proveedores participantes de Delta Dental según la ubicación y especialidad.

CÓMO SE PAGAN LOS RECLAMOS**Pago por servicios - Proveedores participantes**

Seleccionar un proveedor participante le permite al miembro obtener los beneficios para servicios cubiertos que necesite. El pago a los proveedores participantes se calcula según la asignación máxima del plan. Los proveedores participantes aceptan la asignación máxima de Delta Dental como pago completo para servicios cubiertos, lo que significa que usted solo será responsable de pagar cualquier costo compartido que aplique al servicio cubierto.

La parte de la asignación máxima que paga el plan está limitada al nivel de beneficios del plan que aparece en la Tabla de beneficios para procedimientos odontológicos de rutina. El pago del plan se envía directamente al proveedor participante que presentó el reclamo. Delta Dental le informará acerca de cualquier cargo que no pague el plan y de los cuales usted sea responsable. Estos costos compartidos son generalmente su parte de la asignación máxima del plan (coseguro), así como cualquier deducible, cargos que exceden el monto máximo y/o cargos por servicios no cubiertos.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)
SERVICIOS, LIMITACIONES Y EXCLUSIONES

Procedimientos cubiertos	Descripción de los beneficios	Plan de copagos
D0120	Evaluación bucal periódica, paciente establecido	\$5.00
D0140	Evaluación bucal limitada, enfocada en el problema	\$5.00
D0150	Examen bucal integral, paciente nuevo o establecido	\$5.00
D0180	Examen Periodontal integral- paciente nuevo o establecido	\$5.00
D0210	Intraoral, serie completa de imágenes radiográficas	\$5.00
D0220	Intraoral, primera imagen radiográfica periapical	\$5.00
D0230	Intraoral, periapical cada imagen radiográfica adicional	\$5.00
D0240	Intraoral, imagen radiográfica oclusal	\$5.00
D0270	Aletas de mordida, imagen radiográfica individual	\$5.00
D0272	Aletas de mordida, dos imágenes radiográficas	\$5.00
D0274	Aletas de mordida, cuatro imágenes radiográficas	\$5.00
D1208	Aplicación tópica de esmalte con flúor, excluyendo esmalte	\$5.00
D1351	Sellante, por diente	\$5.00
D1352	La restauración de resina preventiva es un descanso conservador en pacientes con riesgo moderado a alto de caries en los dientes permanentes, de una lesión activa cariada en un una fosa o fisura que no se extiende hasta la dentina: incluye colocación de un sellante en fosas o fisuras irradiadas no cariadas.	\$5.00
D1510	Protector de espacio, removible, unilateral	\$5.00
D1515	Mantenedor de espacio, fijo, bilateral	\$5.00
D1520	Protector de espacio, removible, unilateral	\$5.00
D1525	Protector de espacio, removible, bilateral	\$5.00
D1550	Recementación o readhesión de mantenedor de espacio	\$5.00
D9110	Tratamiento paliativo (emergencia) del dolor dental, procedimientos menores	\$5.00
D1110	Profilaxis, adulto	\$5.00
D1120	Profilaxis, niño	\$5.00
D0277	Aletas de mordida vertical, 7 a 8 películas	\$5.00
D0330	Imagen radiográfica panorámica	\$5.00
D0340	Imagen radiográfica cefalométrica	\$5.00
D0350	Imagen fotográfica bucal en 2D o facial obtenida intraoral o extraoralmente	\$5.00
D0391	Interpretación de una imagen de diagnóstico por parte de un profesional no relacionado con la captura de la imagen, incluye el reporte.	\$5.00
D0470	Moldes de diagnóstico	\$5.00

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

Procedimientos cubiertos	Descripción de los beneficios	Plan de copagos
D1206	Aplicación tópica de esmalte con flúor	\$5.00
D2140	Amalgama, una superficie, primaria o permanente	No está cubierto
D2150	Amalgama, dos superficies, temporales o permanentes	No está cubierto
D2160	Amalgama, tres superficies, primarias o permanentes	No está cubierto
D2161	Amalgama, cuatro superficies o más, primarias o permanentes	No está cubierto
D2330	Composite a base de resina, una superficie, anterior	No está cubierto
D2331	Composite a base de resina, dos superficies, anterior	No está cubierto
D2332	Composite a base de resina, tres superficies, anterior	No está cubierto
D2335	Composite a base de resina, cuatro o más superficies o que incluya el ángulo incisal (anterior)	No está cubierto
D2390	Corona de composite a base de resina, anterior	No está cubierto
D2391	Composite a base de resina, una superficie, posterior	No está cubierto
D2392	Composite a base de resina, dos superficies, posterior	No está cubierto
D2393	Composite a base de resina, tres superficies, posterior	No está cubierto
D2394	Composite a base de resina, cuatro o más superficies, posterior	No está cubierto
D2510	Incrustación, metálica, 1 superficies	No está cubierto
D2520	Incrustación, metálica, 2 superficies	No está cubierto
D2530	Incrustación, metálica, 3 + superficies	No está cubierto
D2542	Sobreincrustación, metálica, dos superficies	No está cubierto
D2543	Sobreincrustación, metálica, 3 superficies	No está cubierto
D2543	Sobreincrustación, metálica, 3 superficies	No está cubierto
D2544	Sobreincrustación, metálica, 4 + superficies	No está cubierto
D2740	Corona, porcelana/cerámica	No está cubierto
D2750	Corona, porcelana fundida en un metal noble/muy resistente	No está cubierto
D2751	Corona, porcelana fundida en un metal predominantemente base	No está cubierto
D2752	Corona, porcelana fundida en un metal noble)	No está cubierto
D2780	Corona, total por colado en un metal noble/muy resistente**	No está cubierto
D2781	Corona, total por colado en un metal predominantemente base	No está cubierto
D2783	Corona, porcelana/cerámica	No está cubierto
D2790	Corona, total por colado en un metal noble/muy resistente**	No está cubierto
D2791	Corona, total por colado en un metal predominantemente base	No está cubierto

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

Procedimientos cubiertos	Descripción de los beneficios	Plan de copagos
D2792	Corona, completa por colado en un metal noble	No está cubierto
D2794	Corona, titanio	No está cubierto
D2910	Recementación o readhesión, incrustación, sobreincrustación, carilla o restauración parcial de la superficie	No está cubierto
D2920	Recementación o readhesión de corona	No está cubierto
D2929	Corona prefabricada de acero inoxidable, dientes temporales	No está cubierto
D2930	Corona prefabricada de acero inoxidable, dientes temporales	No está cubierto
D2931	Corona prefabricada de acero inoxidable, dientes permanentes	No está cubierto
D2940	Restauración de protección	No está cubierto
D2950	Fortalecimiento del muñón, incluyendo cualquier perno cuando es necesario	No está cubierto
D2951	Retención con perno, por diente, además de la restauración	No está cubierto
D2954	Perno y muñón prefabricado además de la corona	No está cubierto
D2980	Reparación de coronas, según reporte	No está cubierto
D2981	Reparación de incrustación necesaria por falla del material de restauración	No está cubierto
D2982	Reparación de sobreincrustación necesaria por falla del material de restauración	No está cubierto
D2983	Reparación de carillas necesaria por falla del material de restauración	No está cubierto
D2990	Infiltración con resina en lesiones incipientes en superficie lisa	No está cubierto
D3220	Pulpotomía terapéutica (excluyendo la restauración final), extirpación de la pulpa en dirección coronaria desde la unión cemento-dentinaria y aplicación de un medicamento	No está cubierto
D3222	Pulpotomía parcial para apexogénesis, dientes permanentes con desarrollo incompleto de raíz	No está cubierto
D3230	Terapia pulpar (relleno reabsorbible), anterior, dientes temporales (excluye restauración final)	No está cubierto
D3240	Terapia pulpar (relleno reabsorbible), posterior, dientes temporales (excluye restauración final)	No está cubierto
D3310	Terapia de endodoncia, dientes anteriores (excluye restauración final)	No está cubierto
D3320	Terapia de endodoncia, diente premolar (excluye restauración final)	No está cubierto
D3330	Terapia de endodoncia, diente molar (excluye restauración final)	No está cubierto
D3346	Retratamiento de terapia previa del conducto radicular, anterior	No está cubierto

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

Procedimientos cubiertos	Descripción de los beneficios	Plan de copagos
D3347	Retratamiento de terapia previa del conducto radicular, premolar	No está cubierto
D3348	Retratamiento de terapia previa del conducto radicular, molar	No está cubierto
D3351	Apexificación/recalcificación, visita inicial (cierre apical/reparación calcificada de perforaciones, reabsorción de la raíz, etc.)	No está cubierto
D3352	Apicoformación/recalcificación, remplazo de medicamento temporal	No está cubierto
D3353	Apexificación/recalcificación, visita final (incluye terapia de canales completa, cierre apical/reparación calcificada de perforaciones, reabsorción de raíz, etc.)	No está cubierto
D3354	Regeneración pulpar, incluye tratamiento regenerativo completo de un diente permanente inmaduro con pulpa necrótica. Incluye eliminación de medicamento intracanal y procesos necesarios para regenerar el desarrollo de raíces y radiografías necesarias.	No está cubierto
D3410	Apicectomía, anterior	No está cubierto
D3421	Apicectomía, premolar (primera raíz)	No está cubierto
D3425	Apicectomía, molar (primera raíz)	No está cubierto
D3426	Apicectomía (cada raíz adicional)	No está cubierto
D3450	Amputación de raíz, por raíz	No está cubierto
D3920	Hemisección (incluye cualquier extracción de raíz), no incluye terapia de canal radicular	No está cubierto
D4210	Gingivectomía o gingivoplastía, cuatro o más dientes contiguos o espacios limitados por diente por cuadrante	No está cubierto
D4211	Gingivectomía o gingivoplastía, de uno hasta tres dientes contiguos o espacios limitados por diente por cuadrante	No está cubierto
D4212	Gingivectomía o gingivoplastía para permitir el acceso para el procedimiento restaurativo, por diente	No está cubierto
D4240	Procedimiento de colgajo gingival, incluye alisado radicular, cuatro o más dientes contiguos o espacios limitados por diente por cuadrante	No está cubierto
D4249	Alargamiento clínico de coronas, tejido rígido	No está cubierto
D4260	Cirugía ósea (incluyendo la elevación de un espesor total y cierre de colgajo), cuatro o más dientes contiguos o espacios limitados por diente por cuadrante	No está cubierto
D4270	Procedimiento de injerto de tejido blando del pedículo	No está cubierto
D4273	Procedimiento de injerto de tejido subepitelial del pedículo	No está cubierto

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

Procedimientos cubiertos	Descripción de los beneficios	Plan de copagos
D4277	Procedimiento de injerto de tejido blando libre (incluyendo cirugía del sitio del donante), en el primer diente o espacio desdentado en el injerto	No está cubierto
D4278	Procedimiento de injerto de tejido (incluyendo el sitio quirúrgico del donante), cada diente contiguo adicional posición desdentada en el mismo sitio de injerto	No está cubierto
D4283	Procedimiento de injerto de tejido conectivo autógeno (incluyendo el sitio quirúrgico del receptor y del donante), cada diente contiguo adicional, implante o posición desdentada en el mismo sitio de injerto	No está cubierto
D4285	Procedimiento de injerto de tejido conectivo no autógeno (incluyendo el sitio quirúrgico del receptor y el material del donante), cada diente contiguo adicional, implante o posición desdentada en el mismo sitio de injerto	No está cubierto
D4341	Raspado periodontal y alisado de raíz, cuatro o más dientes por cuadrante	No está cubierto
D4342	Raspado periodontal y alisado de raíz, uno a tres dientes por cuadrante	No está cubierto
D4355	Un desbridamiento bucal completo para permitir la evaluación integral y diagnóstico integrales en una visita posterior	No está cubierto
D4910	Mantenimiento periodontal	No está cubierto
D5110	Dentadura postiza completa, maxilar	No está cubierto
D5120	Dentadura postiza completa, mandibular	No está cubierto
D5130	Dentadura postiza inmediata, maxilar	No está cubierto
D5140	Dentadura postiza inmediata, mandibular	No está cubierto
D5211	Dentadura postiza parcial maxilar, base de resina (incluye cualquier retenedor, soporte y dientes)	No está cubierto
D5212	Dentadura postiza parcial mandibular, base de resina (incluyendo material retenedor/de sujeción, soportes, y dientes)	No está cubierto
D5213	Dentadura postiza parcial maxilar, estructura de metal colado con base de resina de la prótesis (incluye cualquier retenedor, soporte y dientes convencionales)	No está cubierto
D5214	Dentadura postiza parcial mandibular, estructura de metal colado con base de resina de la prótesis (incluye cualquier retenedor, soporte y dientes convencionales)	No está cubierto
D5281	Dentadura postiza parcial unilateral removible, una pieza de metal colado	No está cubierto
D5410	Ajuste de dentadura postiza completa, maxilar	No está cubierto
D5411	Ajuste de dentadura postiza completa, mandibular	No está cubierto
D5421	Ajuste de dentadura postiza parcial, maxilar	No está cubierto
D5422	Ajuste de dentadura postiza parcial, mandibular	No está cubierto

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

Procedimientos cubiertos	Descripción de los beneficios	Plan de copagos
D5510	Reparación de base de dentadura postiza completa rota	No está cubierto
D5520	Reemplazo de dientes faltantes o rotos, prótesis total (cada diente)	No está cubierto
D5610	Reparación de base de dentadura postiza de resina	No está cubierto
D5620	Reparación de estructura por colado	No está cubierto
D5630	Reparación o reemplazo del material de sujeción del retenedor, por diente	No está cubierto
D5640	Reemplazo de dientes rotos, por diente	No está cubierto
D5650	Agregar diente a dentadura postiza parcial existente	No está cubierto
D5660	Agregar retenedor a dentadura postiza parcial existente	No está cubierto
D5710	Rebasado de dentadura postiza maxilar completa	No está cubierto
D5720	Rebasado de dentadura postiza parcial maxilar	No está cubierto
D5721	Rebasado de dentadura postiza parcial mandibular	No está cubierto
D5730	Reajuste de dentadura postiza completa maxilar (consultorio)	No está cubierto
D5731	Reajuste de dentadura postiza completa mandibular (consultorio)	No está cubierto
D5740	Reajuste de dentadura postiza parcial maxilar (consultorio)	No está cubierto
D5741	Reajuste de dentadura postiza parcial mandibular (consultorio)	No está cubierto
D5750	Reajuste de dentadura postiza completa maxilar (laboratorio)	No está cubierto
D5751	Reajuste de dentadura postiza completa mandibular (laboratorio)	No está cubierto
D5760	Reajuste de dentadura postiza parcial maxilar (laboratorio)	No está cubierto
D5761	Reajuste de dentadura postiza parcial mandibular (laboratorio)	No está cubierto
D5850	Acondicionamiento de tejido, maxilar	No está cubierto
D5851	Acondicionamiento de tejido, mandibular	No está cubierto
D6010	Colocación quirúrgica del cuerpo del implante, implante endosteal	No está cubierto
D6012	Colocación quirúrgica del cuerpo del implante temporal-implante endosteal	No está cubierto
D6013	Colocación quirúrgica de mini implantes	No está cubierto
D6040	Colocación quirúrgica, implante eposteal	No está cubierto
D6050	Colocación quirúrgica, implante trasosteal	No está cubierto
D6053	Dentaduras postizas removible con soporte de pilar/implante para arco desdentado completamente	No está cubierto
D6054	Dentaduras postizas removible con soporte de pilar/implante para arco desdentado parcialmente	No está cubierto
D6055	Barra de conexión- implante sostenido o pilar sostenido	No está cubierto
D6056	Pilar prefabricado	No está cubierto
D6058	Corona cerámica/porcelana con soporte de pilar	No está cubierto

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

Procedimientos cubiertos	Descripción de los beneficios	Plan de copagos
D6059	Porcelana con soporte de pilar fundida en una corona de metal (metal noble/muy resistente)	No está cubierto
D6060	Porcelana con soporte de pilar fundida en una corona de metal (base predominantemente de metal)	No está cubierto
D6061	Porcelana con soporte de pilar fundida en una corona de metal (metal noble)	No está cubierto
D6062	Corona de metal fundido con soporte de pilar (metal noble/muy resistente)	No está cubierto
D6063	Corona de metal fundido con soporte de pilar (base predominantemente de metal)	No está cubierto
D6064	Corona de metal fundido con soporte de pilar (metal noble)	No está cubierto
D6065	Corona cerámica/porcelana con soporte de implante	No está cubierto
D6066	Porcelana con soporte de implante fundida en una corona de metal (titanio, aleación de titanio, metal noble/muy resistente)	No está cubierto
D6067	Corona de metal con soporte de implante (titanio, aleación de titanio, metal noble/muy resistente)	No está cubierto
D6068	Retenedor con soporte de pilar para FPD de porcelana/cerámica	No está cubierto
D6069	Retenedor con soporte de pilar para porcelana fundida en FPD de metal (metal noble/muy resistente)	No está cubierto
D6070	Retenedor con soporte de pilar para porcelana fundida en FPD de metal (base predominantemente de metal)	No está cubierto
D6071	Retenedor con soporte de pilar para porcelana fundida en FPD de metal (metal noble)	No está cubierto
D6072	Retenedor con soporte de pilar para FPD colado (metal noble/muy resistente)	No está cubierto
D6073	Retenedor con soporte de pilar para FPD de metal colado (base predominantemente de metal)	No está cubierto
D6074	Retenedor con soporte de pilar para FPD colado (metal noble)	No está cubierto
D6075	Retenedor con soporte de implante para FPD de cerámica	No está cubierto
D6076	Retenedor con soporte de implante para porcelana fundida en FPD de metal (titanio, aleación de titanio o metal noble/muy resistente)	No está cubierto
D6077	Retenedor con soporte de implante para FPD de metal colado (titanio, aleación de titanio o metal noble/ muy resistente)	No está cubierto
D6078	Dentaduras postizas fijas con soporte de pilar/implante para arco desdentado completamente	No está cubierto

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

Procedimientos cubiertos	Descripción de los beneficios	Plan de copagos
D6079	Dentaduras postizas fijas con soporte de pilar/implante para arco desdentado parcialmente	No está cubierto
D6080	Mantenimiento periodontal	No está cubierto
D6090	Reparación de prótesis soportada por implante	No está cubierto
D6091	Reemplazo del aditamento, prótesis soportada por implante/pilar	No está cubierto
D6095	Reparación de prótesis soportada por pilar	No está cubierto
D6100	Extracción del implante, según informe	No está cubierto
D6101	Desbridamiento de un defecto peri-implante o de los defectos que rodean a un implante único y limpieza de las superficies expuestas del implante, incluyendo la entrada y cierre del colgajo	No está cubierto
D6102	Desbridamiento y tallado óseo de un defecto peri-implante o de los defectos que rodean a un implante único, e incluye limpieza de las superficies expuestas del implante, incluyendo la entrada y cierre del colgajo	No está cubierto
D6103	Injerto óseo para reparar el defecto del peri-implante - no incluye la entrada y cierre del colgajo. La colocación de una membrana de barrera o materiales biológicos para ayudar la regeneración ósea son reportadas por separado.	No está cubierto
D6104	Injerto de hueso en el momento de la colocación del implante	No está cubierto
D6190	Índice radiográfico/quirúrgico para implantes, según reporte	No está cubierto
D6205	Póntico, composite a base de resina indirecta	No está cubierto
D6210	Póntico, por colado en un metal noble/muy resistente	No está cubierto
D6211	Pónticos colados predominantemente con metal base	No está cubierto
D6212	Póntico, por colado en un metal noble	No está cubierto
D6214	Póntico, titanio	No está cubierto
D6240	Póntico- porcelana fundida, un noble/muy resistente	No está cubierto
D6241	Póntico, porcelana fundida en un metal base	No está cubierto
D6242	Póntico, porcelana fundida, un metal noble	No está cubierto
D6245	Póntico, prótesis fija, porcelana/cerámica	No está cubierto
D6250	Póntico, resina con un metal noble/muy resistente	No está cubierto
D6251	Póntico, resina con un metal noble	No está cubierto
D6252	Póntico, resina con un metal noble	No está cubierto
D6545	Retenedor, de metal colado, fijo	No está cubierto
D6740	Corona de retenedor, porcelana/cerámica	No está cubierto
D6750	Corona, porcelana fundida un noble/muy resistente	No está cubierto
D6751	Corona de porcelana fundida en un metal base	No está cubierto
D6752	Corona, porcelana fundida en un metal noble	No está cubierto

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

Procedimientos cubiertos	Descripción de los beneficios	Plan de copagos
D6780	Corona 3/4 por colado en un metal noble/muy resistente	No está cubierto
D6781	Corona 3/4 por colado en metal predominantemente básico, en prótesis fija	No está cubierto
D6782	Corona 3/4 por colado en metal, en prótesis fija	No está cubierto
D6783	Corona 3/4 porcelana/cerámica, en prótesis fija	No está cubierto
D6790	Corona, completa por colado en un metal noble/muy resistente	No está cubierto
D6791	Corona, completa por colado en un metal básico	No está cubierto
D6792	Corona, completa por colado en un metal noble	No está cubierto
D6930	Recementación o readhesión de dentadura postiza parcial fija	No está cubierto
D6980	Reparación de dentaduras postiza parcial fija	No está cubierto
D7140	Extracción, diente erupcionado o raíz expuesta (remoción por medio de elevador y/o fórceps)	No está cubierto
D7210	Extracción quirúrgica de diente erupcionado que requiere la extracción de hueso o la sección de un diente e incluye elevación de colgajo mucoperióstico si se indica	No está cubierto
D7220	Extracción de diente impactado, tejido blando	No está cubierto
D7230	Extracción de diente impactado, parcialmente en hueso	No está cubierto
D7240	Extracción de diente impactado- completamente en hueso	No está cubierto
D7241	Extracción de diente impactado, completamente en hueso, con complicaciones quirúrgicas inusuales	No está cubierto
D7250	Extracción quirúrgica de raíces residuales del diente (procedimiento de corte)	No está cubierto
D7251	Coronectomía, extracción parcial intencional del diente, se realiza cuando se puede producir una complicación neurovascular si se extrae todo el diente impactado	No está cubierto
D7270	Reimplantación del diente y/o estabilización de un diente desplazado o perdido accidentalmente	No está cubierto
D7280	Acceso quirúrgico de un diente retenido	No está cubierto
D7310	Alveoloplastia junto con extracciones, cuatro o más dientes o espacios de diente por cuadrante	No está cubierto
D7311	Alveoloplastia junto con extracciones, uno a tres dientes o espacios de diente, por cuadrante	No está cubierto
D7320	Alveoloplastia no junto con extracciones, cuatro o más dientes o espacios de diente, por cuadrante	No está cubierto
D7321	Alveoloplastia no junto con extracciones, uno a tres dientes o espacios de diente, por cuadrante	No está cubierto
D7471	Extirpación de exóstosis, por sitio	No está cubierto
D7510	Incisión y drenaje de abscesos, tejido blando intraoral	No está cubierto
D7910	Sutura de heridas pequeñas hasta 5 cm	No está cubierto

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

Procedimientos cubiertos	Descripción de los beneficios	Plan de copagos
D7921	Recolección y aplicación de un producto sanguíneo autólogo concentrado	No está cubierto
D7971	Escisión de encía periocoronaria	No está cubierto
D9110	Tratamiento paliativo (emergencia) del dolor dental, procedimientos menores	No está cubierto
D9223	Sedación profunda/anestesia general, incrementos cada 15 minutos	No está cubierto
D9243	Sedación intravenosa (consciente) moderada/analgesia, incrementos cada 15 minutos	No está cubierto
D9248	Sedación moderada (consciente) no intravenosa	No está cubierto
D9310	Consulta- servicio de diagnóstico proporcionado por un dentista o médico que no es el dentista o médico solicitante	No está cubierto
D9610	Administración de medicamento terapéutico, según reporte	No está cubierto
D9930	Tratamiento de complicaciones (posquirúrgicas), circunstancias poco comunes, según reporte	No está cubierto
D9940	Protector oclusal, según informe	No está cubierto
D0160	Examen bucal detallado y extenso, problema enfocado, por informe	No está cubierto

LIMITACIONES:

- (1) Los servicios que son más costosos que el tratamiento normalmente proporcionado bajo las prácticas dentales estándar aceptadas, se llaman “Servicios opcionales”. Los servicios opcionales también incluyen el uso de técnicas especializadas en lugar de procedimientos estándar. Ejemplos de servicios opcionales:

Si una persona inscrita recibe servicios opcionales, se permitirá un beneficio alternativo, lo cual significa que Delta Dental basará los beneficios en el costo menor del servicio habitual o en la práctica estándar en lugar del costo más alto del servicio opcional. La persona inscrita será responsable de la diferencia entre el costo más alto del servicio opcional y el costo más bajo del servicio habitual o procedimiento estándar.

- (2) Delta Dental pagará los exámenes bucales (excepto en el caso de exámenes realizados después del horario habitual de servicio y exámenes de observación) y las limpiezas no más de dos veces en un año calendario.
- (3) Limitaciones para radiografías:
- Delta Dental limitará el monto total reembolsable a la tarifa aceptada por el proveedor por una serie completa de radiografías intraorales cuando las tarifas en combinación de radiografías intraorales en una sola serie de tratamiento cumplan o excedan la tarifa aceptada por una serie completa de radiografías intraorales.

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

- Cuando una radiografía panorámica se presenta con radiografías suplementarias, Delta Dental limitará el monto total reembolsable a la tarifa aceptada por el proveedor para una serie completa de radiografías intraorales.
 - Si una radiografía panorámica se toma junto a una serie completa de radiografías intraorales, Delta Dental incluirá la radiografía panorámica dentro de la serie completa.
 - Una serie completa de radiografías intraorales y una radiografía panorámica están limitadas a una cada 60 meses.
 - Las radiografías de aleta de mordida están limitadas a dos veces en un año calendario cuando sean proporcionadas a inscritos menores de 18 años y una vez cada año calendario para inscritos de 18 años y más. Las radiografías de aleta de mordida de cualquier tipo no están autorizadas dentro de los 12 meses siguientes a una serie de radiografías bucales completas, a menos que circunstancias especiales lo justifiquen.
- (4) La aplicación soluciones tópicas de flúor está limitada a los inscritos hasta los 19 años y no más de dos veces en un año calendario.
- (5) Limitaciones para mantenedores de espacio:
- Los mantenedores de espacio están limitados al aparato inicial y son un beneficio para inscritos hasta los 14 años.
 - La recementación del mantenedor de espacio está limitado a uno de por vida.
 - La extracción de un mantenedor fijo de espacio está considerada como incluida en la tarifa para el mantenedor de espacio; sin embargo, se hará una excepción si la extracción la realiza un proveedor o consultorio diferente.
- (6) Las pruebas de vitalidad pulpar están permitidas una vez al día cuando no se realice el tratamiento definitivo.
- (7) Los sellantes están limitados de la siguiente manera:
- Para los primeros molares permanentes hasta los ocho años y los segundos molares permanentes hasta los 15 años, si no hay caries o restauraciones en las superficies oclusales.
 - No incluye la reparación o el reemplazo de un sellante en cualquier diente dentro de los 24 meses siguientes a su aplicación.
- (8) Los chequeos y evaluaciones de pacientes están limitados a una de por vida por proveedor y cuentan para la frecuencia del examen bucal.
- (9) Tratamiento paliativo está cubierto por visita, no por diente, y las tarifas incluyen todos los tratamientos proporcionados, diferentes a radiografías requeridas o procedimientos diagnóstico seleccionados.

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

EXCLUSIONES**Delta Dental no paga beneficios por:**

- (1) Tratamiento por lesiones o enfermedades cubiertas por la compensación de trabajadores o las leyes de responsabilidad de empleadores; servicios recibidos sin costo por cualquier agencia federal, estatal o local, a menos que esta exclusión sea prohibida por la ley.
- (2) Procedimientos o cirugía cosméticos por razones puramente cosméticas.
- (3) Prótesis maxilofaciales.
- (4) Restauraciones provisionales y/o temporales (excepto una dentadura postiza parcial temporal removible para reemplazar dientes anteriores permanentes extraídos durante períodos de curación para niños de 16 años y menores).
- (5) Servicios por malformaciones congénitas (hereditarias) o del desarrollo (después del nacimiento), incluyendo, pero no limitadas a paladar hendido, malformaciones de la mandíbula inferior y superior, hipoplasia del esmalte (falta de desarrollo), fluorosis (un tipo de decoloración de los dientes) y anodoncia (ausencia congénita de dientes), excepto aquellos servicios proporcionados a recién nacidos por defectos congénitos diagnosticados o anomalías del nacimiento.
- (6) Tratamiento para estabilizar los dientes, tratamiento para restaurar la estructura de los dientes pérdida por desgaste, erosión o abrasión o tratamiento para reconstruir o mantener superficies masticatorias debido a dientes mal alineados u oclusión. Los ejemplos incluyen, pero no están limitados a equilibrio, férulas periodontales, ajustes oclusales completos o protectores nocturnos/oclusales y abfracción.
- (7) Cualquier procedimiento único proporcionado antes de la fecha en que el inscrito ganó la elegibilidad para recibir servicios bajo este plan.
- (8) Medicamentos con receta, analgésicos, agentes antimicrobianos o procedimientos experimentales/de investigación.
- (9) Cargos por anestesia, diferente a la anestesia general y sedación por IV administrada por el proveedor en relación con una cirugía bucal o con procedimientos quirúrgicos endodónticos y periodontales seleccionados.
- (10) Injertos extraorales (injerto de tejidos externos a tejidos bucales).
- (11) Coronas procesadas en el laboratorio para inscritos menores de 12 años.
- (12) Puentes fijos y dentaduras parciales removibles para inscritos menores de 16 años.
- (13) Implantes temporales.

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

- (14) Incrustaciones/sobreinscrustaciones basadas en resina indirectamente fabricadas.
- (15) Cargos de cualquier hospital u otro centro quirúrgico o de tratamiento y cualquier tarifa adicional del proveedor por el tratamiento en cualquier centro.
- (16) Tratamiento proporcionado por una persona diferente al proveedor o una persona que, por ley, trabaje bajo la supervisión directa del proveedor.
- (17) Cargos incurridos por instrucciones de higiene bucal, programa del control de la placa, programas de control preventivo, incluyendo horas de cuidado en el hogar, instrucciones respecto a las dietas, duplicaciones de radiografías, pruebas de detección del cáncer, asesoramiento sobre el tabaco o citas no cumplidas.
- (18) Servicios administrativos de práctica dental incluyendo, pero no limitada a, preparación de reclamos, cualquier fase de odontología sin tratamiento, tales como la prestación de un ambiente antiséptico, esterilización de equipo o control de infecciones, o cualquier material auxiliar utilizado durante la prestación rutinaria de un tratamiento, como hisopos de algodón, gaza, baberos, tapabocas o técnicas de relajación como música.
- (19) Procedimientos que tengan un pronóstico cuestionable basado en la revisión de la documentación presentada de un consultor dental profesional.
- (20) Cualquier cargo impuesto (o al que se incurrió) por un gobierno, estado u otra entidad, en relación con cualquier tarifa por beneficios proporcionados bajo el contrato, será responsabilidad del inscrito y no es un beneficio cubierto.
- (21) Los deducibles, los montos por encima del máximo del plan y/o cualquier servicio no están cubiertos por el plan dental.
- (22) Servicios cubiertos por el plan dental, pero que exceden los límites de beneficios o no concuerdan con las políticas de procesamiento en vigor al momento en que se procesa el reclamo.
- (23) Servicios por tratamiento de ortodoncia (tratamiento de maloclusión de dientes y/o mandíbula), a menos que sea indicado como cubierto en el diseño del plan propuesto.
- (24) Servicios por cualquier perturbación de las articulaciones temporomandibulares (TMJ, por sus siglas en inglés) o músculos, nervios y otros tejidos asociados, a menos que sea indicado como cubierto en el diseño del plan propuesto.
- (25) Implante endoóseo endodóntico.
- (26) Implantes y servicios relacionados, a menos que sea indicado como cubierto en el diseño del plan propuesto.

Las limitaciones y exclusiones pueden variar según los beneficios seleccionados y las regulaciones estatales.

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

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el 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. Si un servicio está “excluido”, significa que este plan no lo cubre.

La siguiente tabla enumera los 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. No pagaremos los servicios médicos excluidos que se detallan en la siguiente tabla, excepto en los casos específicos mencionados. Esta es la única excepción: pagaremos si un servicio de la tabla a continuación se considera, mediante una apelación, como 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).

Todas las exclusiones y limitaciones de servicios se describen en la Tabla de beneficios o en la tabla a continuación.

Incluso si recibe los servicios excluidos en una sala de emergencia, los servicios excluidos siguen sin estar cubiertos y el plan no los pagará.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Acupuntura.		✓ Cubierta para el dolor crónico en la parte baja de la espalda.
Cirugía o procedimientos cosméticos.		✓ Se cubren en casos de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro deformado. Se cubren todas las etapas de reconstrucción de mama después de una mastectomía, así como también la de la mama no afectada para producir una apariencia simétrica.

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
El cuidado asistencial es aquel cuidado que se brinda en un centro de cuidados, un hospicio u otro centro cuando usted no requiere atención médica especializada o atención de enfermería especializada. Cuidado asistencial es aquel cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, por ejemplo, ayuda con las actividades de la vida cotidiana, como bañarse o vestirse.	✓	
Procedimientos, equipos y medicamentos médicos y quirúrgicos experimentales. Los productos y los procedimientos experimentales son aquellos determinados por nuestro Plan y Original Medicare que, generalmente, no son aceptados por la comunidad médica.		✓ Original Medicare puede cubrirlos en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o su plan. (Para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica, consulte la Sección 5 del Capítulo 3).
Cargos cobrados por la atención por sus familiares inmediatos o miembros de su hogar.	✓	
Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar.	✓	

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Entrega de comidas a domicilio.		✓ Inmediatamente después de una cirugía u hospitalización; por enfermedades crónicas; por afecciones médicas o afecciones médicas potenciales que requieren que la persona inscrita permanezca en casa durante cierto tiempo. Sin límite de alta en un año.
Servicios de empleada doméstica que incluyen ayuda básica en el hogar, incluso tareas domésticas sencillas o preparación de comidas livianas.	✓	
Servicios de un naturoterapeuta (emplean tratamientos naturales o alternativos).	✓	
Atención odontológica que no sea de rutina.		✓ Se puede cubrir la atención odontológica requerida para tratar una enfermedad o lesión como atención para pacientes internados o externos.
Zapatos ortopédicos.		✓ Salvo que sean parte de un soporte de pierna y estén incluidos en el costo del soporte de pierna o los zapatos sean para una persona con enfermedad de pie diabético.
Objetos personales en su habitación del hospital o centro de atención de enfermería especializada, por ejemplo, un teléfono o televisor.	✓	
Habitación privada en el hospital.		✓ Solo se cubre cuando es médicamente necesario.

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros anticonceptivos no recetados.	✓	
Atención quiropráctica de rutina.		✓ Se cubre la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación.
Atención odontológica de rutina como limpiezas, rellenos o dentaduras postizas.	✓	
Exámenes de la vista de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK, terapia visual y otros dispositivos para la visión baja.		✓ Se cubren los exámenes de la vista y un par de anteojos (o lentes de contacto) para personas después de una cirugía de cataratas; un examen de rutina para la vista y una asignación para anteojos.
Cuidado de rutina de los pies.		✓ Se brinda cierta cobertura limitada conforme a las pautas de Medicare (por ejemplo, si usted tiene diabetes).
Exámenes de audición de rutina, audífonos o exámenes para colocar audífonos.		✓ Se cubre un examen de rutina para la audición, así como cobertura limitada para dispositivos auditivos.
Servicios considerados no razonables ni necesarios, según las normas de Original Medicare.	✓	
Dispositivos de apoyo para los pies.		✓ Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético.

CAPÍTULO 5

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

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

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

SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos	112
Sección 1.1	Si usted paga la parte que le corresponde a nuestro Plan del costo de los servicios cubiertos o si recibe una factura, puede solicitarnos el reembolso	112
SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió	114
Sección 2.1	Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago	114
SECCIÓN 3	Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no.....	114
Sección 3.1	Comprobamos si debemos cubrir el servicio y cuánto debemos.....	114
Sección 3.2	Si le comunicamos que no pagaremos, en su totalidad o en parte, la atención médica, puede presentar una apelación.....	115

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

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

Sección 1.1	Si usted paga la parte que le corresponde a nuestro Plan del costo de los servicios cubiertos o si recibe una factura, puede solicitarnos el reembolso
--------------------	---

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. 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 la llama “reembolsar”). 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.

También habrá veces en las que recibirá una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que se le prestó. En muchos casos, usted deberá enviarnos esta factura en lugar de pagarla usted. Examinaremos la factura y decidiremos si los servicios se deben cubrir. Si decidimos que se deben cubrir, le pagaremos al proveedor directamente.

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 de cualquier proveedor, independientemente de que este sea parte de nuestra red o no. Cuando reciba servicios de emergencia o de urgencia de un proveedor que no sea parte de nuestra red, usted es responsable de pagar solo su parte del costo, no el costo total. 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.

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

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. 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. Para obtener más información sobre la “facturación de saldos”, consulte la Sección 1.3, del Capítulo 4.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red cuyo monto usted considera que es más de lo que debe pagar, envíenosla. 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, envíenosla 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.

Llame a Servicios para los miembros para obtener información sobre cómo solicitar la devolución y las fechas de vencimiento para realizar la solicitud. (Los números de teléfono de Servicios para los miembros figuran en la contraportada de este folleto).

Todos los ejemplos anteriores corresponden a tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que, si rechazamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. En el Capítulo 7 de este folleto (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*), se incluye información sobre cómo presentar una apelación.

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

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

Sección 2.1 Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago

Envíenos su solicitud de pago junto con su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es buena idea hacer una copia de su factura y de los recibos para sus registros.

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.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (www.christushealthplan.org) o llame a Servicios para los miembros y pida el formulario. (Los números de teléfono de Servicios para los miembros figuran en la contraportada de este folleto).

Envíenos su solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo pagado a esta dirección:

Medical Claims
CHRISTUS Health Plan
A la atención de: Claims
P.O. Box 981651
El Paso, TX 79998-1651

Debe presentarnos la reclamación dentro del plazo de un año a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). Si no sabe qué debería haber pagado, o recibe facturas y no sabe qué hacer con esas facturas, podemos ayudarlo. También puede llamar si desea darnos más información acerca de una solicitud de pago que nos haya enviado.

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos 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.

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

- Si decidimos que la atención médica está cubierta y que usted ha seguido todas las normas para obtener la atención, 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 por correo el pago directamente al proveedor. (El Capítulo 3 explica las normas que debe seguir para obtener servicios médicos cubiertos).
- 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. En su lugar, le enviaremos una carta en la que se le explican las razones por las que no le estamos enviando el pago que solicitó y su derecho a apelar esa decisión.

Sección 3.2	Si le comunicamos que no pagaremos, en su totalidad o en parte, 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.

Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 7 de este folleto (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*). El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Si hacer una apelación es algo nuevo para usted, le será útil empezar por leer la Sección 4 del Capítulo 7. La Sección 4 es una sección introductoria que explica el proceso de decisiones y apelaciones y proporciona definiciones de términos tales como “apelación”. Después de que haya leído la Sección 4, puede pasar a la Sección 5.3 para aprender a presentar una apelación acerca de cómo obtener el reembolso de un servicio médico

CAPÍTULO 6

Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1	Nuestro Plan debe respetar sus derechos como miembro del plan.....	118
Sección 1.1	Debemos proporcionar la información de una manera que funcione para usted (en idiomas diferentes al inglés, en braille, en letra grande o en otros formatos alternativos, etc.)	118
Sección 1.2	Debemos asegurarnos de que tiene acceso oportuno a los servicios cubiertos	119
Sección 1.3	Debemos proteger la privacidad de su información de salud personal	119
Sección 1.4	Debemos proporcionarle información acerca del plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos	120
Sección 1.5	Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención	122
Sección 1.6	Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado	124
Sección 1.7	¿Qué puede hacer si siente que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados?.....	124
Sección 1.8	Cómo obtener más información sobre sus derechos	125
SECCIÓN 2	Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan	125
Sección 2.1	¿Cuáles son sus responsabilidades?	125

SECCIÓN 1 Nuestro Plan debe respetar sus derechos como miembro del plan

Sección 1.1	Debemos proporcionar la información de una manera que funcione para usted (en idiomas diferentes al inglés, en braille, en letra grande o en otros formatos alternativos, etc.)
--------------------	--

Para obtener información sobre nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

Nuestro Plan cuenta con personal y servicios de interpretación gratuitos y disponibles para responder las preguntas de los asegurados discapacitados y de aquellos que no hablan inglés. Asimismo, le podemos brindar la información en braille, en letra grande o en otros formatos alternativos sin ningún costo, si lo necesita. Debemos proporcionarle la información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información sobre nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

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 (los números figuran en la contraportada de este folleto). También puede presentar una queja ante Medicare llamando al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** o directamente con la Oficina de Derechos Civiles. La información de contacto está incluida en esta Evidencia de Cobertura o en este correo, o puede contactar a Servicios para los miembros para obtener información adicional.

Debemos proporcionarle información de una manera adecuada para usted (en otros idiomas distintos al inglés o en otros formatos alternativos, etc.)

Para obtener la información en la forma que mejor funcione para usted, llame a Servicios para miembros (los números telefónicos se encuentran en la contraportada de este folleto). Nuestro Plan cuenta con personal y servicios gratuitos de interpretación de idiomas, disponibles para responder las preguntas de los miembros que no hablan inglés. Asimismo, le podemos brindar la información en braille, en letra grande o en formatos alternativos sin ningún costo, si lo necesita. Debemos proporcionarle la información sobre los beneficios del plan de una manera accesible y adecuada para usted. Para obtener información acerca de nosotros de una manera que le resulte útil, por favor llame a Servicio para miembros (los números telefónicos se encuentran en la contraportada de este folleto).

Si tiene algún problema para obtener la información de nuestro Plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, llame a Servicios para miembros para presentar una queja (los números telefónicos se encuentran en la contraportada de este folleto). Usted también puede presentar una queja a Medicare llamando al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** o directamente con la Oficina de Derechos Civiles. La información de contacto está incluida en

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

esta Evidencia de Cobertura o en este correo; si necesita información adicional también puede comunicarse con Servicios para miembros.

Sección 1.2	Debemos asegurarnos de que tiene acceso oportuno a los servicios cubiertos
--------------------	---

Como miembro de nuestro Plan, usted tiene derecho a elegir a un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) de la red del plan que posibilite y coordine los servicios cubiertos (el Capítulo 3 brinda una explicación más amplia). Llame a Servicios para los miembros para saber qué médicos aceptan nuevos pacientes (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). También tiene derecho a consultar a un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin necesidad de que obtener una remisión.

Como miembro del plan, 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 período razonable, la Sección 9 del Capítulo 7 de este folleto le explica lo que puede hacer. (Si se ha rechazado la cobertura para su atención médica y no está de acuerdo con nuestra decisión, la Sección 4 del Capítulo 7 le explica lo que puede 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.
- En la mayoría de los casos, si le suministramos su información de salud a otra persona que no le brinda atención ni paga por ella, *tenemos la obligación de pedirle su autorización por escrito antes de hacerlo*. El permiso por escrito puede ser dado por usted o por alguien a quien usted le haya dado el poder legal de tomar decisiones en su nombre.

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

- Hay ciertas excepciones que no nos obligan a obtener antes su permiso por escrito. Estas excepciones están permitidas o son exigidas por la ley.
 - Por ejemplo, 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 las leyes y reglamentaciones federales.

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 que agreguemos información o corrijamos 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 (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

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

Como miembro de CHRISTUS Health Plan Guardian, usted tiene derecho a obtener de nosotros varios tipos de información. (Como se explicó anteriormente en la Sección 1.1, usted tiene derecho a que le proporcionemos información de una manera que sea conveniente para usted. Esto incluye la obtención de información en idiomas diferentes del español y en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos).

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto):

- **Información sobre nuestro Plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan. También incluye información sobre el número de apelaciones hechas por los miembros y la evaluación del rendimiento del plan, incluida la forma en que ha sido calificado por los miembros del plan y cómo se compara con otros planes de salud de Medicare.

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

- **Información acerca de nuestros proveedores de la red.**
 - Por ejemplo, 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.
 - Para obtener una lista de los proveedores de la red del plan, consulte el *Directorio de proveedores*.
 - Para obtener información más detallada sobre los proveedores, puede llamar a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto) o visitar nuestro sitio web en www.christushealthplan.org.
- **Información acerca de su cobertura y las normas que debe seguir para usarla.**
 - En los Capítulos 3 y 4 de este folleto, se explica qué servicios médicos tienen cobertura para usted, cualquier restricción a su cobertura y qué normas debe seguir para obtener la cobertura de sus servicios médicos.
 - Si tiene preguntas sobre las normas o restricciones, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).
- **Información sobre los motivos por lo que algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.**
 - Si un servicio médico no tiene cobertura para usted o si su cobertura tiene algún tipo de restricción, puede pedirnos una explicación por escrito. Usted tiene derecho a esta explicación, incluso si recibió el servicio médico de un proveedor fuera de la red.
 - Si usted no está satisfecho o si está en desacuerdo con una decisión que tomamos sobre qué atención médica está cubierta para usted, tiene derecho a pedirnos que cambiemos la decisión. Nos puede pedir que cambiemos la decisión a través de una apelación. Para obtener más información sobre qué hacer si algo no está cubierto para usted de la manera que considera que debería estarlo, consulte el Capítulo 7 de este folleto. Le proporciona los detalles sobre cómo presentar una apelación si desea que cambiemos nuestra decisión. (El Capítulo 7 también explica cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y otros asuntos).
 - Si quiere pedirle a nuestro Plan que pague la parte correspondiente de una factura que recibió por concepto de atención médica, consulte el Capítulo 7 de este folleto.

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.
- **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.
- **Recibir una explicación si se le niega la cobertura para su atención.** Usted tiene derecho a que nosotros le brindemos una explicación si un proveedor ha negado una atención que usted considera que debería recibir. Para recibir esta explicación, usted deberá pedirnos una decisión de cobertura. El Capítulo 7 de este folleto indica cómo pedirle al plan una decisión de cobertura.

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.

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

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. También puede comunicarse con Servicios para los miembros para solicitar los formularios (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).
- **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. 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 el Departamento de Servicios de Salud del estado de Texas.

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

Si tiene algún problema o inquietud sobre la atención o los servicios cubiertos, el Capítulo 7 de este folleto le indica lo que puede hacer. Proporciona los detalles sobre cómo tratar todo tipo de problemas y quejas. Lo que debe hacer para el seguimiento de un problema o inquietud depende de la situación. Es posible que deba pedirle a nuestro Plan tomar una decisión de cobertura para usted, presentar ante nosotros una apelación para cambiar una decisión de cobertura o presentar una queja. Independientemente de lo que haga, ya sea solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o una queja, **estamos obligados a tratarlo con imparcialidad.**

Usted tiene derecho a obtener un resumen de información sobre las apelaciones y quejas que otros miembros han presentado en el pasado en contra de nuestro Plan. Para obtener esta información, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

Sección 1.7	¿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 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.

¿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** (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).
- Puede **llamar al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)**. Para obtener más información sobre esta organización y cómo contactarla, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- O puede **llamar a Medicare 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 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

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

- Puede **llamar a Servicios para los miembros** (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).
- Puede **llamar al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)**. Para obtener más información sobre esta organización y cómo contactarla, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Medicare Rights & Protections” (Derechos y protecciones de Medicare). (La publicación está disponible en www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf);
 - O puede llamar 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 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades?

Lo que tiene que hacer como miembro del plan se enumera a continuación. Si tiene preguntas, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). Estamos aquí para ayudar.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** Utilice esta Evidencia de cobertura para saber qué servicios están cubiertos y conocer las normas que debe cumplir para obtenerlos.
 - Los Capítulos 3 y 4 dan más detalles sobre sus servicios médicos, incluido lo que está cubierto, lo que no está cubierto, las normas que debe seguir y lo que paga.
- **Si, además de nuestro Plan, tiene cobertura de otro seguro de salud u otra cobertura para medicamentos con receta, debe comunicárnoslo.** Llame a Servicios para los miembros para informarnos (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).
 - Debemos seguir ciertas normas establecidas por Medicare para asegurarnos de que usted utilice la totalidad de su cobertura en combinación cuando obtenga los servicios cubiertos de nuestro Plan. A esto se lo denomina “**coordinación de beneficios**” porque implica la coordinación de los beneficios de salud que obtiene de nuestro Plan con cualquier otro beneficio de a su disposición. Lo ayudaremos a

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

coordinar sus beneficios. (Para obtener más información sobre la coordinación de beneficios, consulte la Sección 7 del Capítulo 1).

- **Dígalos al médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro Plan.** Muestre la tarjeta de miembro del plan cada vez que obtenga atención médica.
- **Permita que sus médicos y otros proveedores lo ayuden dándoles información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención médica.**
 - Para ayudar a que sus médicos y otros proveedores de atención médica le den la mejor atención, aprenda todo lo que pueda acerca de sus problemas de salud y proporcioneles la información que necesitan sobre usted y su 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. Se espera que sus médicos y otros proveedores de atención médica expliquen las cosas de una manera que usted pueda entender. Si hace una pregunta, pero no entiende la respuesta que recibió, pregunte nuevamente.
- **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:
 - Para poder ser elegible para nuestro Plan, usted debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare. Algunos miembros del plan deben pagar una prima para la Parte A de Medicare. La mayoría de los miembros del plan debe pagar una prima para la Parte B para poder seguir siendo miembros del plan.
 - Para la mayoría de sus servicios médicos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo al recibir el servicio. Esto será un copago (un monto fijo) o coseguro (un porcentaje del costo total). El Capítulo 4 le explica lo que debe pagar por sus servicios médicos.
 - Si usted recibe algún servicio médico que no esté cubierto por nuestro Plan, o por otro seguro que pueda tener, debe pagar el costo total.
 - Si no está de acuerdo con nuestra decisión de negarle la cobertura de un servicio, puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 7 de este folleto para obtener información sobre cómo presentar una apelación.
- **Díganos si cambia de domicilio.** Si se va a mudar, es importante que nos lo comunique de inmediato. Llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).
 - **Si se muda fuera del área de servicio de nuestro Plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro Plan.** (El Capítulo 1 informa sobre nuestra área de servicio). Podemos ayudarlo a averiguar si se está mudando fuera de nuestra área

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

de servicio. Si se va de nuestra área de servicio, tendrá un Período de inscripción especial en el que puede inscribirse en cualquier plan de Medicare disponible en su nueva área. Podemos averiguar si contamos con algún plan en la nueva área.

- **Incluso si se muda *dentro* del área de servicio, debemos estar al tanto de esto** para mantener actualizado su registro de miembro y para saber cómo podemos comunicarnos con usted.
- Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de jubilación para ferroviarios). Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de estas organizaciones en el Capítulo 2.
- **Llame a Servicios para los miembros para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes.** También aceptamos con agrado cualquier sugerencia que pueda tener para mejorar nuestro Plan.
 - Los números de teléfono y las horas en las que puede llamar a Servicios para los miembros figuran en la contraportada de este folleto.
 - Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros, incluida nuestra dirección de correo, consulte el Capítulo 2.

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.....	131
Sección 1.1	Lo que debe hacer si tiene un problema o una inquietud	131
Sección 1.2	Acerca de los términos legales	131
SECCIÓN 2	Usted puede obtener ayuda de las organizaciones gubernamentales que no estén relacionadas con nosotros	132
Sección 2.1	Dónde obtener más información y asistencia personalizada.....	132
SECTION 3	¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema?	132
Sección 3.1	¿Debe usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso para presentar quejas?	132
DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES		133
SECCIÓN 4	Guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones	133
Sección 4.1	Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: panorama general	133
Sección 4.2	Cómo obtener ayuda cuando está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación.....	134
Sección 4.3	¿En qué sección de este capítulo se incluyen detalles de <u>su</u> situación?	135
SECCIÓN 5	Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	136
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.....	136
Sección 5.2	Paso a paso: cómo puede solicitar una decisión de cobertura (Cómo pedirle a nuestro Plan que autorice o brinde cobertura para la atención médica que desea)	138
Sección 5.3	Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura sobre atención médica tomada por nuestro Plan).....	141
Sección 5.4	Paso a paso: cómo se realiza una apelación de Nivel 2.....	145
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?	147

SECCIÓN 6	Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto	148
Sección 6.1	Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare, donde se le explicarán sus derechos	149
Sección 6.2	Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital	150
Sección 6.3	Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital	153
Sección 6.4	¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?154	
SECCIÓN 7	Cómo pedirle a nuestro Plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto	157
Sección 7.1	<i>Esta sección trata solo acerca de tres servicios:</i> 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). 157	
Sección 7.2	Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura	158
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	159
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	161
Sección 7.5	¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?162	
SECCIÓN 8	Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá.....	165
Sección 8.1	Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos	165
PRESENTAR QUEJAS		167
SECCIÓN 9	Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes	167
Sección 9.1	¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas?	167
Sección 9.2	El nombre formal para “presentar una queja” es “interponer un reclamo”. 170	
Sección 9.3	Paso a paso: presentación de una queja.....	170
Sección 9.4	También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la mejora de la calidad	171
Sección 9.5	También puede informarle a Medicare acerca de su queja	172

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Lo que 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**.

Ambos procesos han sido autorizados por Medicare. Para garantizar la imparcialidad y la pronta tramitación de sus problemas, cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

¿Cuál utiliza? Eso depende del tipo de problema que tenga. La guía de la Sección 3 lo ayudará a identificar el proceso correcto a seguir.

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 explica las normas y los procedimientos legales con palabras más simples en vez de utilizar ciertos términos legales. Para simplificar las cosas, este capítulo explica las normas y los procedimientos legales con 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 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 para la situación en la que se encuentre. 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 ayudarlo a saber qué términos utilizar, incluimos términos legales cuando damos los detalles para el manejo de determinados tipos de situaciones.

SECCIÓN 2 Usted puede obtener ayuda de las organizaciones gubernamentales que no estén relacionadas con nosotros

Sección 2.1	Dónde obtener más información y asistencia personalizada
--------------------	---

Algunas veces, puede ser confuso iniciar o seguir el proceso para tratar un problema. Esto puede ser especialmente cierto si no se siente bien o no tiene suficiente energía. Otras veces, es posible que no tenga el conocimiento que necesita para dar el siguiente paso.

Obtenga ayuda de una organización gubernamental independiente

Siempre estamos a su disposición para ayudarlo. Pero en algunas situaciones es posible que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. Siempre puede llamar al **Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)**. Este programa gubernamental ha formado asesores en cada estado. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a comprender el proceso que debe utilizar para tratar el problema que tenga. Además, ellos también pueden responder sus preguntas, darle más información y orientarlo sobre lo que debe hacer.

Los servicios ofrecidos por los asesores del SHIP son gratuitos. En la Sección 3 del Capítulo 2 de este folleto encontrará los números de teléfono.

También puede obtener ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y ayuda para tratar un problema, también puede comunicarse con Medicare. A continuación, se incluyen dos maneras de obtener información directamente de Medicare:

- Puede llamar 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**.
- Puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

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

Sección 3.1	¿Debe usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso para presentar quejas?
--------------------	---

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

Para saber qué parte de este capítulo lo ayudará con su problema o inquietud específica,
EMPIECE AQUÍ.

¿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. Mi problema es sobre los beneficios o la cobertura.

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

No. Mi problema no es sobre los beneficios o la cobertura.

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 la presentación de apelaciones trata los problemas relacionados con sus beneficios y cobertura de servicios médicos, incluidos 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

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. 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 puede contactarnos y pedirnos una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico particular o nos rehusamos a brindarle la atención

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

médica que usted cree que necesita. En otras palabras, si usted quiere saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. En circunstancias limitadas, una solicitud de una decisión de cobertura será rechazada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si usted solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de una decisión de cobertura, enviaremos un aviso en el que se explicará por qué rechazamos la solicitud y cómo solicitar una revisión de la denegación.

Tomamos una decisión de cobertura para usted cada vez que decidimos lo que está cubierto para usted y cuánto tenemos que pagar. En algunos casos podríamos decidir que el servicio no está cubierto o que ya no tiene cobertura de Medicare para usted. Si está en desacuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y no se siente satisfecho con ella, usted puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos revisar y modificar una decisión de cobertura que hayamos tomado.

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 normas correctamente. Su apelación es analizada por revisores distintos a los que tomaron la decisión desfavorable original. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión. En ciertas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una “decisión de cobertura rápida” o acelerada, o una apelación rápida de una decisión de cobertura. En circunstancias limitadas, una solicitud de una decisión de cobertura será rechazada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si usted solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de una decisión de cobertura, enviaremos un aviso en el que se explicará por qué rechazamos la solicitud y cómo solicitar una revisión de la denegación.

Si rechazamos la totalidad o parte de su apelación de Nivel 1, puede pasar automáticamente a una apelación de Nivel 2. A la apelación de Nivel 2 la evalúa una Organización de revisión independiente que no está conectada con nuestro Plan. Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda avanzar a niveles adicionales de apelación.

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

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

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

- Puede **llamar a Servicios para los miembros** (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).
- Puede **obtener ayuda gratuita** de su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico, SHIP (consulte la Sección 2 de este capítulo).
- **Su médico puede realizar la solicitud por usted.** 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. Para solicitar cualquier apelación posterior al Nivel 2, su médico debe ser designado como su representante.
- **Puede solicitar que alguien actúe en su nombre.** 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.
 - Puede haber alguien que ya esté legalmente autorizado para actuar como su representante en virtud de la ley estatal.
 - 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.christushealthplan.org.) 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 darle al plan una copia del formulario firmado.
- **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 <u>su</u> situación?
--------------------	--

Existen tres tipos diferentes de 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”.

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

- **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 [Outpatient Rehabilitation Facility, CORF]).

Si no está seguro de qué sección debe estar usando, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales, como el programa SHIP (la Sección 3 del Capítulo 2 de este folleto tiene los números de teléfono para este programa).

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



¿Leyó la Sección 4 de este capítulo (*Una guía de “los fundamentos” de las decisiones de cobertura y las apelaciones*)? Si no lo ha hecho, tal vez le convenga leerla antes de comenzar con esta sección.

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, en lugar de repetir cada vez las expresiones “atención, tratamiento o servicios médicos”. El término “atención médica” 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 nuestro Plan cubre dicha atención.
2. Nuestro Plan no autorizó la atención médica que desea brindarle su médico u otro proveedor médico, y usted cree que el plan cubre dicha atención.

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

3. Recibió atención médica que cree que el plan debería cubrir, pero le hemos comunicado que no pagaremos dicha atención.
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.
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.

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 otra sección dentro de este capítulo porque se aplican normas especiales para estos tipos de atención. Esto es lo que debe leer en tales situaciones:

- Sección 6 del Capítulo 7: *Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto.*
- Sección 7 del Capítulo 7: *Cómo pedirle a nuestro Plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto.* 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 CORF.
- Para *todas las demás* situaciones en las que se le haya dicho que la atención médica que ha estado recibiendo será suspendida, use esta sección (Sección 5) como su guía sobre lo que debe hacer.

¿En cuál de estas situaciones se encuentra usted?

Si está en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
Para saber si vamos a cubrir la atención médica que usted quiere.	Nos puede solicitar que tomemos una decisión de cobertura para usted. Vaya a la sección siguiente de este capítulo, Sección 5.2.
Si ya le hemos comunicado que no cubriremos ni pagaremos un servicio médico de la forma que usted quería que lo hiciéramos.	Puede presentar una apelación . (Esto significa que nos está pidiendo que reconsideremos nuestra decisión). Vaya a la Sección 5.3 de este capítulo.
Si desea pedirnos que le reembolsemos atención médica que ya ha recibido y pagado.	Puede enviarnos la factura. Vaya a la Sección 5.5 de este capítulo.

Sección 5.2	Paso a paso: cómo puede solicitar una decisión de cobertura (Cómo pedirle a nuestro Plan que autorice o brinde cobertura para la atención médica que desea)
--------------------	---

Términos legales

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

Paso 1: usted le pide a nuestro Plan tomar una decisión de cobertura sobre la atención médica que está solicitando. Si su salud exige una respuesta rápida, debe pedirnos que tomemos una **“decisión de cobertura rápida”**.

Términos legales

Una “decisión de cobertura rápida” se denomina “decisión acelerada” .
--

Cómo solicitar la cobertura de la atención médica que desea

- 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.
- Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada, *Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura sobre su atención médica*.

Por lo general, usamos los plazos estándares para informarle nuestra decisión

Cuando le comuniquemos nuestra decisión, usaremos el plazo “estándar”, a no ser que hayamos aceptado usar el plazo “rápido”. **Una decisión de cobertura estándar 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**, para una solicitud **de un artículo o servicio médico podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información (como registros médicos de proveedores fuera de la red) que podría beneficiarlo. 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.

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

- Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le damos respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (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, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 9 de este capítulo).

Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una “decisión de cobertura rápida”

- **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, responderemos en un plazo de 24 horas.**
 - **No obstante**, si está solicitando **un artículo o servicio médico, podríamos tardar hasta 14 días calendario adicionales** si nos damos cuenta de que falta alguna información que podría beneficiarlo (como registros médicos de proveedores fuera de la red) o si usted necesita tiempo para entregarnos información para la revisión. 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” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 9 de este capítulo). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir dos requisitos:**
 - Podrá solicitar una decisión de cobertura rápida *solo* si su pedido hace referencia a la cobertura para atención médica que *aún no ha recibido*. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si su solicitud es sobre el pago de atención médica que ya recibió).
 - Podrá solicitar una decisión de cobertura rápida *solo* si los plazos estándares pudieran *poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional*.
- **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 la decisión de cobertura rápida, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.
 - Si decidimos que su afección no cumple los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que se lo informaremos (y usaremos los plazos estándares en su lugar).
 - En esta carta, se le dirá que, si su médico pide la decisión de cobertura rápida, automáticamente se la proporcionaremos.

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

- En la carta también se le explicará cómo 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. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 9 de este capítulo).

Paso 2: consideramos su solicitud de cobertura para atención médica y le damos nuestra respuesta.

Plazos para una “decisión de cobertura rápida”

- Por lo general, para una decisión de cobertura rápida sobre un artículo o servicio médico, le daremos una respuesta **en un plazo de 72 horas**. Si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, responderemos **en un plazo de 24 horas**.
 - Como se explicó anteriormente, podemos tomarnos hasta 14 días adicionales en determinadas circunstancias. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión de cobertura, 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” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le damos respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 9 de este capítulo).
 - Si no le damos la respuesta en 72 horas (o si hay una extensión del plazo, al final de ese período), o 24 horas si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B, usted tiene derecho a apelar. La Sección 5.3 más adelante explica cómo presentar una apelación.
- **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.

Plazos para una “decisión de cobertura estándar”

- Por lo general, para una decisión de cobertura estándar sobre un artículo o servicio médico, le daremos una respuesta **en un plazo de 14 días calendario después de recibida su solicitud**. 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.
 - Para una solicitud de un artículo o servicio médico, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales (“una extensión del plazo”) en determinadas circunstancias. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión de cobertura, 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.

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

- Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le damos respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 9 de este capítulo).
- Si no le damos la respuesta en 14 días calendario (o si hay una extensión del plazo, al final de ese período), o 72 horas si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B, usted tiene derecho a apelar. La Sección 5.3 más adelante explica cómo presentar una apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud.

Paso 3: si rechazamos su solicitud de cobertura para atención médica, usted decide si desea presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión y tal vez cambiar esta decisión mediante la presentación de una apelación. Presentar una apelación 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 (consulte la Sección 5.3 a continuación).

Sección 5.3	Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura sobre atención médica tomada por nuestro Plan)
--------------------	---

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

Paso 1: nos contacta y presenta la apelación. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una “**apelación rápida**”.

Qué hacer

- **Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante deben comunicarse con nosotros.** Para obtener más información sobre cómo puede comunicarse con nosotros para cualquier propósito relacionado con su apelación, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica*.

- **Si solicita una apelación estándar, realice su apelación estándar por escrito enviando una solicitud.**
 - Si un tercero, que no sea su médico, está apelando nuestra decisión, debe adjuntar el formulario de nombramiento de un representante en el que autoriza a esta persona a representarlo. (Para obtener el formulario, comuníquese con Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto) y solicite el formulario de “Nombramiento de representante”. 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.christushealthplan.org.) Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni terminar nuestra revisión si no lo recibimos. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días calendario después de recibir la solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será rechazada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicará su derecho de pedirle a una Organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.
- **Si está solicitando una apelación rápida, preséntela por escrito o llámenos** al número que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2 (*Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica*).
- **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 este plazo y tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, explique la razón por la cual se demoró su apelación cuando la presente. 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 sobre su decisión médica y añadir más información para respaldar su apelación.**
 - Usted tiene derecho a pedirnos una copia de la información sobre su apelación.
 - Si lo desea, usted y su médico pueden darnos información adicional para sustentar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una “apelación rápida” (puede hacer una solicitud verbal)

Términos legales
Una “apelación rápida” también se denomina “reconsideración acelerada”.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de una atención médica que todavía no ha recibido, usted o su médico deberán decidir si necesita una “apelación rápida”.

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

- Los requisitos y procedimientos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión de cobertura rápida”. Para solicitar una apelación rápida, siga las mismas instrucciones que para solicitar una decisión de cobertura rápida. (Estas instrucciones se dieron anteriormente en esta sección).
- Si su médico nos dice que su salud requiere una “apelación rápida”, le daremos una apelación rápida.

Paso 2: evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando nuestro Plan revisa su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura para atención médica. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si la necesitamos. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico para obtener más información.

Plazos para una “apelación rápida”

- Cuando utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - No obstante, si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario 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 no le damos una respuesta en 72 horas (o al final de la extensión del plazo, en caso de que tomemos días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una Organización de revisión independiente. Más adelante en esta sección, le hablamos sobre esta organización y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **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**, automáticamente enviaremos su apelación a la Organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Plazos para una “apelación estándar”

- Si utilizamos los plazos estándares, tenemos que darle nuestra respuesta sobre una solicitud de un artículo o servicio médico **en el plazo de 30 días calendario** después de recibir su apelación si esta es sobre la cobertura de servicios que aún no ha recibido. Si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare que todavía no ha recibido, le daremos

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

una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibida su apelación. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.

- No obstante, si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario 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” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le damos respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 9 de este capítulo).
- Si no le damos una respuesta para la fecha correspondiente indicada (o al final de la extensión del plazo, en caso de que tomemos días adicionales por su solicitud de artículo o servicio médico), estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una Organización de revisión independiente. Más adelante en esta sección, se describe esta organización de revisión y se explica lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos parte o a la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura que acordamos proporcionar en un plazo de 30 días calendario si está solicitando un artículo o servicio médico, o **en un plazo de 7 días calendario** si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, automáticamente enviaremos su apelación a la Organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Paso 3: si rechazamos una parte o la totalidad de su apelación, su caso se enviará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que seguimos todas las normas cuando rechazamos su apelación, **estamos obligados a enviar su apelación a una “Organización de revisión independiente”**. Cuando hacemos esto, significa que su apelación pasa al siguiente nivel del proceso de apelaciones, que es el Nivel 2.

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

Si rechazamos su apelación de Nivel 1, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de Nivel 2, la **Organización de revisión independiente** revisa nuestra decisión sobre su primera apelación. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

Términos legales

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

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

- **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 es una empresa que elige Medicare para ser la Organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su “archivo de caso”. **Usted tiene derecho a solicitarnos 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” en el Nivel 1, también se le concederá una “apelación rápida” en el Nivel 2

- Si nuestro Plan le concedió una apelación rápida en el Nivel 1, recibirá automáticamente una apelación rápida en el Nivel 2. La organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** 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” en el Nivel 1, también se le concederá una “apelación estándar” en el Nivel 2

- Si nuestro Plan le concedió una apelación estándar en el Nivel 1, recibirá automáticamente una apelación estándar en el Nivel 2. 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 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”).
 - Si la Organización de revisión independiente “confirma la decisión,” usted tiene derecho a una apelación de Nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación en el Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura de atención médica que está solicitando debe cumplir un cierto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación, lo que significa que la decisión en el Nivel 2 es definitiva. El aviso por escrito que recibe de la Organización de revisión independiente le indicará cómo conocer el monto en dólares necesario para continuar con el proceso de apelaciones.

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 del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación).
- Si su apelación de Nivel 2 es rechazada y reúne los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si quiere avanzar al Nivel 3 y hacer una tercera apelación. Los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.
- 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?
--------------------	---

Si quiere solicitarnos el pago de la atención médica, comience por leer el Capítulo 5 de este folleto: *Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos*. 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 obtener más información acerca de las decisiones de cobertura, consulte la Sección 4.1 de este capítulo). Para tomar esta decisión de cobertura, comprobaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto (consulte el Capítulo 4: *Tabla de beneficios médicos [lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar]*). También comprobaremos si ha seguido todas las normas para el uso de su cobertura de atención médica (estas normas se explican en el Capítulo 3 de este folleto: *Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos*).

Aceptaremos o rechazaremos 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. El envío del pago equivale a *aceptar* su solicitud de una decisión de cobertura).
- 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 rechazamos su solicitud de pago, equivale a haber *rechazado* su solicitud de una decisión de cobertura).

¿Qué pasa si solicita el pago y le decimos que no pagaremos?

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.

Consulte esta sección para obtener las instrucciones paso a paso. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación para el reembolso, 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 del 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. Para obtener más información sobre la cobertura de su atención hospitalaria, incluida cualquier limitación de esta cobertura, consulte el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*.

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. Esta sección le indica cómo solicitarla.

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

Durante la hospitalización cubierta, recibirá un aviso por escrito denominado *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 siempre que se las ingresa en un hospital. Alguien en el hospital (un asistente social, una enfermera) debe dárselo dentro de un plazo de dos días después de haber ingresado. Si no tiene el aviso, pídselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). También puede llamar 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**.

- 1. Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga.** En el aviso, se explican sus derechos como paciente hospitalizado, incluidos:
 - 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, y a saber quién pagará por ella.
 - Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
 - Su derecho a apelar la decisión del alta hospitalaria si considera que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto.

Términos legales

El aviso por escrito de Medicare le explica cómo puede “solicitar una revisión inmediata” . Solicitar una revisión inmediata 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. (En la Sección 6.2 a continuación, se informa cómo puede solicitar una revisión inmediata).

- 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. (La Sección 4 de este capítulo le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante).

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

- Firmar el aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no le informa sobre su fecha del alta (su médico o el personal del hospital le indicarán 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 (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto) 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**. También puede ver el aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/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.** A continuación, se explica cada paso en los dos primeros niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de que comprende y sigue los plazos correspondientes a lo que debe hacer.
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). O llame al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico una organización del gobierno, SHIP que ofrece asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

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.

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.

¿Qué es la Organización para la mejora de la calidad?

- Esta organización está integrada por un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a los que les paga el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro Plan.

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

Medicare le paga a esta organización 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.

¿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 mejora de la calidad de su estado en la Sección 4 del Capítulo 2 de este folleto).

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 el día de su alta**. (La “fecha prevista del alta” es la fecha que se ha fijado para que abandone el hospital).
 - 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 sobre su apelación, 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.

Pida una “revisión rápida”:

- Debe pedirle a la Organización para la mejora de la calidad que realice una **“revisión rápida”** del alta. Pedir una “revisión rápida” significa que le pide a la organización que use plazos “rápidos” para una apelación en lugar del plazo estándar.

Términos legales
Una “revisión rápida” también se denomina “revisión inmediata” o “revisión acelerada”.

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

¿Qué sucede durante esta revisión?

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

Términos legales
La explicación por escrito se denomina “ Aviso detallado del alta ”. Para obtener una muestra de este aviso, puede llamar a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) , las 24 horas al 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 por Internet en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices

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. (Consulte el Capítulo 4 de este folleto).

¿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
--------------------	---

Si la Organización para la mejora de la calidad rechazó su apelación y usted permanece en el hospital después de su fecha prevista del alta, puede presentar una apelación de Nivel 2. 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.

El Nivel 2 del proceso de apelaciones tiene los pasos que se indican a continuación:

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 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 la cobertura de 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. Se le darán los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que es manejado por un juez administrativo o un mediador.

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 del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación). Si la organización de revisión rechaza su apelación de Nivel 2, puede elegir aceptar esa decisión o ir al Nivel 3 y presentar otra apelación. 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 6.4	¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?
--------------------	--

Puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explica anteriormente en la Sección 6.2, debe actuar rápido para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad y comenzar su primera apelación del alta del hospital. (“Rápido” significa antes de dejar el hospital y no después de su fecha prevista del alta, lo que suceda primero.) Si se vence el plazo para comunicarse con esta organización, 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*

Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad, puede presentarnos directamente la apelación pidiendo una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que usa plazos rápidos en lugar del plazo estándar.

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

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

- Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica*.
- **No se olvide de pedir una “revisión rápida”.** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos “rápidos” en lugar de los “estándares”.

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.
- En esta situación, usaremos los plazos “rápidos” en lugar de los estándares para darle una respuesta a esta revisión.

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

- **Si aceptamos su apelación rápida**, significa que hemos aceptado que sigue necesitando estar en el hospital después de la fecha del alta, y 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.

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

- Para asegurarnos de que respetamos todas las normas cuando rechazamos su apelación rápida, **estamos obligados a enviar su apelación a una “Organización de revisión independiente”**. Si hacemos esto, significa que usted va *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

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

Durante la apelación de Nivel 2, una **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.

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

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. El proceso de quejas es diferente del proceso de apelaciones. 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.

- **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.
- 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) la parte que nos corresponde de la atención hospitalaria que recibió desde la fecha prevista del alta. Debemos seguir brindando la cobertura del plan 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. Se le darán los detalles para continuar con una apelación de Nivel 3, que es manejada por un juez administrativo o un mediador.

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 del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, usted decide si desea 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 pedirle a nuestro Plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto

Sección 7.1	<i>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)</i>
--------------------	--

Esta sección hace referencia a los siguientes tipos de atención *solamente*:

- **Servicios de atención médica a domicilio** que está recibiendo.
- **Atención de enfermería especializada** que está recibiendo como paciente de un centro de atención de enfermería especializada. (Para obtener información sobre los requisitos para poder considerar un centro como “centro de atención de enfermería especializada”, consulte el Capítulo 10, *Definiciones de palabras importantes*).
- **Atención de rehabilitación** que está recibiendo como paciente externo en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) aprobado por Medicare. Normalmente, esto significa que está recibiendo

tratamiento por una enfermedad o un accidente, o que se está recuperando de una operación importante. (Para obtener más información sobre este tipo de centro, consulte el Capítulo 10, *Definiciones de palabras importantes*).

Cuando está recibiendo cualquiera de estos tipos de atención, 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. Para obtener más información sobre sus servicios cubiertos, incluida la parte que le corresponde de los costos y cualquier limitación de cobertura que pueda aplicarse, consulte el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*.

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 la parte que nos corresponde 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
--------------------	---

1. **Recibirá un aviso por escrito.** Recibirá un aviso, 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.
 - También se le indica qué puede hacer si quiere pedirle a nuestro Plan que cambie su decisión con respecto a cuándo finaliza la cobertura de su atención y que siga cubriéndola durante un período más prolongado.

Términos legales

Al indicarle qué puede hacer, el aviso por escrito le explica cómo puede solicitar una “apelación rápida” . Solicitar una apelación rápida es una forma legal y formal de solicitar un cambio a nuestra decisión de cobertura sobre cuándo dejar de prestar atención médica. (La Sección 7.3, a continuación, le dice cómo puede solicitar una apelación rápida).
--

El aviso escrito se denomina “Aviso de no cobertura de Medicare” .

2. **Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.**
 - Se le pedirá que firme el aviso a usted o a alguien que actúe en su nombre. (La Sección 4 le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante).
 - 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.** A continuación, se explica cada paso en los dos primeros niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de que comprende y sigue los plazos correspondientes a lo que debe hacer. Nuestro Plan también debe seguir plazos. (Si cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar una queja. La Sección 9 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). O llame al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico una organización del gobierno, SHIP que ofrece asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación y decide si debe cambiar la decisión tomada por nuestro Plan.

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

¿Qué es la Organización para la mejora de la calidad?

- Esta organización está integrada por un grupo de médicos y otros expertos de la salud a los que les paga el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro Plan. Estos expertos no forman parte de nuestro Plan. Comprueban la calidad de la atención que reciben las personas con Medicare, y revisan las decisiones del plan sobre cuándo es momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- En el aviso por escrito que recibió 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 la Sección 4 del Capítulo 2 de este folleto).

¿Qué debe pedir?

- Pídale a esta organización una “apelación rápida” (que realice una revisión independiente) respecto a si es médicamente apropiado para nosotros finalizar la cobertura de sus servicios médicos.

Su plazo para comunicarse con esta organización.

- Debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad para iniciar su apelación antes del mediodía del día antes de la fecha de entrada en vigencia que aparece en el Aviso de no cobertura de Medicare.
- Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad sobre su apelación, 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 7.5.

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

¿Qué sucede durante esta revisión?

- 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.
- 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 aviso por escrito de parte nuestra donde se explican detalladamente las razones por las cuales queremos finalizar la cobertura de sus servicios.

Términos legales
Este aviso por escrito se denomina “Explicación detallada de no cobertura”.

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 (consulte el Capítulo 4 de este folleto).

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores *rechazan* su apelación, entonces **su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos**. Dejaremos de pagar la parte que nos corresponde de los costos de esta atención en la fecha que figura en el aviso.
- 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.

- Esta primera apelación que hace es el “Nivel 1” del proceso de apelaciones. Si los revisores *rechazan* su apelación del Nivel 1 *y* usted decide seguir recibiendo la atención después de que haya finalizado la cobertura, puede presentar otra apelación.
- Presentar otra apelación significa que pasa al “Nivel 2” del proceso de apelaciones.

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

Si la Organización para la mejora de la calidad ha rechazado su apelación y usted decide continuar recibiendo la atención una vez que su cobertura ha finalizado, puede presentar una apelación de Nivel 2. 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.

El Nivel 2 del proceso de apelaciones tiene los pasos que se indican a continuación:

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.
- Usted 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. Se le darán los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que es manejado por un juez administrativo o un mediador.

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

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, puede elegir aceptar esa decisión o pasar al Nivel 3 y presentar otra apelación. 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 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 en la Sección 7.3, debe actuar rápido para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad y comenzar su primera apelación (en un día o dos, como máximo). Si se vence el plazo para comunicarse con esta organización, 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*

Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad, puede presentarnos directamente la apelación pidiendo una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que usa plazos rápidos en lugar del plazo estándar.

Estos son los pasos de la apelación de Nivel 1 alternativa:

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

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

- Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica*.
- **No se olvide de pedir una “revisión rápida”.** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos “rápidos” en lugar de los “estándares”.

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.
- Usaremos los plazos “rápidos” en lugar de los estándares para darle una respuesta a esta revisión.

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

- **Si aceptamos su apelación rápida,** 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 rápida,** su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos y no 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 rápida, su caso pasará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que respetamos todas las normas cuando rechazamos su apelación rápida, **estamos obligados a enviar su apelación a una “Organización de revisión independiente”**. Si hacemos esto, significa que usted va *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

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

Durante la apelación de Nivel 2, una **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.

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

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. El proceso de quejas es diferente del proceso de apelaciones. 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.

- **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.
- Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.

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

- Si esta organización **acepta su apelación**, entonces debemos reembolsarle (devolverle) 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.
- 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 si desea continuar con el proceso de revisión. Se le darán los detalles 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 del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, puede elegir aceptar esa decisión o ir al Nivel 3 y presentar otra apelación. 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	Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes 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. Si el valor en dólares es suficientemente alto, 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.** Nosotros decidiremos si será necesario apelar esta decisión en el Nivel 4. A diferencia de la decisión tomada en el Nivel 2 (Organización de revisión independiente), tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted.
 - 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 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. Si el juez administrativo o mediador rechaza su apelación, 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 (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es 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.** Nosotros decidiremos si será necesario apelar esta decisión en el Nivel 5. A diferencia de la decisión tomada en el Nivel 2 (Organización de revisión independiente), tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 favorable para usted si el valor del artículo o servicio médico alcanza el valor en dólares requerido.
 - 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. Si las normas le permiten continuar, en el aviso escrito que reciba también se le indicará con quién comunicarse y qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 5 Un juez del **Tribunal federal de distrito** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

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**



Si tiene problemas con las decisiones relacionadas con los beneficios, la cobertura o el pago, esta sección *no es la indicada*. En su lugar, debe usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Vaya a la Sección 4 de este capítulo.

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

En esta sección, se explica cómo se puede utilizar el proceso para presentar quejas. El proceso de quejas *solo* se aplica a determinados 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.

Si tiene cualquiera de estos tipos de problemas puede “presentar una queja”

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?
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?

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

Queja	Ejemplo
Calidad de oportuno (Estos tipos de quejas se relacionan con lo <i>oportuno</i> de las medidas que tomemos respecto de las decisiones de cobertura y las apelaciones)	El proceso de pedir una decisión de cobertura y presentar apelaciones se explica en las Secciones 4 a 8 de este capítulo. Si está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación, debe usar ese proceso, no el proceso de quejas. Sin embargo, 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	El nombre formal para “presentar una queja” es “interponer un reclamo”
--------------------	---

Términos legales

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• En esta sección, una “queja” también se 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”. |
|--|

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. Para información adicional, llame a Servicio para los miembros al **1-844-282-3026**, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, del 1 de abril al 30 de septiembre. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**.
- **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.

Esta es la manera en que funciona:

- Una vez que CHRISTUS Health Plan Guardian reciba su queja, le enviaremos una carta de acuse de recibo dentro de los siguientes cinco (5) días hábiles después de recibir su queja. Le notificaremos cuando hayamos solucionado su problema dentro de treinta (30) días calendario después de haber recibido su queja. En algunos casos, necesitaremos tiempo adicional para solucionar su problema. Podemos extender el plazo hasta catorce (14) días calendario si usted solicita la extensión, o si nosotros justificamos la necesidad de información adicional y la extensión del plazo para su beneficio. Le enviaremos una carta confirmando la extensión si es necesaria.
- Usted también puede presentar una queja por escrito (puede enviarla por correo electrónico, fax o traerla a nuestra oficina, usando la información del Capítulo 2, Sección 1 de este folleto). Bajo ciertas circunstancias, usted puede presentar una queja acelerada, también conocida como una queja rápida. Usted puede presentar una queja acelerada si no está de acuerdo con su solicitud de una reconsideración acelerada, también conocida como apelación acelerada. Procesaremos y le notificaremos nuestra decisión sobre su queja en menos de veinticuatro (24) horas después de haber presentado su queja. Usted

también puede presentar una queja si no está de acuerdo con la decisión de agregar una extensión para un servicio que solicitó o una apelación que presentó. Nosotros debemos solucionar su queja tan pronto como el caso lo requiera según su estado de salud, pero no en menos de 30 días después de recibir su queja.

- Si rechazamos su apelación completamente o de manera parcial, nuestra decisión escrita le explicará el motivo y las opciones que tiene para la resolución de conflictos.
- **Independientemente de si llama o escribe, debe comunicarse con Servicios para los miembros inmediatamente.** La queja debe presentarse dentro de los 60 días calendario después de haber tenido el problema sobre el que se quiere quejar.
- **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.

Términos legales
En esta sección, una “queja rápida” también se denomina “reclamo acelerado”.

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. Si su afección requiere que respondamos rápidamente, así lo haremos.
- **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 demorar 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 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, se lo comunicaremos. Nuestra respuesta incluirá nuestras razones para esta contestación. Debemos responder si aceptamos la queja o no.

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

Usted puede realizar una queja sobre la calidad de la atención que recibió a través del proceso paso a paso que se describe arriba.

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

- **Puede presentar su queja a la Organización para la mejora de la calidad.** Si lo prefiere, puede presentar su queja sobre la calidad de la atención que recibió directamente a esta organización (*sin* presentarnos la queja).
 - La Organización para la mejora de la calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare.
 - Para encontrar el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado, busque en la Sección 4 del Capítulo 2 de este folleto. Si presenta una queja a esta organización, colaboraremos con ellos para resolver su queja.
- **O puede presentar su queja ante ambas organizaciones al mismo tiempo.** Si así lo desea, puede presentarnos su queja sobre la calidad de la atención ante nosotros y también ante la Organización para la mejora de la calidad.

Sección 9.5	También puede informarle a Medicare acerca de su queja
--------------------	---

Puede presentar una queja sobre CHRISTUS Health Plan Guardian 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 tiene cualquier otro comentario o inquietud o si considera que el plan no está tratando su caso, llame al **1-800-MEDICARE (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*

Capítulo 8. Cancelación de su membresía en el plan

SECCIÓN 1	Introducción.....	175
Sección 1.1	Este capítulo se centra en la cancelación de su membresía en nuestro Plan	175
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro Plan?	175
Sección 2.1	Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción anual	175
Sección 2.2	Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage.....	176
Sección 2.3	En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial.....	176
Sección 2.4	¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?	177
SECCIÓN 3	¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro Plan?	178
Sección 3.1	En general, usted cancela su membresía cuando se inscribe en otro plan...	178
SECCIÓN 4	Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos a través de nuestro Plan.....	179
Sección 4.1	Hasta que se cancele su membresía, sigue siendo miembro de nuestro Plan	179
SECCIÓN 5	CHRISTUS Health Plan Guardian debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones.....	180
Sección 5.1	¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?	180
Sección 5.2	No podemos pedirle que deje nuestro Plan por ningún motivo relacionado con su salud	181
Sección 5.3	Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro Plan	181

Capítulo 8. Cancelación de su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Este capítulo se centra en la cancelación de su membresía en nuestro Plan
--------------------	--

Cancelar su membresía en CHRISTUS Health Plan Guardian puede ser de forma **voluntaria** (su elección) o **involuntaria** (cuando no es su elección).

- Es posible que deje nuestro Plan porque ha decidido que *quiere* dejarlo.
 - Solo hay ciertos momentos durante el año, o ciertas situaciones, para que pueda cancelar voluntariamente su membresía en el plan. La Sección 2 describe *cuándo* puede cancelar su membresía en el plan.
 - El proceso para cancelar voluntariamente su membresía varía dependiendo de qué tipo de cobertura nueva está eligiendo. La Sección 3 describe *cómo* puede cancelar su membresía en cada situación.
- También hay situaciones limitadas en las que no decide dejarlo, pero 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 su atención médica a través de nuestro Plan hasta que finalice su membresía.

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

Puede cancelar su membresía en nuestro Plan solo durante determinados momentos del año, conocidos como períodos de inscripción. Todos los miembros tienen la oportunidad de dejar el plan durante el Período de inscripción anual y durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage. En ciertas situaciones, también puede ser elegible para dejar el plan en otros momentos del año.

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.

- **¿Cuándo es el Período de inscripción anual?** El período es del 15 de octubre al 7 de diciembre.

Capítulo 8. Cancelación de su membresía en el plan

- **¿A qué tipo de plan se puede cambiar durante el Período de inscripción anual?** 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. (Puede elegir un plan 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.
 - – o – Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
- **¿Cuándo se cancelará su membresía?** Su membresía se cancelará 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 médica durante el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

- **¿Cuándo es el Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage?** Es todos los años, del 1 de enero al 31 de marzo.
- **¿A qué tipo de plan puede cambiar durante el Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage?** Durante este período, puede hacer lo siguiente:
 - Cambiar a otro plan Medicare Advantage. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos con receta o uno que no cubra 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, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento.
- **¿Cuándo se cancelará su membresía?** 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 CHRISTUS Health Plan Guardian pueden ser elegibles para cancelar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período de inscripción especial**.

Capítulo 8. Cancelación de su membresía en el plan

- **¿Quién es elegible para un Período de inscripción especial?** Si alguna de las siguientes situaciones se aplica a 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 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 está inscrito en el Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All inclusive Care for the Elderly, PACE).
- **¿Cuáles son los Períodos de inscripción especial?** Los períodos de inscripción varían según cada caso.
- **¿Qué puede hacer?** Para saber si es elegible para un Período de inscripción especial, llame a Medicare 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**. 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. Esto significa que puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan 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.
 - – o – Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
- **¿Cuándo se cancelará su membresía?** 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 o desea recibir más información sobre cuándo puede cancelar su membresía:

- Puede **llamar a Servicios para los miembros** (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).
- Puede encontrar la información en el manual **Medicare & You 2022** (Medicare y Usted 2022).

Capítulo 8. Cancelación de su membresía en el plan

- Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia del manual *Medicare & You 2022* (Medicare y Usted 2022) cada otoño. Los nuevos miembros de Medicare la reciben en el plazo de un mes después de que se inscriben por primera vez.
- También puede descargar una copia desde el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O puede llamar a Medicare al número que figura más abajo para pedir una copia impresa.
- Puede llamar a **Medicare** 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 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro Plan?

Sección 3.1 En general, usted cancela su membresía cuando se inscribe en otro plan

Normalmente, para cancelar su membresía en nuestro Plan, solo tiene que inscribirse en otro plan de Medicare durante uno de los períodos de inscripción (para obtener información sobre los períodos de inscripción, consulte la Sección 2 de este capítulo). No obstante, si quiere pasar de nuestro Plan a Original Medicare *sin* un plan de medicamentos con receta de Medicare, debe solicitar que le cancelen la inscripción en nuestro Plan. Hay dos maneras de pedir que cancelen su inscripción:

- Nos puede hacer el pedido por escrito. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).
- --o--puede llamar a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

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 CHRISTUS Health Plan Guardian 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>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 CHRISTUS Health Plan Guardian se cancelará automáticamente cuando su cobertura en el nuevo plan comience.
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 (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). - También puede comunicarse con Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas al día, 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 CHRISTUS Health Plan Guardian se cancelará cuando comience su cobertura en Original Medicare.

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

Sección 4.1 Hasta que se cancele su membresía, sigue siendo miembro de nuestro Plan

Si deja CHRISTUS Health Plan Guardian, es posible que pase algún tiempo antes de que su membresía se cancele y su nueva cobertura de Medicare entre en vigencia. (Para obtener información sobre cuándo comienza su nueva cobertura, consulte la Sección 2). Durante este tiempo, debe seguir obteniendo su atención médica a través de nuestro Plan.

- **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 CHRISTUS Health Plan Guardian debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?

CHRISTUS Health Plan Guardian **debe cancelar su membresía en el plan si ocurre cualquiera de los siguientes casos:**

- 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, deberá llamar 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. (Los números de teléfono de Servicios para los miembros figuran en la contraportada de este folleto).
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si no es ciudadano de los Estados Unidos o no está legalmente presente en los Estados Unidos.
- Si intencionalmente nos brinda información incorrecta cuando se inscribe en nuestro Plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro Plan. (No podemos hacerle dejar nuestro Plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si permanentemente se comporta de una forma que es perturbadora y hace que sea difícil que les brindemos atención médica a usted y a otros miembros del plan. (No podemos hacerle dejar nuestro Plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si deja que otra persona use su tarjeta de miembro para obtener atención médica. (No podemos hacerle dejar nuestro Plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
 - Si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el Inspector general investigue su caso.

¿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** para obtener más información (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

Capítulo 8. Cancelación de su membresía en el plan

Sección 5.2	No podemos pedirle que deje nuestro Plan por ningún motivo relacionado con su salud
--------------------	--

CHRISTUS Health Plan Guardian no está autorizado a pedirle que se retire de nuestro Plan por ningún motivo relacionado 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, debe llamar a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

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. Puede consultar la Sección 9 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo presentar una queja.

CAPÍTULO 9

Avisos legales

Capítulo 9. Avisos legales

SECCIÓN 1	Aviso sobre leyes vigentes	184
SECCIÓN 2	Aviso sobre no discriminación	184
SECCIÓN 3	Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare.....	184

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes

Se aplican muchas leyes a esta *Evidencia de cobertura* y es posible que se apliquen algunas disposiciones adicionales porque lo exige la ley. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas ni explicadas en este documento. La ley principal que se aplica a este documento 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.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

Nuestro Plan debe cumplir con las leyes que lo protegen contra la discriminación o la falta de imparcialidad. **No discriminamos** por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en quejas, 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.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). Si usted tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, Servicios para los miembros puede 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), CHRISTUS Health Plan Guardian, 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.

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 la decisión de denegarle una solicitud de servicios de atención médica o pagos por servicios que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo. Por ejemplo, puede pedir una apelación si no pagamos por un artículo o servicio que usted cree que debería poder recibir. En el Capítulo 7, se explica sobre las apelaciones, incluido el proceso relacionado con presentar una apelación.

Área de servicio: área geográfica donde un plan de salud acepta miembros, en caso de que el plan limite la membresía según el lugar donde viven las personas. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede utilizar, también es, generalmente, el área donde puede obtener servicios de rutina (no emergencias). El plan puede cancelar su inscripción si se muda fuera del área de servicio del plan de manera permanente.

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. Algunos servicios médicos dentro de la red están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene una “autorización previa” de nuestro Plan. En la Tabla de beneficios del Capítulo 4 se señalan los servicios cubiertos que necesitan autorización previa.

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). Los auxiliares de atención de la salud a domicilio no tienen una licencia de enfermería ni ofrecen terapia.

Ayuda adicional: un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

Cancelar o cancelación de la inscripción: el proceso de cancelación de su membresía en nuestro Plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (su elección) o involuntaria (cuando no es su elección).

Centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF): servicios de atención de enfermería especializada o rehabilitación especializada brindados todos los días en un centro de atención de enfermería especializada. Ejemplos de los servicios del centro incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por un enfermero matriculado o un médico.

Capítulo 10. Definiciones de palabras importantes

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 la agencia federal que administra Medicare. El Capítulo 2 explica cómo comunicarse con los CMS.

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.

Cobertura para medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare): seguro que le ayuda a pagar los medicamentos con receta para pacientes externos, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no cubren la Parte A o la Parte B 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 un medicamento con receta. Un copago es, generalmente, un monto establecido más que un porcentaje. Por ejemplo, puede pagar \$10 o \$20 por una consulta con el médico o por un medicamento con receta.

Coseguro: un monto que se le pedirá que pague como su parte de los costos por los servicios. El coseguro es, a menudo, un porcentaje (por ejemplo, 20%).

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) todo monto del deducible que pueda imponer un plan antes de que se cubran los servicios; (2) cualquier monto de “copago” fijo que un plan exija al recibir servicios específicos; o (3) cualquier monto de “coseguro”, un porcentaje del monto total pagado por un servicio, que un plan exija al recibir servicios específicos.

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”.

Capítulo 10. Definiciones de palabras importantes

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 y que ayudan 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 la atención médica antes de que nuestro Plan comience a pagar.

Determinación de la organización: el plan Medicare Advantage ha tomado una determinación de la organización cuando toma una decisión sobre si los servicios o artículos están cubiertos o sobre cuánto le corresponde pagar a usted por servicios o artículos cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura” en este folleto. El Capítulo 7 explica cómo solicitar una decisión de cobertura.

Dispositivos ortésicos y protésicos: estos son los dispositivos médicos solicitados por su médico u otro proveedor de atención médica. Entre los artículos cubiertos, se incluyen dispositivos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o una función interna del cuerpo, como suministros para ostomía y 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 médica inmediata para evitar que pierda la vida, un miembro o la función de un miembro. 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 CHRISTUS Health Plan Guardian, 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.

Capítulo 10. Definiciones de palabras importantes

Hospicio: un miembro con una expectativa de vida de 6 meses o menos tiene derecho a elegir un hospicio. 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. El hospicio le proporcionará un tratamiento especial para su estado.

Hospitalización: es cuando usted ha sido 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 estatal y federal, 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. En la Sección 6 del Capítulo 2 se incluye más información sobre cómo comunicarse con Medicaid en su estado.

Médicamente 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). Las personas que tienen Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de Original Medicare, un plan PACE o un plan Medicare Advantage.

Miembro (miembro de nuestro Plan o “miembro del plan”): una persona con Medicare 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: el monto máximo que paga de su bolsillo durante el año calendario para los servicios cubiertos dentro de la red. Los montos que paga por las primas de su plan las primas de la Parte A y de la Parte B de Medicare no se tienen en cuenta en el monto máximo que paga de su bolsillo. Consulte la Sección 1.3 del Capítulo 4 para obtener información sobre el monto máximo que paga de su bolsillo.

Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO): un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal

Capítulo 10. Definiciones de palabras importantes

les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. Consulte en la Sección 4 del Capítulo 2 la información sobre cómo comunicarse con la QIO de su estado.

Original Medicare (“Medicare tradicional” o plan Medicare con “pago por servicio”): 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)”.

Parte D: es el Programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare. (Para que sea más fácil referirnos al programa de beneficios de medicamentos con receta, lo denominaremos Parte D).

Período de beneficios: la manera en que nuestro Plan y Original Medicare mide su uso de los servicios del centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF). El período de beneficios comienza el día en que usted va a un centro de atención de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no haya recibido servicios de atención especializada en un SNF durante 60 días consecutivos. Si ingresa en el centro de atención de enfermería especializada después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: un tiempo establecido cada año 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 es desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo, y 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: un tiempo establecido, durante el otoño, en el que los miembros pueden cambiar de planes de medicamentos o de salud o elegir Original Medicare. El Período de inscripción anual es desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

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. Situaciones en las que usted 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.

Capítulo 10. Definiciones de palabras importantes

Período de inscripción inicial: el tiempo en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare, cuando es elegible para recibir Medicare. Por ejemplo, si es elegible para Medicare cuando cumpla 65 años, el 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 necesidades especiales: un tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona una atención médica más específica para determinados grupos de personas, como aquellas que poseen Medicare y Medicaid, que viven en centros de cuidados o que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

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. Incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes Medicare Cost, los Programas piloto/demostraciones y los Programas de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All inclusive Care for the Elderly, PACE).

Plan de una Organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO): un plan de una Organización de proveedores preferidos es un plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros por un monto de pago específico. Un plan de PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, independientemente de si los brindan proveedores dentro o fuera de la red. El costo compartido del miembro será generalmente superior cuando recibe los beneficios del plan de parte de proveedores fuera de la red. Los planes de PPO tienen un límite anual de los costos que paga de su bolsillo para los servicios recibidos de proveedores (preferidos) de la red y un límite más alto en los costos que paga de su bolsillo por servicios de proveedores tanto dentro de la red (preferidos) como fuera de la red (no preferidos).

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 una Organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO), Organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO), un Plan privado de pago por servicio (Private Fee for Service, PFFS) o un plan de Cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare (Medicare Medical Savings Account, MSA). Cuando se inscribe en un plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare están cubiertos a través del plan y no se pagan conforme a Original Medicare. 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**. CHRISTUS Health Plan Guardian no ofrece cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Todos los que tengan la Parte A y la Parte B de Medicare son elegibles para inscribirse en cualquier plan de salud de Medicare Advantage que se ofrezca en su área.

Plan Medicare Cost: un plan Medicare Cost es un plan operado por una Organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO) o un Plan médico

Capítulo 10. Definiciones de palabras importantes

competitivo (Competitive Medical Plan, CMP) de conformidad con un contrato de reembolso de costos en virtud de la sección 1876(h) de la Ley.

Plan PACE: un plan Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All Inclusive Care for the Elderly, PACE) que combina servicios médicos, sociales y de atención a largo plazo (LTC) para personas frágiles de manera que puedan conservar su independencia y continuar viviendo en sus comunidades (en lugar de mudarse a un centro de cuidados) tanto tiempo como sea posible, mientras obtienen los servicios de atención de alta calidad que necesitan. 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 (Primary Care Provider, PCP): su proveedor de atención primaria es el médico u otro proveedor a quien usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. Se asegura de que usted tenga la atención que necesita para mantenerse saludable. También puede hablar con otros médicos y con otros proveedores de atención médica sobre su atención y remitirlo a ellos. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar con su proveedor de atención primaria antes de consultar con otro proveedor de atención médica. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 3 para obtener información sobre los proveedores de atención primaria.

Proveedor de la red: “proveedor” es el término general que usamos para referirnos a médicos, otros 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 nuestro Plan. Nuestro Plan paga a los proveedores de la red conforme al acuerdo que tiene con los proveedores o si los proveedores aceptan brindarle servicios cubiertos por el 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, y además no han firmado un contrato para ofrecerle servicios cubiertos a usted. En el Capítulo 3 de este folleto, se explica cómo usar proveedores o centros fuera de la red.

Queja: el nombre formal para “presentar una queja” es “interponer un reclamo”. El proceso de quejas *solo* se aplica a determinados tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas

Capítulo 10. Definiciones de palabras importantes

relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. Consulte también “Reclamo” en esta lista de definiciones.

Reclamo: tipo de queja que usted presenta sobre nosotros, incluyendo una 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: servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluido nuestro Plan, deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare.

Servicios cubiertos: es el término general 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 se brindan para tratar una enfermedad, lesión o afección imprevista, que no es de emergencia y que requiere de atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser brindados por proveedores dentro de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente.

Servicios para los miembros: un departamento dentro de nuestro Plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía y sus beneficios, sus reclamos y sus apelaciones. Para obtener información sobre cómo comunicarse con Servicios para los miembros, consulte el Capítulo 2.

Subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS): consulte “Ayuda adicional”.

Servicios para los miembros de CHRISTUS Health Plan Guardian

Método	Servicios para los miembros: información de contacto
LLAME AL	1-844-282-3026 Las llamadas a este número son gratuitas. El departamento de Servicios para los miembros de CHRISTUS Health Plan está disponible para ayudarle, los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, desde el 1. de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. Un sistema de respuesta de voz está disponible después del horario habitual. Servicios para los miembros también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 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 departamento de Servicios para los miembros de CHRISTUS Health Plan está disponible para ayudarle, los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, desde el 1. de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. Un sistema de respuesta de voz está disponible después del horario habitual.
FAX	1-210-766-8851
ESCRIBA A	CHRISTUS Health Plan Guardian A la atención de: Member Services P.O. Box 169009 Irving, TX 75016
SITIO WEB	www.christushealthplan.org

Programa estatal de asistencia sobre seguro médico de Texas (SHIP)

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico de Texas (SHIP) 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	1-800-252-9240 Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes 9:00 a. m. a 5:00 p. m., hora local. Los fines de semana y festivos, de 11:00 a. m. a 3:00 p. m., hora local.
TTY	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	Health Information, Counseling, and Advocacy Program of Texas (HICAP) P.O. Box 149104 Austin TX 78714-9104
SITIO WEB	www.hhs.texas.gov/services/health/medicare

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.

844.282.3026 | TTY 711

1 oct. – 31 mzo. | 7 días de la semana | 8:00 a. m. – 8:00 p. m., hora local

1 abr. – 30 sept. | 8:00 a. m. – 8:00 p. m., hora local

CHRISTUShealthplan.org