



Del 1 de enero al 31 de diciembre del 2024

Evidencia de Cobertura:

Sus Beneficios y Servicios Médicos del Plan de Salud Medicare como Miembro de Brand New Day Valor Care Plan (HMO)

Este documento le ofrece información detallada acerca de su cobertura de atención médica de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre del 2024. **Este es un documento legal importante. Consérvelo en un lugar seguro.**

Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con Servicios para Miembros al (866) 255-4795. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Los horarios son de 8 a.m. a 8 p.m. (hora del Pacífico), los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita.

Este plan, Brand New Day Valor Care Plan (HMO), lo ofrece Brand New Day. (Cuando en esta *Evidencia de Cobertura* se mencionen las palabras "nosotros", "nos" o "nuestro", esto significa Brand New Day. Cuando se menciona el "plan" o "nuestro plan", significa Brand New Day Valor Care Plan (HMO).)

Este documento está disponible de forma gratuita en inglés.

Este documento puede estar disponible en otros formatos, por ejemplo, en braille, en letra grande o en audio.

Los beneficios, los deducibles o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero del 2025.

El formulario, la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario. Notificaremos a los afiliados afectados sobre los cambios al menos con 30 días de anticipación.

Este documento explica sus beneficios y derechos. Utilice este documento para informarse acerca de lo siguiente:

- La prima y la distribución de costos de su plan;
- Sus beneficios médicos;
- La presentación de reclamos en caso de no estar satisfecho con un servicio o tratamiento;
- La forma en que puede comunicarse con nosotros si necesita más ayuda; y
- Otras protecciones exigidas por la ley de Medicare.

Tabla de Contenidos**Evidencia de Cobertura 2024****Tabla de contenidos**

CAPÍTULO 1:	<i>Inicio como miembro</i>	4
SECCIÓN 1	Introducción	5
SECCIÓN 2	¿Qué requisitos debe reunir para ser elegible como miembro del plan?	6
SECCIÓN 3	Materiales importantes de membresía que recibirá	7
SECCIÓN 4	Sus costos mensuales para Brand New Day Valor Care Plan (HMO)	8
SECCIÓN 5	Más información sobre su prima mensual	9
SECCIÓN 6	Mantenga actualizado el registro de membresía de su plan	9
SECCIÓN 7	Funcionamiento de un plan médico adicional con nuestro plan	10
CAPÍTULO 2:	<i>Números telefónicos y recursos importantes</i>	12
SECCIÓN 1	Contactos de Brand New Day Valor Care Plan (HMO) (cómo comunicarse con nosotros, incluida la información sobre cómo comunicarse con Servicios para Miembros)	13
SECCIÓN 2	Medicare (cómo recibir asistencia e información directamente del programa Federal de Medicare)	16
SECCIÓN 3	Programa de Asistencia de Seguro Médico del Estado (asistencia gratuita, información y respuestas a sus consultas sobre Medicare)	17
SECCIÓN 4	Organización de Mejoramiento de la Calidad	18
SECCIÓN 5	Seguro Social	19
SECCIÓN 6	Medicaid	20
SECCIÓN 7	Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario	21
SECCIÓN 8	¿Tiene algún seguro grupal o algún otro seguro médico de su empleador?	22
CAPÍTULO 3:	<i>Uso del plan para sus servicios médicos</i>	23
SECCIÓN 1	Conceptos que usted debe conocer acerca de cómo obtener su atención médica como miembro de nuestro plan	24
SECCIÓN 2	Utilizar proveedores de la red del plan para obtener atención médica	26
SECCIÓN 3	Cómo obtener servicios si tiene una emergencia o una necesidad de atención de urgencia o durante un desastre	30

Tabla de Contenidos

SECCIÓN 4	¿Cómo proceder si se le factura directamente el costo total de sus servicios?	32
SECCIÓN 5	¿Cómo son cubiertos sus servicios médicos cuando usted participa en un estudio de investigación clínica?	33
SECCIÓN 6	Normas para obtener atención en una institución religiosa no médica de atención de la salud	35
SECCIÓN 7	Normas para la adquisición de propiedad de equipo médico duradero	36
CAPÍTULO 4:	<i>Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)</i>	39
SECCIÓN 1	Explicación de los gastos de su bolsillo por servicios cubiertos	40
SECCIÓN 2	Use la <i>Tabla de beneficios médicos</i> para saber qué está cubierto y cuánto pagará	42
SECCIÓN 3	¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?	88
CAPÍTULO 5:	<i>Solicitar que paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos cubiertos</i>	91
SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe solicitarnos el pago de nuestra parte del costo de sus servicios cubiertos	92
SECCIÓN 2	Cómo solicitar un reintegro o pago de una factura que usted ha recibido	93
SECCIÓN 3	Consideraremos su solicitud de pago y le responderemos afirmativa o negativamente	94
CAPÍTULO 6:	<i>Sus derechos y responsabilidades</i>	95
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y las sensibilidades culturales como miembro del plan	96
SECCIÓN 2	Usted tiene ciertas responsabilidades como miembro del plan	102
CAPÍTULO 7:	<i>¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)</i>	104
SECCIÓN 1	Introducción	105
SECCIÓN 2	Dónde puede obtener más información y asistencia personalizada	105
SECCIÓN 3	¿Qué proceso debe utilizar para tratar sus problemas?	106
SECCIÓN 4	Una guía de los conceptos básicos de decisiones de cobertura y apelaciones	107

Tabla de Contenidos

SECCIÓN 5	Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura	110
SECCIÓN 6	Cómo solicitarnos la cobertura de una internación en el hospital más prolongada si usted considera que se le está dando el alta demasiado pronto	118
SECCIÓN 7	Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que la cobertura finaliza demasiado pronto	125
SECCIÓN 8	Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más	132
SECCIÓN 9	Cómo presentar un reclamo por la calidad de atención, tiempos de espera, el servicio de atención al cliente u otras inquietudes	133
CAPÍTULO 8:	<i>Finalización de su membresía en el plan</i>	137
SECCIÓN 1	Introducción para finalizar su membresía en nuestro plan	138
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede finalizar su membresía a nuestro plan?	138
SECCIÓN 3	¿Cómo terminar su membresía en nuestro plan?	140
SECCIÓN 4	Hasta que su membresía finalice, usted debe continuar recibiendo sus servicios y artículos médicos a través de nuestro plan	141
SECCIÓN 5	Brand New Day Valor Care Plan (HMO) debe finalizar su membresía en el plan en ciertos casos	141
CAPÍTULO 9:	<i>Avisos legales</i>	143
SECCIÓN 1	Aviso de leyes aplicables	144
SECCIÓN 2	Aviso de no discriminación	144
SECCIÓN 3	Aviso sobre sus derechos de subrogación para pagadores secundarios de Medicare	144
SECCIÓN 4	Aviso sobre responsabilidad de terceros	145
CAPÍTULO 10:	<i>Definiciones de términos importantes</i>	147

CAPÍTULO 1:

Inicio como miembro

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Usted está afiliado en Brand New Day Valor Care Plan (HMO), que es un HMO de Medicare
--------------------	--

Usted está cubierto por Medicare y ha elegido obtener su atención médica de Medicare a través de nuestro plan, Brand New Day Valor Care Plan (HMO). Estamos obligados a cubrir todos los servicios de la Part A y la Part B. Sin embargo, la distribución de costos y el acceso de proveedores en este plan difieren de Original Medicare.

Brand New Day Valor Care Plan (HMO) es un Plan de Medicare Advantage HMO ("HMO" significa Health Maintenance Organization; es decir, Organización para el mantenimiento de la salud), aprobado por Medicare y dirigido por una empresa privada. Brand New Day Valor Care Plan (HMO) no incluye la cobertura para medicamentos recetados de la Part D.

La cobertura bajo este Plan califica como Cobertura Médica Calificada (QHC) y cumple el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado Asequible (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en: www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Sección 1.2	¿Qué información incluye el documento de <i>Evidencia de Cobertura</i>?
--------------------	--

Este documento de *Evidencia de Cobertura* le indica cómo obtener atención médica. Explica sus derechos y responsabilidades, qué está cubierto, qué paga como miembro del plan y cómo presentar un reclamo si no está satisfecho con una decisión o tratamiento.

Las palabras *cobertura* y *servicios cubiertos* se refieren a la atención y a los servicios médicos disponibles para usted como miembro de Brand New Day Valor Care Plan (HMO).

Es importante que se informe sobre las reglas del plan y qué servicios están disponibles para usted. Le sugerimos que se tome un momento para familiarizarse con este documento de *Evidencia de Cobertura*.

Si está confundido, preocupado o tiene alguna duda, comuníquese con Servicios para Miembros de nuestro plan.

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

Esta *Evidencia de Cobertura* forma parte de nuestro contrato con usted acerca de cómo Brand New Day Valor Care Plan (HMO) le brinda cobertura para su atención. Este contrato también incluye el formulario de inscripción y las notificaciones que le enviemos sobre los cambios o las condiciones que afecten su cobertura. Estos avisos a veces se llaman *cláusulas adicionales o enmiendas*.

Capítulo 1. Inicio como miembro

El contrato está vigente durante los meses en los que está inscrito en Brand New Day Valor Care Plan (HMO) entre el 1 de enero de 2024 y el 31 de diciembre de 2024.

Cada año natural, Medicare nos permite hacer cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Brand New Day Valor Care Plan (HMO) después del 31 de diciembre de 2024. También podemos elegir dejar de ofrecer el plan u ofrecerlo en un área de servicio diferente, luego del 31 de diciembre de 2024.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar Brand New Day Valor Care Plan (HMO) cada año. Puede seguir cada año con la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan solo si decidimos continuar ofreciendo el plan y Medicare renueva su aprobación del plan.

SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos debe reunir para ser elegible como miembro del plan?

Sección 2.1	Requisitos que debe reunir
--------------------	-----------------------------------

Usted puede ser elegible para convertirse en miembro de nuestro plan si cumple con los siguientes requisitos:

- Usted tiene Medicare Part A y Medicare Part B.
- -- y -- Reside en nuestra área geográfica de servicios (la Sección 2.3 a continuación indica cuál es nuestra área de servicios). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área geográfica de servicios, incluso si están ubicadas físicamente en ella.
- -- y -- es un ciudadano estadounidense o resida legalmente en los Estados Unidos.

Sección 2.2	Este es el área de servicios del plan para Brand New Day Valor Care Plan (HMO)
--------------------	---

Brand New Day Valor Care Plan (HMO) está disponible solo para las personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para continuar siendo miembro de nuestro plan, debe seguir residiendo en el área de servicio del plan. El área de cobertura de servicios se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye estos condados en California: Fresno, Imperial, Kern, Kings, Los Angeles, Madera, Orange, Riverside, Sacramento, San Bernardino, San Diego, San Francisco, San Joaquin, San Mateo, Santa Clara y Tulare.

Si planea mudarse fuera del área de servicio, no podrá seguir siendo miembro de este plan. Llame a Servicios para Miembros para saber si tenemos un plan en su nueva área. Cuando se mude, contará con un Período de Inscripción Especial durante el cual podrá

Capítulo 1. Inicio como miembro

cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos recetados de Medicare que esté disponible en su nueva ubicación.

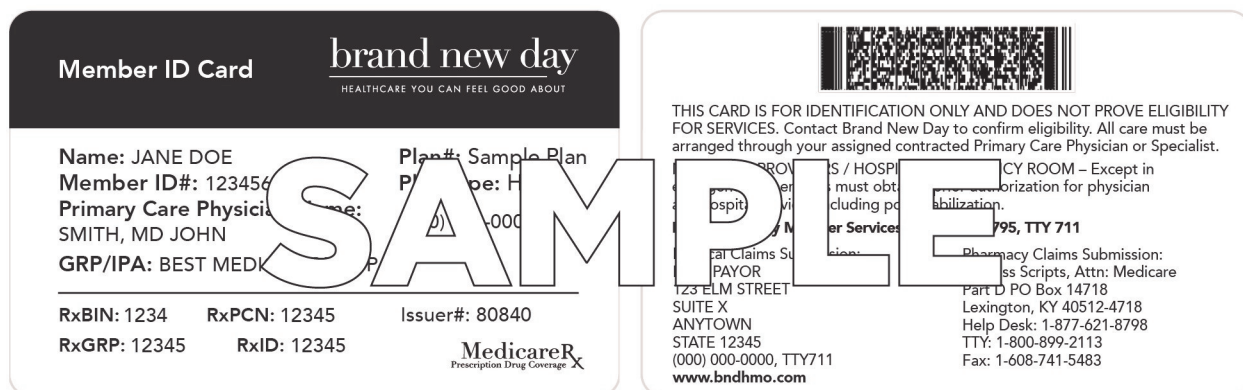
También es importante que llame al Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Puede encontrar los números telefónicos y la información de contacto para el Seguro Social en el Capítulo 2, Sección 5.

Sección 2.3 Ciudadano Estadounidense o Residente Legal en los Estados Unidos

Un miembro de un plan de salud de Medicare debe ser ciudadano estadounidense o residir legalmente en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de servicios de Medicare y Medicaid) notificará a Brand New Day Valor Care Plan (HMO) si usted no es elegible para permanecer como miembro sobre esta base. Brand New Day Valor Care Plan (HMO) tiene que cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes de Membresía que recibirá**Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan**

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe utilizar la tarjeta de membresía siempre que obtenga servicios cubiertos por este plan. Además, deberá mostrar al proveedor su tarjeta de Medicaid, si corresponde. Este es un modelo de tarjeta de membresía para que vea cómo será la suya:



NO utilice su tarjeta de Medicare roja, blanca ni azul para los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si utiliza su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía de Brand New Day Valor Care Plan (HMO), es posible que deba pagar usted mismo el costo total de los servicios médicos. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que le soliciten mostrar su tarjeta si necesita servicios hospitalarios, servicios de atención para Pacientes Terminales o si participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare, también llamados ensayos clínicos.

Capítulo 1. Inicio como miembro

En caso de destrucción, extravío o robo de su tarjeta de membresía, llame a Servicios para Miembros inmediatamente y le enviaremos una tarjeta nueva.

Sección 3.2 Directorio de Proveedores

El *Directorio de proveedores* enumera nuestros proveedores de la red actuales. **Los proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención que han acordado con nosotros aceptar nuestro pago, y cualquier otra distribución de costos del plan, como pago total.

Debe usar proveedores de la red para obtener su atención y los servicios médicos. Si usted se encuentra en otro lugar sin la debida autorización, deberá pagar el total. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios urgentemente necesarios cuando la red no está disponible (es decir, en situaciones en las que no es razonable o no es posible obtener servicios dentro de la red), los servicios de diálisis fuera del área y los casos en que Brand New Day Valor Care Plan (HMO) autorice el uso de servicios de proveedores fuera de la red.

La lista actualizada más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web en www.bndhmo.com.

Si no tiene su copia del *Directorio de proveedores*, puede solicitarla (de manera electrónica o impresa) a Servicios para Miembros. Las solicitudes de Directorios de proveedores impresos se le enviarán por correo dentro de tres días hábiles.

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para Brand New Day Valor Care Plan (HMO)

Estos costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (sección 4.1)
- Prima mensual de Medicare Part B (sección 4.2)

Las primas de Part B de Medicare difieren para las personas con diferentes ingresos. Si tiene preguntas sobre estas primas, revise en su copia del manual *Medicare y usted 2024* la sección denominada *Costos de Medicare* de 2024. Si necesita una copia, puede descargarla desde el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O bien, puede solicitar una copia impresa por teléfono llamando 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.

Capítulo 1. Inicio como miembro

Sección 4.1 Prima del plan

Usted no paga una prima mensual del plan aparte para Brand New Day Valor Care Plan (HMO).

Sección 4.2 Prima mensual de Medicare Part B**Varios miembros deben pagar otras primas de Medicare**

Uno de los beneficios de nuestro plan es un Reembolso de la Prima de la Part B. Esto significa que cada mes \$85 se aplicará automáticamente a su Prima de la Part B, lo que aumentará su cheque del Seguro Social cada mes.

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

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual

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

No. No está permitido cambiar el monto que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si se realiza alguna modificación a la prima mensual del plan del año siguiente, se lo informaremos en septiembre, y el cambio entrará en vigencia el 1 de enero.

SECCIÓN 6 Mantenga actualizado el registro de membresía de su plan

Su registro de membresía contiene información de su formulario de inscripción e incluye su dirección y número de teléfono. Estos muestran su cobertura específica de nuestro plan.

Los médicos, los hospitales y otros proveedores en la red del plan necesitan tener información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red utilizan el registro de su membresía para saber qué servicios están cubiertos y los montos de distribución de costos para usted.** Por esta razón, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos sobre los siguientes cambios:

Cambios de nombre, dirección o número de teléfono.

Capítulo 1. Inicio como miembro

Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico que usted tenga (como la de su empleador, el empleador de su cónyuge o pareja de hecho, la indemnización por accidentes de trabajo o Medicaid).

Si tiene algún reclamo de responsabilidad civil, como reclamos por un accidente de automóvil.

Si se lo ha internado en una residencia para ancianos.

Si recibe atención en un hospital o en una sala de emergencias fuera del área o fuera de la red.

Si cambia la persona responsable designada (como su cuidador).

Si participa en un estudio de investigación clínica (**Nota:** No está obligado a informar a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que desea participar, pero le recomendamos que lo haga).

Si alguna de estas informaciones cambia, háganos saber llamando a Servicios para Miembros.

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

SECCIÓN 7 Funcionamiento de un plan médico adicional con nuestro plan

Otro seguro

Medicare nos exige reunir información sobre cualquier cobertura adicional de seguro médico o medicamentos que tenga. Esto se debe a que debemos coordinar cualquier otra cobertura que tenga con los beneficios que le corresponden según nuestro plan. Esto se denomina **coordinación de beneficios**.

Una vez por año, recibirá una carta en la que se enumerará cualquier cobertura adicional de seguro médico o medicamentos de los que tengamos conocimiento. Lea esta información detenidamente. Si es correcta, no es necesario que haga nada. Si la información es incorrecta, o si tiene otra cobertura que no se encuentra en la lista, llame a Servicios para Miembros. Es posible que deba proporcionar su número de identificación de miembro del plan a sus otros seguros médicos (una vez que haya confirmado su identidad), para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Si tiene un plan médico adicional (como cobertura médica grupal del empleador), existen reglas establecidas por Medicare que estipulan quién paga primero, si nuestro plan o su plan médico adicional. El seguro que paga primero se denomina pagador principal y paga hasta los límites de su cobertura. El seguro que paga segundo se denomina pagador secundario, y solo paga si hay costos que la cobertura principal no abonó. Puede que el

Capítulo 1. Inicio como miembro

pagador secundario no abone todos los costos que no fueron cubiertos. Si tiene un plan médico adicional, informe a su médico, hospital y farmacia.

Estas reglas tienen validez para la cobertura de planes de salud grupales ofrecidos por el empleador o el sindicato:

Si tiene cobertura de jubilación, Medicare paga primero.

Si la cobertura de su plan de salud grupal está basada en su empleo actual o en el empleo actual de un familiar, el responsable de pagar primero depende de su edad, la cantidad de personas que emplea su empleador y si tiene Medicare por edad, discapacidad o Insuficiencia Renal en Etapa Terminal (ESRD):

- Si es menor de 65 años, está discapacitado y usted o su familiar todavía trabajan, el plan de salud grupal pagará primero si el empleador tiene 100 empleados o más, o si al menos un empleador de un plan de múltiples empleadores tiene más de 100 empleados.
- Si es mayor de 65 años y usted o su cónyuge o pareja de hecho siguen trabajando, el plan de salud grupal pagará primero si el empleador tiene 20 empleados o más, o si al menos un empleador de un plan de múltiples empleadores tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare por ESRD, el plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de que se vuelva elegible para Medicare.

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

- Seguro sin determinación de culpabilidad (incluye seguro de automóvil).
- Responsabilidad (incluye seguro de automóvil).
- Beneficios por neumoconiosis.
- Indemnización por accidentes de trabajo.

Medicaid y TRICARE nunca pagan primero los servicios cubiertos por Medicare.

Únicamente pagan después de que hayan pagado Medicare, los planes de salud grupales del empleador y/o Medigap.

CAPÍTULO 2:

Números telefónicos y recursos importantes

SECCIÓN 1 Contactos de Brand New Day Valor Care Plan (HMO) (cómo puede contactarnos, incluso cómo comunicarse con Servicios para Miembros)

Cómo comunicarse con Servicios para Miembros de nuestro plan

Para obtener asistencia con reclamos, facturación o consultas por la tarjeta de membresía, llame o escriba a Servicios para Miembros de Brand New Day Valor Care Plan (HMO). Nos complace ayudarlo.

Método	Servicios para Miembros – Información de Contacto
LLAME AL	(866) 255-4795 Las llamadas a este número son gratuitas. de 8 a.m. a 8 p.m. (hora del Pacífico), los 7 días de la semana Servicios para Miembros también tiene servicios gratuitos de intérprete de idiomas para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. de 8 a.m. a 8 p.m. (hora del Pacífico), los 7 días de la semana
FAX	(657) 400-1208
ESCRÍBANOS	Brand New Day Member Services P.O. Box 93122 Long Beach, CA 90809-3122
SITIO WEB	www.bndhmo.com

Cómo contactarnos para consultar sobre una decisión de cobertura o apelación sobre su atención médica

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y su cobertura, o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para obtener más información sobre la solicitud de decisiones de cobertura o apelaciones de su atención médica, consulte el Capítulo 7 (*Qué hacer si tiene algún problema o alguna queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Decisiones de Cobertura y Apelaciones de Atención Médica – Información de Contacto
LLAME AL	(866) 255-4795

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

Método	Decisiones de Cobertura y Apelaciones de Atención Médica – Información de Contacto
	Las llamadas a este número son gratuitas. de 8 a.m. a 8 p.m. (hora del Pacífico), los 7 días de la semana
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. de 8 a.m. a 8 p.m. (hora del Pacífico), los 7 días de la semana
FAX	(657) 400-1208 – para Decisiones de Cobertura de Reclamaciones Médicas (657) 400-1217 para Apelaciones de Reclamaciones Médicas
ESCRÍBANOS	Para Decisiones de Cobertura de Reclamaciones Médicas: Brand New Day Attn: Utilization Management Department P.O. Box 93122 Long Beach, CA 90809-3122 Para Apelaciones de Reclamaciones Médicas: Brand New Day ATTN: Appeal & Grievances Department P.O. Box 93122 Long Beach, CA 90809-3122
SITIO WEB	www.bndhmo.com

Cómo contactarnos para presentar una queja por su atención médica

Puede presentar una queja sobre nosotros o uno de los proveedores de nuestra red, incluso quejas sobre la calidad de la atención. Este tipo de queja no incluye disputas por cobertura o pagos. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja por su atención médica, consulte el Capítulo 7 (*Qué hacer si tiene algún problema o alguna queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Quejas por atención médica – Información de Contacto
LLAME AL	(866) 255-4795 Las llamadas a este número son gratuitas. de 8 a.m. a 8 p.m. (hora del Pacífico), los 7 días de la semana
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. de 8 a.m. a 8 p.m. (hora del Pacífico), los 7 días de la semana
FAX	(657) 400-1217

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

Método	Quejas por atención médica – Información de Contacto
ESCRÍBANOS	Brand New Day Appeals & Grievances P.O. Box 93122 Long Beach, CA 90809-3122
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar un reclamo sobre Brand New Day Valor Care Plan (HMO) directamente ante Medicare. Para enviar una queja en línea a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Dónde enviar la solicitud para que paguemos nuestra parte del costo del cuidado médico que ha recibido

Si ha recibido una factura o ha pagado por servicios (como una factura del proveedor) que considera que debemos pagar, es posible que deba solicitarnos un reembolso o que paguemos la factura del proveedor, consulte el Capítulo 5 (*Solicitar que paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos cubiertos*).

Tenga en cuenta: si nos envía una solicitud de pago y rechazamos cualquier parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 7 (*Qué hacer si tiene algún problema o alguna queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*) para obtener más información.

Método	Solicitudes de pago – Información de Contacto
LLAME AL	(866) 255-4795 de 8 a.m. a 8 p.m. (hora del Pacífico), los 7 días de la semana Las llamadas a este número son gratuitas.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. de 8 a.m. a 8 p.m. (hora del Pacífico), los 7 días de la semana
FAX	(657) 400-1208
ESCRÍBANOS	Reclamaciones médicas: Brand New Day Attn: Claims Department Manhattan Data LLC. 26741 Portola Pkwy Ste 1E #930 Foothill Ranch, CA 92610-1763
SITIO WEB	www.bndhmo.com

SECCIÓN 2 Medicare

(cómo recibir asistencia e información directamente del programa federal de Medicare)

Medicare es el programa de seguro médico federal para personas mayores de 65 años, algunas personas menores de 65 con discapacidades y pacientes con insuficiencia renal en etapa terminal (insuficiencia renal crónica que requiere tratamiento con diálisis o un trasplante de riñón).

La agencia federal que administra Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (a veces llamados CMS). Esta agencia contrata los servicios de organizaciones Medicare Advantage, lo cual incluye nuestra institución.

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 del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
SITIO WEB	<u>www.Medicare.gov</u> Este es el sitio web oficial del gobierno de Medicare. En él, se brinda información actualizada de Medicare y temas actuales de Medicare. También se brinda información sobre hospitales, residencias para ancianos, médicos, agencias de atención médica domiciliaria y centros de diálisis. Se incluyen documentos que puede imprimir directamente de su computadora. También se pueden encontrar contactos de Medicare en su estado. En el sitio web de Medicare, también encontrará información detallada sobre los requisitos que debe reunir para lograr la elegibilidad en Medicare y las opciones de inscripción con las siguientes herramientas: • Herramienta de Elegibilidad de Medicare: proporciona información sobre el estado de elegibilidad de Medicare.

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

Método	Medicare – Información de Contacto
	• Buscador de Planes de Medicare: provee información personalizada acerca de los planes de medicamentos recetados de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas de Medigap (Seguro Complementario de Medicare) en su área. Estas herramientas ofrecen un <i>cálculo aproximado</i> de sus gastos de bolsillo en los distintos planes de Medicare.
SITIO WEB (CONTINUACIÓN)	También puede usar el sitio web para informar a Medicare acerca de cualquier reclamo que tenga sobre Brand New Day Valor Care Plan (HMO): • Informe a Medicare acerca de su reclamo: usted puede presentar un reclamo sobre Brand New Day Valor Care Plan (HMO) directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas en serio y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare. Si no tiene computadora, puede usar una computadora de su biblioteca local o centro de la tercera edad para ingresar a este sitio web. O bien, puede llamar a Medicare e informarle qué información está buscando. Encontrarán la información en el sitio web y la revisarán con usted. (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 Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (asistencia gratuita, información y respuestas a sus consultas sobre Medicare)

El Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en cada estado. En California, el SHIP es conocido como Programa de Consejería y Defensa sobre Seguros Médicos (HICAP).

Programa de Consejería y Defensa sobre Seguros Médicos (HICAP) es un programa estatal independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni plan de salud) que recibe dinero del Gobierno Federal para ofrecer asesoramiento local gratuito sobre seguros de salud a personas con Medicare.

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

Los asesores de Programa de Consejería y Defensa sobre Seguros Médicos (HICAP) lo pueden ayudar a comprender sus derechos de Medicare, a presentar reclamos por la atención médica o tratamiento y ayudarlo a solucionar problemas con sus facturas de Medicare. Los asesores de Programa de Consejería y Defensa sobre Seguros Médicos (HICAP) también pueden asistirlo con sus preguntas o problemas sobre Medicare y pueden ayudarlo a entender sus opciones de plan de Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

MÉTODO PARA ACCEDER AL SHIP Y A OTROS RECURSOS:

- Visite <https://www.shiphelp.org> (haga clic en LOCALIZADOR DE SHIP en el centro de la página)
- Seleccione su **ESTADO** en la lista. Esto lo llevará a una página con números de teléfono y recursos específicos para su estado.

Método	Programa de Consejería y Defensa sobre Seguros Médicos (HICAP) (California SHIP) Información de contacto
LLAME AL	1-800-434-0222
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
ESCRÍBANOS	California Department of Aging Attention: Public Records Act Request 2880 Gateway Oaks Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95833
SITIO WEB	http://www.aging.ca.gov/hicap

SECCIÓN 4 Organización de Mejoramiento de la Calidad

En cada estado, funciona una Organización de Mejoramiento de la Calidad designada para brindar servicios a los beneficiarios de Medicare. Para California, la Organización de Mejoramiento de la Calidad se denomina Livanta.

Livanta tiene un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica pagados por Medicare que controlan y ayudan a mejorar la calidad de la atención de personas con Medicare. Livanta es una organización independiente. No está asociada con nuestro plan.

- Debe comunicarse con Livanta en cualquiera de estas situaciones:
- Si tiene una queja por la calidad de la atención que ha recibido.

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

- Si considera que el período de cobertura por su estadía en el hospital finalizará demasiado pronto.
- Si considera que el período de cobertura por servicios de atención médica domiciliaria, atención en centros de enfermería especializada o centros de rehabilitación integral ambulatoria (CORF) finalizará demasiado pronto.

Método	Livanta (organización de Mejoramiento de la Calidad de California)– Información de contacto
LLAME AL	1-877-588-1123 De lunes a viernes: de 9 a.m. a 5 p.m. (hora local) Sábados y domingos: de 11 a.m. a 3 p.m. (hora local) El servicio de correo de voz está disponible las 24 horas
TTY	1-855-887-6668 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
ESCRÍBANOS	Livanta LLC BFCC-QIO 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
SITIO WEB	https://www.livantaqio.com/en

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar los requisitos de elegibilidad para los beneficios de Medicare y de administrar las inscripciones a Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y residentes permanentes legales de 65 años o más, o que tengan una discapacidad o Enfermedad Renal en Etapa Terminal y reúnan ciertas condiciones, son elegibles para Medicare. Si ya recibe cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no recibe los cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. Para solicitar Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar la oficina local del Seguro Social que le corresponda.

Si se muda o cambia su dirección postal, es importante que se contacte con su Seguro Social para hacerles saber de estos cambios.

Método	Seguro Social – Información de contacto
LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes.

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

Método	Seguro Social – Información de contacto
	Puede usar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunos trámites las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes.
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Algunas personas que reciben beneficios de Medicare también pueden ser elegibles para Medicaid. Los programas que ofrece Medicaid ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como sus primas de Medicare. Estos **programas de ahorro de Medicare** incluyen lo siguiente:

Beneficiario Calificado de Medicare (QMB): ayuda a pagar las primas de la Part A y la Part B de Medicare y otras distribuciones de costos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunas personas con QMB también pueden reunir los requisitos para ser elegibles y recibir los beneficios completos de Medicaid [QMB+]).

Beneficiario Especificado de Medicare con Bajos Ingresos (SLMB): ayuda a pagar las primas de la Part B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid (SLMB+)).

Persona calificada (QI): ayuda a pagar las primas de la Part B.

Individuos trabajadores y discapacitados calificados (QDWI): ayuda a pagar las primas de la Part A.

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

Método	Medi-Cal (programa Medicaid de California)– Información de contacto
LLAME AL	(916) 449-5000 Lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.; excepto festivos

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

Método	Medi-Cal (programa Medicaid de California)– Información de contacto
TTY	1-800-896-2512 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
ESCRÍBANOS	Medi-Cal Managed Care P.O. Box 997413, MS 400 Sacramento, CA 95899-7413
SITIO WEB	https://www.dhcs.ca.gov/services/Pages/Medi-CalManagedCare.aspx

SECCIÓN 7 Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario

La Junta de Retiro Ferroviario es una agencia federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores del ferrocarril de la nación y sus familias. Si recibe sus servicios de Medicare por medio de la Junta de Retiro Ferroviario, es importante que les haga saber si se muda o cambia de dirección postal. Si tiene alguna consulta con respecto a los beneficios que le corresponden de la Junta de Retiro Ferroviario, llame a la agencia.

Método	Junta de Retiro Ferroviario – Información de Contacto
LLAME AL	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona "0", puede hablar con un representante de la RRB los lunes, martes, jueves y viernes de 9:00 a.m a 3:30 p.m., y los miércoles de 9:00 a.m. a 12:00 p.m. Si presiona "1", puede acceder a la Línea de Ayuda automática de la RRB y a la información grabada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y los días festivos.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a estos números <i>no</i> son gratuitas.
SITIO WEB	www.rrb.gov/

SECCIÓN 8 ¿Tiene algún seguro grupal o algún otro seguro médico de su empleador?

Si usted (o su cónyuge o pareja de hecho) obtiene beneficios de su empleador o grupo de retiro (o el de su cónyuge o pareja de hecho) como parte de este plan, llame al administrador de beneficios del empleador/sindicato o a Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta. Puede preguntar acerca de sus beneficios médicos, primas, o período de inscripción (o los de su cónyuge o pareja de hecho) del empleador o de retiro. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este documento). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) y hacer preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare bajo este plan.

CAPÍTULO 3:

*Uso del plan para sus servicios
médicos*

SECCIÓN 1 Conceptos que usted debe conocer acerca de cómo obtener su atención médica como miembro de nuestro plan

En este capítulo, se explican los conceptos que usted necesita conocer sobre cómo obtener cobertura de su plan para atención médica. Proporciona las definiciones de términos y explica las normas que usted deberá seguir para recibir tratamientos médicos, servicios, equipos, medicamentos recetados de la Part B y otros tipos de atención médica que cubre el plan.

Para obtener información detallada sobre el tipo de atención médica cubierta por nuestro plan y sobre qué parte del costo debe pagar cuando recibe esta atención, consulte la Tabla de beneficios en el siguiente capítulo: Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, servicios cubiertos y lo que usted debe pagar*).

Sección 1.1 Definición de proveedores de la red y servicios cubiertos
--

Los **proveedores** son los médicos y otros profesionales de la salud autorizados por el estado para proveer servicios y atención médica. 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 nuestro pago y su monto de distribución de costos como pago total. Estos proveedores han acordado prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos emiten directamente una factura a nosotros por la atención que usted recibe. Cuando visite a un proveedor de la red, normalmente pagará solo la parte que le corresponde por el costo de los servicios cubiertos.

Los **servicios cubiertos** incluyen todo el cuidado médico y los servicios, suministros y equipos de cuidado de la salud que están cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica que le corresponden se encuentran detallados en la tabla de beneficios del Capítulo 4.

Sección 1.2 Normas básicas para obtener atención médica cubierta por el plan

Como plan de salud de Medicare, Brand New Day Valor Care Plan (HMO) debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y debe cumplir todas las reglas de cobertura de Original Medicare.

Brand New Day Valor Care Plan (HMO) en general cubrirá su atención médica si:

La atención médica que recibe está incluida en la Tabla de beneficios médicos del plan (esta tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este documento).

La atención que recibe es considerada médicamente necesaria. Médicamente necesario significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos se necesitan para la

Capítulo 3. Uso del plan para sus servicios médicos

prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición médica y cumplen con estándares aceptados de la práctica médica.

Tiene un proveedor de atención primaria (PCP) de la red que suministra y supervisa su atención médica. Como miembro de nuestro plan, debe elegir un proveedor de atención primaria (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, su PCP de la red debe otorgarle la aprobación por adelantado antes de que usted pueda utilizar otros proveedores de la red del plan, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio. Esto se denomina darle una *remisión del médico*. Para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
- Las remisiones de su PCP no son necesarias en casos de atención de emergencia o de servicios requeridos urgentemente. También se proveen otros tipos de atención que no requieren la aprobación previa de su PCP (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).

Usted debe recibir atención por parte de un proveedor de la red (para obtener más información sobre este servicio, lea la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, la atención que usted recibe de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no es parte de la red de nuestro plan) no se cubrirá. Por consiguiente, usted deberá pagar al proveedor en su totalidad por los servicios prestados. *Estas son tres excepciones:*

- El plan cubre la atención de emergencia o los servicios urgentemente necesarios que usted recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre este tema y saber qué significan los servicios urgentemente necesarios o de emergencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
- Si necesita atención médica que Medicare exige que nuestro plan cubra, pero no hay especialistas en nuestra red que proporcionen esta atención, puede recibir esta atención de un proveedor fuera de la red con la misma distribución de costos que normalmente paga dentro de la red. Se debe obtener autorización del plan o de su PCP antes de buscar atención. En este caso, usted pagará lo mismo que hubiera pagado si hubiera recibido esta atención a través de un proveedor de la red. Para obtener información sobre cómo obtener la aprobación para ver a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.

Capítulo 3. Uso del plan para sus servicios médicos

- El plan cubre servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted está temporalmente fuera del área de servicios del plan o cuando el proveedor de este servicio no está disponible o sea inaccesible temporalmente. La distribución de costos que usted paga por diálisis en el plan nunca puede superar la distribución de costos en Original Medicare. Si se encuentra fuera del área de servicios del plan y obtiene la diálisis de un proveedor que está fuera de la red del plan, su distribución de costos no puede exceder la distribución de costos que usted paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor de diálisis habitual dentro de la red no está disponible temporalmente y usted elige obtener servicios dentro del área de servicios de un proveedor fuera de la red del plan, la distribución de costos para la diálisis puede ser mayor.

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

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

Definición de PCP y qué tipo de servicios presta un PCP**¿Qué es un PCP?**

Cuando se inscribe en el plan, debe elegir un proveedor contratado como su Proveedor de Atención Primaria (PCP). Su PCP es un médico que satisface los requisitos del estado y está capacitado para brindarle atención médica básica. Dado que su PCP proporcionará y coordinará su cuidado médico, usted debe enviar al consultorio de su PCP todos sus expedientes médicos anteriores.

- **¿Qué tipos de proveedores pueden actuar como un PCP?**

Muchos de nuestros PCP son médicos especialistas en medicina interna, profesionales de la familia y profesionales de medicina general. A veces, puede elegir a un especialista del plan como su PCP (es decir, un cardiólogo). Debe llamar a Servicios para Miembros para averiguar si un especialista del plan tiene contrato para desempeñarse como PCP.

- **¿Cuál es la función de mi PCP?** Su PCP también le proporcionará la mayor parte de su atención médica, incluida la atención básica y de rutina, y lo ayudará a coordinar los demás servicios cubiertos que usted recibe como miembro de nuestro plan. Por ejemplo, para que pueda ver a un especialista, generalmente necesita obtener primero la aprobación de su PCP (esto se llama obtener una "remisión del médico" a un especialista). Esto incluye la coordinación de lo siguiente:
 - Radiografías
 - Análisis de laboratorio

Capítulo 3. Uso del plan para sus servicios médicos

- Terapias
- Cuidado de médicos especialistas
- Admisiones en un hospital y
- Atención de seguimiento

- **¿Cuál es la función del PCP en la coordinación de los servicios cubiertos?**

Una vez que su PCP determine que necesita atención de un especialista, su PCP coordinará una remisión para usted. La coordinación de sus servicios incluye verificar o consultar a otros proveedores del plan sobre su cuidado y progreso. Algunas remisiones no requieren la aprobación previa de su plan. Su PCP tiene una lista de los especialistas y proveedores que puede utilizar sin obtener aprobación previa. Esto se denomina “remisión directa”.

- **¿Cuál es la función del PCP en la toma de decisiones sobre la autorización previa y su obtención, si corresponde?**

Si se necesita un especialista, pero no está incluido en la lista de remisión directa, necesitará una autorización previa de su plan. Su PCP es responsable de solicitar la autorización previa. La Sección 2.3 a continuación describe con más detalle el proceso para obtener la autorización previa para la atención.

¿Cómo selecciona usted a su PCP?

Es importante que se tome el tiempo para seleccionar cuidadosamente a su PCP, ya que esta es la persona que trabajará más estrechamente con usted para satisfacer sus necesidades de atención médica. Si su PCP actual no está en nuestra red Brand New Day, puede ayudarlo a identificar un PCP que satisfaga sus necesidades.

Para obtener ayuda con la identificación y selección de un PCP, visite nuestro sitio web en www.bndhmo.com o llame al número de Servicios para Miembros que figura al dorso de su tarjeta de identificación. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros también están impresos en la contraportada de este folleto).

Cómo cambiar su PCP

Puede cambiar de PCP por cualquier razón, en cualquier momento. También podría ocurrir que su PCP dejara de pertenecer a la red de proveedores de nuestro plan y usted debiera seleccionar otro PCP. Puede cambiar su PCP visitando nuestro sitio web en www.bndhmo.com para encontrar un nuevo PCP y, luego llamando al número de Servicios para Miembros que figura al dorso de su tarjeta de identificación para solicitar el cambio de PCP. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros también están impresos en la contraportada de este folleto). Su nueva asignación de PCP entrará en vigencia inmediatamente después de recibir su solicitud. Lo mismo se aplica si desea cambiar su Asociación de Proveedores Independientes (IPA) o grupo médico.

Cambiar su PCP puede implicar la limitación de especialistas específicos o de los hospitales a los que se refiere ese PCP (es decir, subred, especialistas, laboratorios, radiología, etc.)

Capítulo 3. Uso del plan para sus servicios médicos**Sección 2.2 ¿Qué tipos de atención médica puede recibir sin la remisión de su PCP?**

Usted puede obtener los servicios que se detallan a continuación sin obtener la aprobación previa de su PCP:

- Atención médica de rutina para la mujer, lo cual incluye exámenes de mamas, mamografías de detección (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exploraciones pélvicas, siempre que obtenga estos servicios de un proveedor de la red.
- Vacunas contra la gripe, vacunas contra la COVID-19, vacunas contra la hepatitis B y vacunas contra la neumonía siempre que las obtenga de un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia recibidos de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red.
- Los servicios urgentemente necesarios son servicios cubiertos que no son servicios de emergencia y se ofrecen cuando los proveedores de la red no están disponibles o son inaccesibles temporalmente o cuando el afiliado está fuera del área de servicio. Por ejemplo, necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser inmediata y médicamente necesarios.
- Servicios de diálisis renal que usted obtenga de un centro de diálisis autorizado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan. Si es posible, comuníquese con Servicios para Miembros antes de abandonar el área de servicios para que podamos ayudarlo a organizar una diálisis de mantenimiento mientras se encuentre fuera del área.
- Examen físico anual de un proveedor dentro de la red.

Sección 2.3 Cómo recibir atención médica de especialistas y otros proveedores de la red

Un especialista es un médico que provee servicios de atención médica para una enfermedad específica o parte del cuerpo. Existen muchos tipos de especialistas. Veamos algunos ejemplos:

- Los oncólogos se ocupan de los pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos atienden a pacientes con afecciones cardíacas.
- Los médicos ortopedistas atienden a pacientes con ciertas afecciones óseas, articulares o musculares.

Algunas remisiones del médico a especialistas y otros proveedores no requieren aprobación previa. Su PCP tiene una lista de proveedores a los que puede ser remitido directamente. Antes de usar estos proveedores, hable primero con su PCP. Si un especialista u otro proveedor del plan no está incluido en esta lista, se debe obtener una autorización previa. Su PCP es responsable de solicitar una autorización previa. Su PCP enviará la solicitud al Departamento de Administración de Utilización (UM) de nuestro plan en la que se tomará una decisión sobre la solicitud. El Departamento de UM le

Capítulo 3. Uso del plan para sus servicios médicos

notificará a usted y a su PCP por escrito el estado de cualquier solicitud de autorización previa. Para obtener información sobre los servicios que requieren una autorización previa, consulte el Capítulo 4, Sección 2.1. Si su PCP es parte de un grupo médico o de una Asociación de Proveedores Independientes (IPA), es posible que deba usar proveedores o especialistas asociados con el grupo o IPA. Si desea utilizar los servicios de determinados especialistas, infórmese sobre si su PCP envía pacientes a esos especialistas. Cada PCP del plan elige a determinados especialistas de la red para sus remisiones del médico. Esto significa que el PCP que usted seleccione puede determinar los especialistas que puede ver. Generalmente, puede cambiar de PCP en cualquier momento si desea visitar a un especialista de la red al que su PCP actual no lo puede derivar. Si desea utilizar determinados hospitales, debe informarse sobre si su PCP o sobre los médicos que visitará en estos hospitales.

¿Qué ocurre si un especialista u otro proveedor de la red se retira de 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. Si su médico o especialista abandona su plan, usted cuenta con ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Si bien nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le brindemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le avisaremos que su proveedor dejará nuestro plan, así dispone de tiempo para seleccionar un nuevo proveedor.
 - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual abandona nuestro plan, se lo notificaremos si ha visto a ese proveedor en los últimos tres años.
 - Si alguno de sus otros proveedores abandona nuestro plan, se lo notificaremos si usted está asignado al proveedor, si actualmente recibe atención de ellos o si los ha visto en los últimos tres meses.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado dentro de la red al que pueda acceder para recibir atención continua.
- Si en este momento se está sometiendo a una terapia o tratamiento médico con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar que la terapia o el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo continúe, y trabajaremos con usted para garantizar que así sea.
- Le proporcionaremos información sobre los diferentes períodos de inscripción disponibles para usted y las opciones que pueda tener para cambiar de plan.
- Organizaremos cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores, pero con una distribución de costos dentro de la red, cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o no sea adecuado para satisfacer sus necesidades médicas. Puede que se requiera autorización previa.
- Si se entera de que su doctor o especialista abandona su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor y gestionar su atención.

Capítulo 3. Uso del plan para sus servicios médicos

- Si usted cree que no le hemos provisto un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su cuidado no está siendo administrado adecuadamente, tiene derecho a presentar un reclamo relacionado con la calidad de la atención a la QIO, una queja relacionada con la calidad de la atención al plan o ambas. Consulte el Capítulo 7.

Sección 2.4 Cómo recibir atención médica de proveedores fuera de la red

Cualquier atención fuera de la red que no se considere una emergencia o atención de urgencia fuera del área no estará cubierta sin una autorización previa. Para obtener autorización previa, usted o su médico pueden comunicarse con Servicios para Miembros para obtener ayuda. El plan también cubre servicios de diálisis renal de un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan.

Si necesita atención médica que Medicare requiere que nuestro plan cubra y los proveedores de nuestra red no pueden proveer esta atención, autorizaremos al proveedor fuera de la red correspondiente. Usted pagará lo mismo que hubiera pagado si hubiera recibido esta atención a través de un proveedor de la red.

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios si tiene una emergencia o una necesidad de atención de urgencia o durante un desastre

Sección 3.1 Atención en casos de emergencia médica**Definición de emergencia médica y cómo proceder en caso de tener una emergencia médica**

Una **emergencia médica** ocurre cuando usted, u otra persona prudente no experta en medicina, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, considera que presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar el fallecimiento (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un hijo por nacer) o la pérdida de una extremidad o la función de una extremidad o la pérdida o el deterioro grave de una función del cuerpo. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor grave o una afección médica que empeora rápidamente.

En caso de una emergencia médica:

Obtenga ayuda cuanto antes. Llame al 911 para obtener ayuda o concurra a la sala de urgencias o al hospital más cercano. Llame para solicitar una ambulancia en caso de necesitar una. No es necesario obtener primero la aprobación ni la remisión médica de su PCP. No tiene que usar un médico de la red. Usted puede recibir cobertura de atención médica de emergencia cuando la necesite, en cualquier lugar del mundo.

Capítulo 3. Uso del plan para sus servicios médicos

En cuanto pueda, verifique que se haya informado a nuestro plan acerca de su emergencia. Debemos realizar el seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona deberá llamarnos para informarnos de su atención de emergencia, generalmente dentro de un plazo de 48 horas. (866) 255-4795, de 8 a.m. a 8 p.m. (hora del Pacífico), los 7 días de la semana.

Servicios que están cubiertos en una emergencia médica

Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones en las que el traslado a la sala de emergencia con otro medio de transporte podría poner en peligro su salud. También cubrimos servicios médicos durante la emergencia.

Los médicos que le proveen atención de emergencia determinarán cuándo su estado es estable y si la emergencia médica ha concluido.

Una vez que haya finalizado la emergencia, usted tendrá derecho a recibir cuidado de seguimiento para verificar que su estado continúe estable. Sus médicos continuarán tratándolo hasta que se comuniquen con nosotros y hagan planes para contemplar una atención adicional. El cuidado de seguimiento está cubierto por nuestro plan.

Si recibe atención de emergencia de proveedores fuera de la red, intentaremos coordinar que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su estado de salud y las circunstancias lo permitan.

¿Qué ocurre si no era una emergencia médica?

A veces, es difícil determinar cuándo se tiene una emergencia médica. Por ejemplo, usted podría consultar por una atención de emergencia (porque cree que su salud corre grave peligro) y el médico podría determinar que, en realidad, no se trató de una emergencia médica. Si se determina que no tuvo una emergencia médica (siempre que justificadamente haya creído que su salud corría grave peligro), cubriremos la atención que recibió.

Sin embargo, después de que el médico haya determinado que *no* fue una emergencia, cubriremos atención adicional *solo* si usted recibe esta atención de alguna de estas dos maneras:

Acude a un proveedor de la red; para recibir atención adicional.

– o – El cuidado adicional que recibe es considerado servicios urgentemente necesarios y usted cumple las normas para recibir esta atención de urgencia (para obtener más información sobre este tema, vea la Sección 3.2 a continuación).

Sección 3.2 Atención en casos de servicios requeridos urgentemente
--

¿Qué son los servicios urgentemente necesarios?

Los servicios urgentemente necesarios son enfermedades, lesiones o condiciones médicas imprevistas, que no son de emergencia, pero requieren atención médica inmediata. Por ejemplo, un brote inesperado de una afección conocida que usted tiene o un dolor de

Capítulo 3. Uso del plan para sus servicios médicos

garganta severo que ocurre durante el fin de semana. Los servicios urgentemente necesarios pueden brindarlos proveedores fuera de la red cuando no es razonable, dadas sus circunstancias, obtener atención inmediata de los proveedores de la red.

Si desea obtener ayuda para encontrar el Centro de Atención de Urgencia de la red más cercano, visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicios para Miembros al número que aparece en el dorso de su tarjeta de identificación. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros también están impresos en la contraportada de este folleto).

Nuestro plan cubre servicios de emergencia y atención urgente en todo el mundo fuera de los Estados Unidos en las siguientes circunstancias: Usted tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir la pérdida de la vida, la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor grave o una afección médica que empeora rápidamente. Inicialmente, usted mismo deberá pagar estos servicios. Debe presentar una solicitud de reembolso. Para obtener más información sobre cómo presentar una solicitud de reembolso, consulte el Capítulo 5.

Sección 3.3	Cómo obtener atención médica 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 un estado de desastre o emergencia en su área geográfica, igualmente podrá recibir atención de su plan.

Visite el siguiente sitio web: www.bndhmo.com para obtener información sobre cómo conseguir la atención necesaria durante un desastre.

Si no puede usar un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener atención de proveedores fuera de la red con distribución de costos dentro de la red.

SECCIÓN 4 ¿Cómo proceder si se le factura directamente el costo total de sus servicios?

Sección 4.1	Puede hablar con nosotros para que paguemos nuestra parte del costo por los servicios cubiertos
--------------------	--

Si usted ha pagado más de lo que corresponde por la Distribución de Costos de su plan para servicios cubiertos o si ha recibido una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 5 (*Solicitar que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos cubiertos*) para obtener información sobre qué hacer.

Sección 4.2	Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan, usted deberá pagar el costo total
--------------------	--

Brand New Day Valor Care Plan (HMO) cubre todos los servicios médicamente necesarios, según se enumeran en la Tabla de Beneficios Médicos, en el Capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios no cubiertos por nuestro plan o servicios obtenidos fuera de la red y no fueron autorizados, deberá pagar el costo total de los servicios.

En el caso de servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, usted también pagará el costo total de cualquier servicio que usted reciba después de haber agotado el beneficio para ese tipo de servicio cubierto. El costo de los servicios no cubiertos o de los servicios que superen una limitación de beneficios no se aplica al gasto máximo de bolsillo de su plan.

SECCIÓN 5 ¿Cómo son cubiertos sus servicios médicos cuando usted participa en un estudio de investigación clínica?

Sección 5.1	¿Qué es un estudio de investigación clínica?
--------------------	---

Un estudio de investigación clínica (también denominado *ensayo clínico*) es una manera en que médicos y científicos prueban nuevos tipos de atención médica, como la eficacia de un nuevo medicamento para el cáncer. Ciertos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare normalmente solicitan voluntarios para participar en el estudio.

Una vez que Medicare apruebe el estudio y usted exprese su interés, una persona que trabaja en el estudio se comunicará con usted para explicarle más sobre el estudio y para determinar si reúne los requisitos establecidos por los científicos que lo dirigen. Puede participar en el estudio siempre que reúna los requisitos para el estudio, y comprenda completamente y acepte las condiciones de participación en el estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Medicare Original se hace responsable del pago de la mayor parte de los costos de los servicios cubiertos que reciba como parte del estudio. Si nos informa que usted está en un ensayo clínico calificado, solo será responsable de la distribución de costos dentro de la red por los servicios en ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó el monto de distribución de costos de Original Medicare, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y la distribución de costos dentro de la red. Sin embargo, deberá proporcionar documentación para mostrarnos cuánto pagó. Cuando participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo los demás servicios que requiere para su atención (la atención que no está relacionada con el estudio) por medio de nuestro plan.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* necesita comunicarnos ni obtener nuestra aprobación o la de su PCP. *No* es necesario

Capítulo 3. Uso del plan para sus servicios médicos

que los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica sean proveedores de la red de nuestro plan. Tenga en cuenta que esto no incluye beneficios de los cuales nuestro plan es responsable que incluyan, como un componente, un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio. Estos incluyen ciertos beneficios especificados en las determinaciones nacionales de cobertura (NCD) y en los ensayos de dispositivos de investigación (IDE), y pueden estar sujetos a autorización previa y otras reglas del plan.

Aunque no necesita obtener el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica con cobertura para las personas inscritas Medicare Advantage de Original Medicare, lo alentamos a que nos notifique con anticipación cuando decida participar en ensayos clínicos calificados por Medicare.

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

Sección 5.2	Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica, ¿a quién le corresponde pagar cada gasto?
--------------------	---

Al registrarse en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Original Medicare cubre los elementos y servicios de rutina que recibe como parte del estudio, que incluyen lo siguiente:

- Habitación y comidas por estadías en el hospital que Medicare pagaría aunque usted no participara en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si es parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de los efectos colaterales y las complicaciones de la nueva atención.

Después de que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre la distribución de costos de Original Medicare y su distribución de costos dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará el mismo monto por los servicios que recibe como parte del estudio que el monto que pagaría si recibiera estos servicios de parte de nuestro plan. Sin embargo, deberá presentar documentación que demuestre la distribución de costos pagó. Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre el envío de solicitudes de pago.

Este es un ejemplo de cómo funciona la distribución de costos: digamos que, en el marco del estudio de investigación, se le realiza una prueba de laboratorio que cuesta \$100. Supongamos también que su parte del costo de estos análisis es de \$20 con Original Medicare, pero la prueba solo sería \$10 si se aplicaran los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría \$80 por la prueba y usted pagaría \$20 del copago requerido por Original Medicare. Luego, usted notificaría a su plan que recibió un servicio de ensayo clínico calificado y enviaría la documentación correspondiente al plan, por ejemplo, la factura del proveedor. Luego, el plan le pagaría directamente \$10. Por lo tanto, su pago neto es de \$10, el mismo monto que pagaría con los beneficios de nuestro

Capítulo 3. Uso del plan para sus servicios médicos

plan. Tenga en cuenta que, para recibir el pago de su plan, deberá presentar la documentación correspondiente a su plan, por ejemplo, la factura del proveedor.

Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán los siguientes servicios:**

- Generalmente, Medicare *no* pagará por el nuevo artículo o servicio que el estudio está probando a menos que Medicare cubriera el artículo o servicio aun si usted *no* participara en un estudio.
- Artículos o servicios provistos solo para recopilar datos y que no se utilizan directamente para su atención médica. Por ejemplo, Medicare no cubre los gastos por CT mensuales que se realizan como parte del estudio si su afección médica normalmente requeriría solo una CT.

Más información

Puede obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica si visita el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación *Medicare and Clinical Research Studies* (Medicare y 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 no médica de atención de la salud

Sección 6.1	¿Qué es una institución no médica religiosa dedicada a la atención médica?
--------------------	---

Una institución no médica religiosa de atención médica es un centro que provee atención para una afección que normalmente se trataría en un hospital o centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de enfermería especializada contradice las creencias religiosas de un miembro, nuestro plan proveerá cobertura para atención en una institución no médica religiosa dedicada a la atención médica. Este beneficio se provee únicamente para servicios de internación de la Part A (servicios de atención que no sean médicos).

Sección 6.2	Obtener atención de una institución religiosa no médica de atención de la salud
--------------------	--

Para obtener cuidado de una institución religiosa no médica de atención de la salud, debe firmar un documento legal que indique que usted se opone conscientemente a recibir tratamiento médico **no exceptuado**.

Capítulo 3. Uso del plan para sus servicios médicos

El cuidado o tratamiento médico **no exceptuado** se refiere al cuidado o tratamiento médico *voluntario y no exigido* por ninguna ley federal, estatal o local.

Tratamientos médicos **exceptuados** se refiere a cualquier tipo de atención o tratamiento médico que usted recibe que *no* es voluntario o *es requerido* por las leyes federales, del estado o locales.

Para recibir cobertura de nuestro plan, el cuidado que usted recibe de una institución no médica religiosa de atención médica debe cumplir las siguientes condiciones:

- El centro que proporciona la atención médica debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de servicios de nuestro plan que usted recibe está limitada a los aspectos *no religiosos* de la atención.

Si recibe servicios de esta institución provistos en un centro, se deben cumplir las siguientes condiciones:

- Usted debe tener una condición médica que le permita recibir servicios cubiertos de cuidado en un hospital como paciente internado o en un centro de enfermería especializada;
- – y – Debe obtener aprobación previa de nuestro plan antes de ingresar al centro; de lo contrario, su internación no estará cubierta.

Las mismas reglas de cobertura para los límites de hospitales para pacientes internados de Medicare se aplican a instituciones religiosas no médicas de atención de la salud. Consulte la Tabla de Beneficios Médicos en el Capítulo 4 de este folleto.

SECCIÓN 7 Normas para la adquisición de propiedad de equipo médico duradero

Sección 7.1	¿Será propietario del equipo médico duradero después de realizar un determinado número de pagos según nuestro plan?
--------------------	--

Los equipos médicos duraderos (DME) incluyen artículos tales como equipos y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos de asistencia para el habla, bombas de infusión IV, nebulizadores y camas hospitalarias ordenados por un proveedor para usar en el hogar. El miembro siempre será propietario de ciertos artículos, como las prótesis. En esta sección, analizamos otro tipo de equipo médico duradero que debe alquilar.

En Original Medicare, las personas que alquilan determinados tipos de equipo médico duradero se convierten en propietarios del equipo después de pagar los copagos por el artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de Brand New Day Valor Care Plan (HMO), generalmente no será propietario de artículos de DME alquilados, sin importar cuántos copagos realice por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan, incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de DME en Original Medicare antes

Capítulo 3. Uso del plan para sus servicios médicos

de inscribirse en nuestro plan. En determinadas circunstancias limitadas, transferiremos el derecho de propiedad del DME a usted. Llame a Servicios para Miembros para obtener más información.

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

Si no adquirió la propiedad del DME mientras estuvo en nuestro plan, deberá realizar 13 pagos consecutivos nuevos por el artículo luego de cambiarse a Original Medicare para convertirse en su propietario. Los pagos realizados mientras está afiliado en su plan no cuentan.

Ejemplo 1: realizó 12 o menos pagos consecutivos por el artículo en Original Medicare y luego se unió a nuestro plan. Los pagos que realizó en Original Medicare no cuentan. Deberá realizar 13 pagos a nuestro plan antes de ser propietario del elemento.

Ejemplo 2: realizó 12 o menos pagos consecutivos por el artículo en Original Medicare y luego se unió a nuestro plan. Usted estaba en nuestro plan, pero no obtuvo propiedad mientras estaba en él. Luego vuelve a Original Medicare. Deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos para adquirir la propiedad del artículo una vez que se inscriba nuevamente en Original Medicare. Todos los pagos anteriores (ya sea a nuestro plan o a Original Medicare) no cuentan.

Sección 7.2	Normas para el mantenimiento, los suministros y el equipo de oxígeno
--------------------	---

¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si califica para la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare Brand New Day Valor Care Plan (HMO) cubrirá:

- Alquiler del equipo de oxígeno.
- Suministro y contenido de oxígeno.
- Tubos y accesorios relacionados para el suministro y el contenido de oxígeno.
- Mantenimiento y reparación del equipo de oxígeno.

Si abandona Brand New Day Valor Care Plan (HMO) o ya no necesita el equipo de oxígeno por motivos médicos, debe devolver el equipo de oxígeno.

¿Qué sucede si abandona su plan y regresa a Original Medicare?

Original Medicare exige que un proveedor de oxígeno le brinde servicios durante cinco años. Durante los primeros 36 meses, usted alquila el equipo. Los 24 meses restantes el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago por el oxígeno). Después de cinco años, puede elegir quedarse con la misma empresa o ir a otra. En este punto, el ciclo de cinco años comienza de nuevo, incluso si permanece con la misma compañía, lo que requiere que pague copagos durante los

Capítulo 3. Uso del plan para sus servicios médicos

primeros 36 meses. Si se inscribe o abandona nuestro plan, el ciclo de cinco años comienza de nuevo.

CAPÍTULO 4:

*Tabla de Beneficios Médicos
(servicios cubiertos y lo que usted
debe pagar)*

SECCIÓN 1 Explicación de los gastos de su bolsillo por servicios cubiertos

Este capítulo brinda una Tabla de Beneficios Médicos en la que se enumeran los servicios cubiertos y se indica cuánto deberá pagar por cada servicio cubierto como miembro de Brand New Day Valor Care Plan (HMO). Más adelante en este capítulo, encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También se incluye información sobre las limitaciones para ciertos servicios.

Sección 1.1 Tipos de gastos de su bolsillo que debe pagar por servicios cubiertos

Para comprender la información de pago que incluimos en este capítulo, debe conocer los tipos de gastos de su propio bolsillo que puede pagar por los servicios cubiertos:

Deducible es la suma que usted debe pagar por servicios médicos antes de que nuestro plan comience a pagar su parte. (En la Sección 1.2 se brinda más información sobre sus deducibles para determinadas categorías de servicios).

Un **copago** es un monto fijo que usted paga cada vez que recibe determinados servicios médicos. Debe pagar un copago en el momento que recibe el servicio médico. (En la Tabla de Beneficios Médicos de la Sección 2, encontrará más información sobre los copagos).

El **coseguro** es un porcentaje que usted paga del costo total de determinados servicios médicos. Debe pagar el coseguro en el momento que recibe el servicio médico. (En la Tabla de Beneficios Médicos de la Sección 2, encontrará más información sobre su coseguro).

La mayor parte de las personas que califican para Medicaid o para el programa de Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) nunca deben pagar deducibles, copagos o coseguro. Asegúrese de mostrar su evidencia de elegibilidad de Medicaid o QMB a su proveedor, si corresponde.

Sección 1.2 Nuestro plan tiene un deducible para determinados tipos de servicios

Tenemos un deducible para determinados tipos de servicios.

La Tabla de Beneficios en la Sección 2 muestra los deducibles según la categoría de servicio.

Sección 1.3 ¿Cuál es el monto máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos de Medicare Part A y Part B?

Dado que usted está suscrito a un plan Medicare Advantage, existe un límite en cuanto al monto que usted debe pagar de gastos de bolsillo cada año por los servicios médicos dentro de la red que están cubiertos por Medicare Part A y Part B. Este límite se denomina

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

monto máximo de gasto de bolsillo (MOOP) por servicios médicos. Para el año calendario 2024, esta suma es \$3,850.

Las sumas que paga por deducibles, copagos y coseguro por servicios cubiertos dentro de la red cuentan para el cálculo de esta suma máxima de su bolsillo. Además, las cantidades que usted paga por algunos servicios no cuentan para su cantidad máxima de su bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos. Si usted alcanza la suma máxima de su propio bolsillo de \$3,850, no deberá pagar ningún otro gasto de bolsillo durante el resto del año por servicios cubiertos de la Part A y la Part B. Sin embargo, debe continuar pagando su la prima de Medicare Part B (a menos que Medicaid o un tercero paguen la prima de la Part B por usted).

Sección 1.4	Nuestro plan no permite que los proveedores realicen facturaciones de saldo
--------------------	--

Como miembro de Brand New Day Valor Care Plan (HMO), un factor de protección importante para usted es que solo debe pagar el monto de distribución de costos cuando reciba servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden agregar cargos adicionales por separado, denominados **facturación de saldo**. Este factor de protección tiene validez incluso si nosotros pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio e, incluso, si hay una disputa y nosotros no pagamos determinados cargos del proveedor.

Este factor de protección funciona de la siguiente manera:

- Si su distribución de costos es un copago (una cantidad determinada de dólares, por ejemplo, \$15.00), entonces usted pagará solamente ese monto por los servicios cubiertos de un proveedor de la red.
- Si su distribución de costos es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), usted nunca pagará más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor que visite:
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted pagará el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa 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 que participa en Medicare, debe pagar 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 determinadas situaciones, como cuando obtiene una remisión del médico o para emergencias o servicios urgentemente necesarios).

- Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, debe pagar 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 determinadas situaciones, como cuando obtiene una remisión del médico o para emergencias o servicios urgentemente necesarios fuera del área de servicios).

Si cree que un proveedor le ha *facturado el saldo*, llame a Servicios para Miembros.

SECCIÓN 2 Use la *Tabla de beneficios médicos* para saber qué está cubierto y cuánto pagará

Sección 2.1 Sus beneficios médicos y costos como miembro del plan
--

La Tabla de Beneficios Médicos en las siguientes páginas enumera los servicios que cubre Brand New Day Valor Care Plan (HMO) y lo que usted debe pagar de su bolsillo por cada servicio. Los servicios enumerados en la Tabla de beneficios médicos se cubren solo cuando se reúnen los siguientes requisitos de cobertura:

Los servicios cubiertos de Medicare deben suministrarse de acuerdo con las pautas de cobertura establecidas por Medicare.

Sus servicios (que incluyen atención médica, servicios, suministros, equipos y medicamentos recetados de la Part B de Medicare) *deben* ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que los servicios, suministros o medicamentos se necesitan para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición médica y cumplen con estándares aceptados de la práctica médica.

Usted debe recibir atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierta, a menos que sea de emergencia o atención de urgencia o a menos que su plan o un proveedor de la red le hayan dado una remisión. Por consiguiente, usted deberá pagar al proveedor en su totalidad por los servicios prestados.

Tiene un Proveedor de atención primaria (PCP) que lo cuida y supervisa la atención que recibe. En la mayoría de los casos, su PCP debe otorgarle su aprobación previa antes de que usted pueda consultar otros proveedores de la red del plan. Esto se denomina darle una remisión del médico.

Algunos de los servicios enumerados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos *solamente* si su médico u otro proveedor de la red obtiene una aprobación previa (a veces llamada autorización previa) de nosotros. Los servicios cubiertos que requieren aprobación previa están indicados en la Tabla de Beneficios Médicos en cursiva.

Otros puntos importantes que considerar sobre nuestra cobertura:

Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. Por algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Original Medicare. Por otros, paga *menos*. (Si desea saber más sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, revise su manual *Medicare y Usted del 2024*. Véalo en línea en www.medicare.gov o solicite una copia llamando 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).

Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo de acuerdo con Original Medicare, nosotros también los cubrimos sin costo para usted. Sin embargo, si usted también recibe tratamiento o control por una afección médica existente durante la consulta en la que recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención recibida por la afección médica existente.

Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio nuevo durante el 2024, Medicare o nuestro plan cubrirá dichos servicios.



Verá esta manzana al lado de los servicios médicos preventivos en la Tabla de Beneficios.

Tabla de beneficios médicos

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
 Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal Un solo examen preventivo de ultrasonido para personas en riesgo. El plan solo cubre este examen de diagnóstico si usted tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene una remisión de su médico, asistente médico, enfermero especializado o especialista en enfermería clínica.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este examen de detección preventivo. <i>Puede que se requiera autorización previa.</i> <i>Se puede requerir una remisión del médico.</i>
Acupuntura para dolor lumbar crónico Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Se cubren hasta 12 consultas en 90 días para los beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias: A los efectos de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como: • Con duración de 12 semanas o más;	Usted paga un copago de \$0 por acupuntura cubierta por Medicare o la distribución de costos profesional aplicable si recibe servicios de un médico de atención primaria o especialista. Para obtener más detalles, consulte la sección “Servicios

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
• no específico, en el sentido de que no tiene ninguna causa sistémica identificable (es decir, no está asociada o una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • no está asociado con una intervención quirúrgica; y • no está asociado con el embarazo. Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que muestren una mejora. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura al año. El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o empeora. Requisitos del proveedor: Los médicos [según se define en 1861(r) (1) de la Ley de seguro Social (la Ley)] pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables. Los asistentes médicos (IPA), personal de enfermería profesional (NPS) o especialistas en enfermería clínica (CNS) (tal como se indica en 1861(aa)(5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y tienen: • un máster o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Medicina Oriental (ACAOM); y • una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un estado, territorio o mancomunidad (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia. El personal auxiliar que proporciona acupuntura debe estar bajo el nivel apropiado de supervisión de un médico, IPA o NPS/CNS exigido por nuestras reglamentaciones del título 42 del Código de Reglamentaciones Federales (CFR), artículos 410.26 y 410.27.	de médicos y proveedores médicos, incluidas visitas al consultorio médico". <i>Puede que se requiera autorización previa.</i> <i>Se puede requerir una remisión del médico.</i>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Acupuntura: rutina* Hasta 30 consultas de acupuntura de rutina por año. Estas 30 consultas se combinan con consultas quiroprácticas de rutina.	Usted paga un copago de \$0. <i>Puede que se requiera autorización previa.</i> <i>Se puede requerir una remisión del médico.</i>
Servicios de Ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, sean para una situación de emergencia o no, incluyen transporte en aeronaves de alas fijas y alas rotativas, y servicios de ambulancia terrestre, al centro más cercano que pueda proveer cuidado, solo si son proporcionados a un miembro cuya condición médica sea tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona o si es autorizado por el plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, se deberá documentar que la afección del miembro es tal que otro medio de transporte podría ser peligroso para la salud del paciente y el traslado en ambulancia es médicamente necesario.	Usted paga un copago de \$275 por viaje por servicios de ambulancia terrestre. Usted paga un copago de \$0 por traslados en ambulancia terrestre que no sean de emergencia y programados entre instituciones, que incluyen lo siguiente: • Entre hospitales de cuidado para afecciones agudas • Entre centros de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés) • De un hospital de cuidado para afecciones agudas a un centro de enfermería especializada (SNF) <i>Puede que se requiera autorización previa.</i> Usted paga un coseguro del 20% por viaje por servicios de ambulancia aérea. <i>Puede que se requiera autorización previa.</i>
Cobertura en todo el mundo de transporte de emergencia*	Usted paga un copago de \$120 por viaje por servicios

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Se brinda cobertura para servicios de transporte de emergencia recibidos en todo el mundo. (En todo el mundo se refiere a la atención de emergencia recibida fuera de los Estados Unidos y sus territorios). El transporte de emergencia debe ser proporcionado por un vehículo de transporte de emergencia autorizado. Los servicios están cubiertos en todo el mundo y se rigen por las mismas condiciones de necesidad y pertinencia médicas que se aplicarían si los mismos servicios se proporcionaran dentro de los Estados Unidos y sus territorios. Si tiene una emergencia fuera de los EE. UU. y sus territorios, será responsable de pagar por adelantado los servicios prestados. Debe presentar un resumen de alta u otra documentación médica equivalente y un comprobante de pago en dólares estadounidenses en inglés para optar por el reembolso de Brand New Day Valor Care Plan (HMO). Revisaremos la documentación para determinar la necesidad y pertinencia médicas antes de que se realice el reembolso. Es posible que no podamos reembolsar todos los gastos de bolsillo. Si la historia clínica no está en inglés, tendrá que proporcionar una traducción certificada. Si la factura de pago no figura en dólares estadounidenses, el reembolso se calculará con la tasa de cambio del momento en que se procese el cheque. Los pagos solo se cotizan en dólares estadounidenses. Las tarifas de la tasa de cambio monetario, los costos de traducción, el envío, el viaje de regreso a los EE. UU. y otras tarifas no médicas no son reembolsables.	de transporte de emergencia en todo el mundo. Existe un máximo anual de \$50,000 por año para servicios en todo el mundo, incluidas las emergencias, los servicios urgentemente necesarios y los servicios de transporte de emergencia combinados.
Examen físico anual de rutina* El examen físico anual de rutina incluye un examen físico integral y una evaluación del estado de las enfermedades crónicas. No incluye pruebas de laboratorio, pruebas de diagnóstico radiológicas, así como tampoco pruebas de diagnóstico no radiológicas o pruebas de diagnóstico. Es posible que se aplique una distribución de costos adicional a cualquier prueba	Usted paga un copago de \$0.

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
de laboratorio o diagnóstico realizada durante su visita, según se describe en esta tabla de beneficios médicos para cada servicio por separado. El examen físico anual de rutina está limitado a uno por año.	
 Consulta preventiva anual Si tiene la Part B desde hace más de 12 meses, puede obtener una consulta preventiva anual para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado en función de su salud actual y sus factores de riesgo. Esto se cubre una vez cada 12 meses. Nota: Su primera visita de bienestar anual no puede realizarse dentro de los 12 meses a partir de su visita preventiva Bienvenido a Medicare. Sin embargo, no es necesario que se haya realizado una visita de Bienvenida a Medicare para tener cobertura para consultas preventivas anuales luego de haber tenido la Part B durante 12 meses.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva anual. <i>Puede que se requiera autorización previa.</i> <i>Se puede requerir una remisión del médico.</i>
 Mediciones de masa ósea Para pacientes que reúnen los requisitos (generalmente, son personas con riesgo de pérdida de masa ósea o con riesgo de osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con más frecuencia si se consideran médicamente necesarios: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar pérdida ósea o determinar la calidad ósea, incluido un informe médico de los resultados.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las mediciones de masa ósea cubierta por Medicare. <i>Puede que se requiera autorización previa.</i> <i>Se puede requerir una remisión del médico.</i>
 Examen de detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Una mamografía inicial entre los 35 y los 39 años de edad. • Una mamografía de diagnóstico cada 12 meses para mujeres de 40 años en adelante.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las mamografías de detección cubiertas. <i>Puede que se requiera autorización previa.</i> <i>Se puede requerir una remisión del médico.</i>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Un examen clínico de mamas cada 24 meses.	
Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y asesoramiento están cubiertos para miembros que cumplan ciertos requisitos con la orden de un médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que, por lo general, son más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	Usted paga un copago de \$0 por visita para rehabilitación cardíaca. <i>Puede que se requiera autorización previa.</i> <i>Se puede requerir una remisión del médico.</i> Usted paga un copago de \$0 por consulta para rehabilitación cardíaca intensiva. <i>Puede que se requiera autorización previa.</i> <i>Se puede requerir una remisión del médico.</i>
 Consulta para reducción de riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento de enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarlo a reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, el médico puede analizar el uso de la aspirina (si corresponde), controlarle la presión arterial y darle consejos para asegurarse de que esté alimentándose de forma saludable.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de enfermedad cardiovascular de terapia conductual intensiva. <i>Puede que se requiera autorización previa.</i> <i>Se puede requerir una remisión del médico.</i>
 Detección de enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas con un riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las pruebas de enfermedad cardiovascular que están cubiertas una vez cada 5 años. <i>Puede que se requiera autorización previa.</i>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
	<i>Se puede requerir una remisión del médico.</i>
 Examen de detección de cáncer vaginal y del cuello uterino Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Para todas las mujeres: las pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos están cubiertos una vez cada 24 meses • Si tiene alto riesgo de sufrir cáncer de cuello uterino o de vagina o si usted se encuentra en edad fértil y obtuvo un resultado no normal de la prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses	No se aplica coseguro, copago ni deducible para Papanicolaou y tactos vaginales preventivos cubiertos por Medicare. <i>Puede que se requiera autorización previa.</i> <i>Se puede requerir una remisión del médico.</i>
Servicios quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Solo cubrimos manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación	Usted paga un copago de \$0 por consulta. <i>Puede que se requiera autorización previa.</i> <i>Se puede requerir una remisión del médico.</i>
Servicios quiroprácticos: atención de rutina* Hasta 30 visitas quiroprácticas de rutina por año. Estas 30 consultas se combinan con consultas de acupuntura de rutina.	Usted paga un copago de \$0. <i>Puede que se requiera autorización previa.</i> <i>Se puede requerir una remisión del médico.</i>
 Examen de detección de cáncer colorrectal Las pruebas de detección que se mencionan a continuación tienen cobertura:	No se aplica ningún coseguro, copago o deducible por un examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
• La colonoscopia no tiene una limitación de edad mínima o máxima y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen un alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible para pacientes que no tienen un alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia o enema de bario de detección. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no presentan un alto riesgo después de haberse sometido a una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario. • Análisis de detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • ADN de heces multiobjetivo para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores basados en sangre para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Enema de bario como alternativa a la colonoscopia para pacientes con alto riesgo y 24 meses desde el último enema de bario de detección o la última colonoscopia de detección. • Enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más que no tienen alto riesgo. Al menos una vez cada 48 meses después del último enema de bario de detección o sigmoidoscopia flexible. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal basada en heces no invasiva cubierta por Medicare arroje un resultado positivo.	Medicare, excluidos los enemas de bario, para los cuales se aplica un coseguro. Si su médico encuentra y elimina pólipos u otros tejidos durante la colonoscopia o sigmoidoscopia flexible, el examen de detección se convierte en un examen de diagnóstico y usted paga un copago de \$0. Usted paga un copago de \$0 por enemas de bario. <i>Puede que se requiera autorización previa.</i> <i>Se puede requerir una remisión del médico.</i>
Servicios dentales En general, los servicios dentales preventivos (como las limpiezas, los exámenes dentales de rutina y las	Usted paga un copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicare.

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Sin embargo, Medicare actualmente paga los servicios dentales en una cantidad limitada de circunstancias, específicamente cuando ese servicio es una parte integral del tratamiento específico de la condición médica primaria de un beneficiario. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, extracciones dentales realizadas para la preparación del tratamiento de radiación para el cáncer que involucra la mandíbula o exámenes orales anteriores a un trasplante de riñón. Además, cubrimos:	<i>Puede que se requiera autorización previa.</i> <i>Se puede requerir una remisión del médico.</i>
Servicios dentales preventivos (p. ej., examen oral, radiografías, limpiezas)	Usted paga un copago de \$0.
Servicios dentales integrales	
• Los Servicios No Rutinarios	Usted paga un copago de \$0 - \$300
• Servicios de diagnóstico	Usted paga un copago de \$0 a \$6.
• Servicios de restauración	Usted paga un copago de \$25 - \$400
• Endodoncia	Usted paga un copago de \$25 - \$720
• Periodoncia	Usted paga un copago de \$0 - \$780
• Extracciones	Usted paga un copago de \$0 - \$360
• Servicios de implantes, prostodoncia, otra cirugía bucal/maxilofacial, otros servicios	Usted paga un copago de \$0 - \$2,160
Los beneficios pueden estar sujetos a exclusiones y limitaciones según las pautas del código ADA.	<i>Puede que se requiera autorización previa.</i>
Para obtener más información sobre los beneficios, consulte la Evidencia de Cobertura dental.	<i>Se puede requerir una remisión del médico.</i>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
 Examen de detección de depresión Cubrimos un examen preventivo de depresión por año. El examen de detección debe hacerse en un entorno de atención médica primaria que provea tratamientos de seguimiento y/o remisiones.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para una consulta anual de examen de detección de depresión. <i>Puede que se requiera autorización previa.</i> <i>Se puede requerir una remisión del médico.</i>
 Prueba de detección de diabetes Cubrimos este examen de detección (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad, o antecedentes de azúcar alta en sangre (glucosa). Las pruebas también pueden cubrirse si usted reúne otros requisitos, como tener sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes. En función de los resultados de estas pruebas, usted puede ser elegible para hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare. <i>Puede que se requiera autorización previa.</i> <i>Se puede requerir una remisión del médico.</i>
 Servicios, suministros y capacitación para el autocontrol de la diabetes Para todos los pacientes diabéticos (usuarios y no usuarios de insulina). Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Suministros para monitorear su glucosa en sangre: monitores de glucosa en sangre, tiras reactivas de control de glucosa en sangre, dispositivos de lanceta y lancetas, y soluciones de control de glucosa para comprobar la precisión de las tiras reactivas y los monitores.	Usted paga un copago de \$0. <i>Puede que se requiera autorización previa.</i> Usted paga un copago de \$0.

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
• Para personas con diabetes que tengan una enfermedad grave de pie diabético: un par de zapatos terapéuticos moldeados personalizados por año calendario (incluidas las plantillas ortopédicas proporcionadas con estos) y dos pares de plantillas ortopédicas adicionales, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas ortopédicas (sin incluir las plantillas ortopédicas removibles no personalizadas proporcionadas con estos). La cobertura incluye la adaptación a medida. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta bajo ciertas condiciones. • Algunos suministros para la diabetes, incluidos los productos para el control de la glucosa en sangre, se limitan a marcas y fabricantes específicos. Los productos diabéticos preferidos son las marcas Abbott (Freestyle y Precision) y LifeScan (One Touch). Puede encontrar la lista actualizada de estos suministros para la diabetes en nuestro sitio web.	<i>Puede que se requiera autorización previa.</i> Usted paga un copago de \$0. <i>Puede que se requiera autorización previa.</i> <i>Se puede requerir una remisión del médico.</i>
Equipos médicos duraderos (DME) y suministros relacionados (Para obtener una definición de equipo médico duradero, consulte el Capítulo 10 así como el Capítulo 3, sección 7). Los artículos cubiertos incluyen, pero no se limitan a sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas hospitalarias ordenadas por un proveedor para su uso en casa, bombas de infusión IV, dispositivos de asistencia para el habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todos los DME médicamente necesarios cubiertos por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no tiene una marca o no trabaja con un fabricante en particular, puede solicitarle que haga un pedido especial para usted. La lista actualizada más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web en www.bndhmo.com.	Usted paga \$0 por artículos de \$100 o menos y 20% coseguro por artículos de más de \$100. La distribución de costos para la cobertura de los equipos de oxígeno de Medicare tiene un coseguro del 20% por mes. Su distribución de costos no cambiará después de estar inscrito durante 36 meses. <i>Puede que se requiera autorización previa.</i>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Atención médica de emergencia La atención de emergencia se refiere a los servicios que tienen las siguientes características: • Son proporcionados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia. • Son necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia. Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, considera que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y, en el caso de una mujer embarazada, la vida de su hijo por nacer), de una extremidad o de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor grave o una afección médica que empeora rápidamente. La distribución de costos para servicios de emergencia necesarios suministrados fuera de la red es la misma que para esos servicios suministrados dentro de la red. Cobertura de emergencia en todo el mundo* El plan cubre la atención de emergencia recibida en todo el mundo (en todo el mundo incluye la atención de emergencia recibida fuera de los Estados Unidos y sus territorios). Los servicios están cubiertos en todo el mundo y se rigen por las mismas condiciones de necesidad y pertinencia médicas que se aplicarían si los mismos servicios se proporcionaran dentro de los Estados Unidos y sus territorios. Si tiene una emergencia fuera de los EE. UU. y sus territorios, será responsable de pagar por adelantado los servicios prestados. Debe presentar un resumen de alta u otra documentación médica equivalente y un comprobante de pago en dólares estadounidenses en inglés para optar por el reembolso de Brand New Day Valor Care Plan (HMO) Revisaremos la documentación	Usted paga un copago de \$0 por visita si es admitido a la sala de emergencias dentro de las 72 horas de un alta previa de la sala de emergencias y un copago de \$120 por visita para todos los demás servicios de emergencia. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención para pacientes internados después de que su condición de emergencia se estabilice, usted debe regresar a un hospital de la red para que se siga cubriendo su atención O debe recibir su atención para pacientes internados en el hospital fuera de la red autorizado por el plan, y el costo que deberá pagar corresponderá a la distribución de costos que pagaría en un hospital de la red. Usted paga un copago de \$120 por visita para los servicios de emergencia en todo el mundo. Usted será responsable de pagar los servicios por adelantado y, luego, enviar una solicitud de reembolso. Existe un máximo anual de \$50,000 por año para servicios en todo el mundo,

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
para determinar la necesidad y pertinencia médicas antes de que se realice el reembolso. Es posible que no podamos reembolsar todos los gastos de bolsillo. Si la historia clínica no está en inglés, tendrá que proporcionar una traducción certificada. Si la factura de pago no figura en dólares estadounidenses, el reembolso se calculará con la tasa de cambio del momento en que se procese el cheque. Los pagos solo se cotizan en dólares estadounidenses. Las tarifas de la tasa de cambio monetario, los costos de traducción, el envío, el viaje de regreso a los EE. UU. y otras tarifas no médicas no son reembolsables.	incluidas las emergencias, los servicios urgentemente necesarios y los servicios de transporte de emergencia combinados.
 Programas educativos sobre salud y bienestar Beneficio de acondicionamiento físico* SilverSneakers® Membership SilverSneakers puede ayudarlo a vivir una vida más saludable y activa a través del acondicionamiento físico y la conexión social. Usted está cubierto para un beneficio de acondicionamiento físico a través de SilverSneakers en los centros participantes ¹. Tiene acceso a instructores que lideran clases de ejercicios grupales especialmente diseñadas ². En los centros ² participantes de todo el país ¹, puede tomar clases ² además de utilizar equipos para realizar ejercicios y otros servicios. Además, SilverSneakers FLEX® le brinda opciones para mantenerse activo fuera de los gimnasios tradicionales (por ejemplo, en centros de recreación, centros comerciales y parques). SilverSneakers también lo conecta a una red de apoyo y recursos virtuales a través de clases SilverSneakers LIVETM, videos SilverSneakers On-Demand™ y nuestra aplicación móvil, SilverSneakers GO™.	Usted paga un copago de \$0. <i>Puede que se requiera autorización previa.</i> <i>Se puede requerir una remisión del médico.</i>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Además, tiene acceso a GetSetUp³, con miles de clases en línea en vivo para fomentar sus intereses en temas como la cocina, la tecnología y el arte. Todo lo que necesita para comenzar es su número de identificación personal de SilverSneakers®. Visite SilverSneakers.com para obtener más información sobre su beneficio o llame al 1-888-423-4632 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 5 a. m. a 5 p. m., hora del pacífico. Hable con su médico antes de comenzar un programa de ejercicios. ¹ Los centros participantes ("PL") no son propiedad ni están administrados por Tivity Health, Inc. o sus filiales. El uso de las instalaciones y los servicios del PL se limita a los términos y condiciones de la membresía básica del PL. Las instalaciones y los servicios varían según el PL. ² La membresía incluye clases de acondicionamiento físico grupales dirigidas por un instructor de SilverSneakers. Algunos centros ofrecen clases adicionales para los miembros. Las clases varían según el centro. ³ GetSetUp es un proveedor de servicios de terceros y no es propiedad ni está administrado por Tivity Health, Inc. ("Tivity") o sus afiliados. Los usuarios deben tener servicio de Internet para acceder al servicio GetSetUp. Los cargos del servicio de Internet son responsabilidad del usuario. Es posible que se apliquen cargos por el acceso a ciertas clases o funciones de GetSetUp. Educación para la salud* Las clases de educación para la salud se ofrecen en entornos grupales y en capacitaciones de forma individual para las personas confinadas en el hogar. También se proporcionan materiales de educación para la salud, junto con el acceso a un sitio web con entrenamiento telefónico en vivo, intervenciones en tiempo real, comentarios y establecimiento de objetivos.	Usted paga un copago de \$0. <i>Puede que se requiera autorización previa.</i> <i>Se puede requerir una remisión del médico.</i>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios de audición Las evaluaciones diagnósticas de audición y equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención ambulatoria cuando son realizadas por un médico, un audiólogo u otro proveedor aprobado. Aparatos auditivos* Además de los beneficios cubiertos por Medicare, también cubrimos los siguientes beneficios: • Exámenes de audición de rutina *: un examen por año. • Evaluaciones de ajuste de audífonos *: una evaluación de ajuste por año • Audífonos *: hasta dos audífonos cada 3 años Nuestro plan ha celebrado un contrato con proveedores autorizados para prestar sus servicios de audición no cubiertos por Medicare. Debe obtener sus audífonos a través de proveedores autorizados. Comuníquese con Servicios para Miembros si desea obtener ayuda para acceder a este beneficio (los números de teléfono están impresos en el reverso de este documento).	Usted paga un copago de \$0 por cada examen de audición de diagnóstico cubierto por Medicare. Usted paga un copago de \$0 por hasta un examen de audición de rutina al año. Usted paga un copago de \$0 por hasta una visita de ajuste o evaluación de audífonos cada año. Usted paga \$149 por cada audífono para los Audífonos Básicos. <i>Puede que se requiera autorización previa.</i>
 Examen de detección de VIH Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que tienen mayor riesgo de una infección por VIH, cubrimos lo siguiente: • Un examen de detección cada 12 meses. Para mujeres que están embarazadas cubrimos: • Hasta tres exámenes de detección durante el embarazo.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para el examen de detección preventivo del VIH cubierto por Medicare. <i>Puede que se requiera autorización previa.</i> <i>Se puede requerir una remisión del médico.</i>
Comidas entregadas en la vivienda* Para calificar para este beneficio, debe tener un diagnóstico de diabetes, insuficiencia cardíaca crónica,	Usted paga un copago de \$0.

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
trastorno cardiovascular (limitados a arritmias cardíacas, arteriopatía coronaria, enfermedad vascular periférica y trastorno tromboembólico venoso crónico), demencia o trastorno pulmonar crónico. • Recibe en su casa comidas congeladas listas para calentar y comer. • Recibirá 15 comidas una vez a la semana. • Puedes usar este beneficio de comidas cada semana durante 6 semanas. • Tendrá acceso a la Conserjería Personal durante todo el año calendario. Comidas adicionales • Obtenga comidas adicionales a un precio conveniente cuando pida un mínimo de 10 comidas por semana. • Puede utilizar este beneficio hasta 3 veces en un año calendario para un total de 30 comidas. • Puede utilizar este beneficio hasta un total de 30 comidas en un año calendario. Para comenzar: • Llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento).	<i>Puede que se requiera autorización previa.</i> Usted paga \$5 por comida adicional
Atención de una agencia de atención médica domiciliaria Antes de recibir servicios de atención médica domiciliaria, un médico debe certificar que usted necesita dichos servicios y deberá ordenar tales servicios a una agencia de atención médica a domicilio. Debe estar confinado en casa, lo cual significa que salir de su casa representa un esfuerzo mayor. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:	Usted paga un copago de \$0 por consulta. <i>Puede que se requiera autorización previa.</i> <i>Se puede requerir una remisión del médico.</i>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
• Servicios de auxiliar de atención médica domiciliaria y de enfermeras de tiempo parcial o intermitente. (Para estar cubiertos por el beneficio de atención médica domiciliaria, los servicios de enfermería especializada y de auxiliar de atención médica domiciliaria combinados deben ser inferiores a 8 horas por día y 35 horas por semana) • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipos y suministros médicos	
Terapia de infusiones en el hogar El tratamiento de infusiones en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o compuestos biológicos a un individuo en el hogar. Los componentes necesarios para realizar las infusiones en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, tubos y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con el plan de atención • El entrenamiento y capacitación del paciente no están cubiertos por el beneficio de equipo médico duradero • Monitoreo remoto • Servicios de monitoreo para la prestación de terapia de infusión en el hogar y medicamentos para la infusión en el hogar que se hayan proporcionado mediante un proveedor calificado de terapia de infusión en el hogar	Usted paga un coseguro del 20% por consulta. <i>Puede que se requiera autorización previa.</i>
Cuidados paliativos Usted es elegible para recibir los beneficios del centro de cuidado paliativo cuando su médico y el director médico del centro de cuidado paliativo le han dado un pronóstico terminal que certifica que tiene una	Cuando se inscribe en un programa de un centro para pacientes terminales certificado por Medicare, Original Medicare paga por

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
enfermedad terminal y 6 meses de vida o menos si la enfermedad sigue su curso normal. Puede recibir cuidados de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Su plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de centros de atención para pacientes terminales certificados por Medicare en el área de servicios del plan, incluidos aquellos que la organización de MA posee o controla o en los cuales tiene un derecho patrimonial. Su médico del centro para pacientes terminales puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Medicamentos para el control de síntomas y el alivio de dolor • Servicios de cuidado de respiro a corto plazo • Atención a domicilio Cuando es admitido a un centro de atención para pacientes terminales, tiene derecho a permanecer en su plan; si decide permanecer en su plan, debe continuar pagando las primas del plan. <u>Para servicios de atención para pacientes terminales y para servicios que la Part A o la Part B de Medicare cubren y que están relacionados con su pronóstico terminal:</u> Original Medicare (en lugar de nuestro plan) le pagará a su proveedor por sus servicios de atención para pacientes terminales y los servicios de la Part A y Part B relacionados con su pronóstico terminal. Mientras se encuentre en el programa de cuidado paliativo, su proveedor de cuidado paliativo facturará a Original Medicare los servicios pagados por Original Medicare. Se le facturará la distribución de costos de Original Medicare. <u>Para servicios que están cubiertos por la Part A o Part B de Medicare y que no están relacionados con su diagnóstico terminal:</u> Si necesita servicios que no son de emergencia o no son servicios urgentemente necesarios que están cubiertos por la Part A o Part B de Medicare y que no están relacionados con su	sus servicios de atención para pacientes terminales y servicios de la Part A y la Part B relacionados con su pronóstico terminal, no Brand New Day Valor Care Plan (HMO). Las consultas de atención para pacientes terminales se incluyen en la atención hospitalaria para pacientes internados. Es posible que se aplique distribución de costos del servicio médico para las consultas ambulatorias.

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<u>diagnóstico terminal</u>, su costo por estos servicios depende de si utiliza un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las reglas del plan (por ejemplo, si hay un requisito para obtener autorización previa). • Si recibe servicios cubiertos por un proveedor de la red y sigue las reglas del plan para obtener servicios, solamente paga el monto de distribución de costos del plan para servicios dentro de la red • Si usted recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, paga la distribución de costos del Cargo por Servicio de Medicare (Original Medicare). <u>Para los servicios que están cubiertos por Brand New Day Valor Care Plan (HMO) pero que no están cubiertos por la Part A o la Part B de Medicare:</u> Brand New Day Valor Care Plan (HMO) continuará cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no están cubiertos por la Part A o la Part B, independientemente de que estén relacionados o no con su pronóstico terminal. Usted paga el monto de la distribución de costos de su plan por estos servicios. Nota: Si usted necesita atención que no sea para pacientes terminales (no relacionada con su pronóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para gestionar los servicios. Nuestro plan cubre servicios de consulta de cuidados paliativos (solo por una vez) para los enfermos terminales que no hayan elegido el beneficio de cuidados paliativos.	
 Vacunas Los servicios cubiertos de Medicare Part B incluyen los siguientes: • Vacuna contra la neumonía • Vacunas contra la gripe, una vez cada temporada de gripe en otoño e invierno, con vacunas contra la gripe adicionales si son médicamente necesarias	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, gripe, Hepatitis B y COVID-19. <i>Puede que se requiera autorización previa.</i> <i>Se puede requerir una remisión del médico.</i>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
• Vacuna contra la Hepatitis B para pacientes de riesgo alto o intermedio de contraer Hepatitis B • Vacuna contra la COVID-19 • Otras vacunas, si corre riesgo y estas responden a las normas de cobertura de Medicare Part B	
Atención en hospital para pacientes internados Incluye, entre otros, servicios hospitalarios para pacientes internados por afecciones agudas, rehabilitación y atención a largo plazo. La atención en un hospital para pacientes internados comienza el día en que se lo admite formalmente en el hospital con la orden de un médico. El día anterior a su alta es su último día como paciente internado. Nuestro plan cubre 90 días para una internación en hospital. Nuestro plan también cubre 60 "días de reserva de por vida". Se trata de días "extra" que cubrimos. Si su internación en el hospital supera los 90 días, puede utilizar estos días adicionales. Pero una vez que haya utilizado estos 60 días adicionales, su cobertura de internación en el hospital se limitará a 90 días. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería de rutina • Costos de unidades de cuidados especiales (como las unidades de cuidados intensivos o coronarios) • Fármacos y medicamentos • Pruebas de laboratorio • Radiografías y otros servicios de radiología • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios • Uso de aparatos, como sillas de ruedas • Costo de salas de operación y recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje • Servicios para pacientes internados por abuso de sustancias	Deducible de \$1,632 Copago de \$0 por día para los días del 1 al 60 \$408 de copago por día para los días del 61 al 90 Usted paga un copago de \$816 por día de reserva de por vida. <i>Puede que se requiera autorización previa.</i> <i>Se puede requerir una remisión del médico.</i> No se aplican períodos de beneficios hospitalarios de Medicare. (Consulte la definición de períodos de beneficios en el capítulo titulado Definiciones de palabras importantes). En el caso de la atención hospitalaria para pacientes internados, la distribución de costos descrita anteriormente se aplica cada vez que es admitido en el hospital. Una transferencia a un tipo de centro independiente (como un Hospital de Rehabilitación para Pacientes Internados o a otro Hospital de Atención

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
• En ciertas condiciones, se cubren los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón-pancreático, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinal/multivisceral. Si necesita un trasplante, someteremos su caso a revisión por un centro de trasplantes aprobado por Medicare que determinará si usted es candidato para dicho procedimiento. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o externos al área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red están fuera del patrón de atención de la comunidad, puede elegir ir a una ubicación local siempre que los proveedores de trasplantes locales acepten la tarifa de Original Medicare. Si Brand New Day Valor Care Plan (HMO) provee servicios de trasplante en un lugar fuera de los patrones de atención para trasplantes en su comunidad y usted opta por recibir trasplantes en este lugar distante, coordinaremos o pagaremos los gastos correspondientes de alojamiento y transporte para usted y un acompañante. • Sangre (incluidas la conservación y administración). Todos los componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada • Servicios de médicos Nota: Para que usted pueda ser internado como paciente, su proveedor debe escribir una orden de admisión formal como paciente internado del hospital. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se lo considere un <i>paciente ambulatorio</i>. Si no está seguro de su estatus, ya sea como paciente internado o ambulatorio, consulte al personal del hospital. Puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare titulada <i>¿Es Usted un Paciente Internado o Ambulatorio del Hospital? Si tiene Medicare, ¡pregunte!</i> Esta hoja de datos está disponible en el sitio web en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf, o bien puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).	a Largo Plazo) se considera una nueva admisión. Si recibe atención autorizada para pacientes internados en un hospital fuera de la red después de que se establezca su situación de emergencia, su costo es la distribución de costos más alta que pagaría en un hospital de la red.

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números gratuitos las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	
Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención mental que requieren internación en hospital. • Se aplica un límite de 190 días de por vida para internaciones en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no aplica a los servicios de salud mental para pacientes internados proporcionados en una unidad psiquiátrica de un hospital general. • Nuestro plan cubre 90 días para una internación en hospital. • Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva de por vida”. Se trata de días “extra” que cubrimos por día por los días 1 al 60. Si su internación en el hospital supera los 90 días, puede utilizar estos días adicionales. Sin embargo, una vez que haya utilizado estos 60 días adicionales, su cobertura de internación en el hospital se limitará a 90 días.	Deducible de \$1,632 Copago de \$0 por día para los días del 1 al 60 \$408 de copago por día para los días del 61 al 90 Usted paga un copago de \$816 por día de reserva de por vida. Los períodos de beneficios hospitalarios de Medicare se utilizan para determinar la cantidad total de días cubiertos de atención de la salud mental para pacientes internados que se tienen en cuenta para el límite de por vida de 190 días. (Consulte la definición de períodos de beneficios en el capítulo titulado Definiciones de palabras importantes). Sin embargo, la distribución de costos descrita anteriormente se aplica cada vez que es admitido en el hospital, incluso si es admitido varias veces dentro de un período de beneficios. <i>Puede que se requiera autorización previa.</i> <i>Se puede requerir una remisión del médico.</i>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Internación en un hospital: servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una internación no cubierta Si se le han agotado sus beneficios para pacientes internados o si la estadía del paciente internado no es razonable ni necesaria, no cubriremos su estadía de paciente internado. No obstante, en algunos casos cubriremos algunos tipos de servicios que usted reciba mientras se encuentre en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios de médicos • Pruebas de diagnóstico (como pruebas de laboratorio) • Radiografías, radioterapia y terapia de isótopos, incluidos los materiales y los servicios de los técnicos • Apósitos quirúrgicos • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y luxaciones • Prótesis y aparatos ortopédicos (no dentales) que se utilizan para reemplazar un órgano interno del cuerpo (incluidos tejidos adyacentes) o parte de este, o la función de un órgano interno del cuerpo permanentemente inoperativo o que funciona en forma defectuosa o parte de esta; incluidos el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos • Aparatos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros y piernas, brazos y ojos artificiales, que incluye ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debido a roturas, desgaste, pérdida o cambio en la condición física del paciente • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional	Cuando su estadía ya no está cubierta, estos servicios se cubrirán según se describe en las siguientes secciones: Consulte a continuación los servicios de médicos y proveedores médicos, incluidas visitas al consultorio médico. Consulte a continuación la sección Suministros y servicios terapéuticos y pruebas de diagnóstico ambulatorias. Consulte a continuación la sección Dispositivos ortopédicos y suministros relacionados. Consulte a continuación la sección Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios.
 Terapia de nutrición médica Este beneficio es para pacientes diabéticos, con enfermedades renales (del riñón, pero que no realizan diálisis), o después de un trasplante renal cuando lo indique su médico.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para los servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare.

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento personalizado durante el primer año que reciba servicios de terapia de nutrición médica conforme a Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan de Medicare Advantage o de Original Medicare) y 2 horas cada año después de esto. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, tal vez pueda recibir más horas de tratamiento con la orden de un médico. Un médico debe recetarle estos servicios y renovar su orden cada año, si necesita continuar el tratamiento el próximo año natural.	<i>Puede que se requiera autorización previa.</i> <i>Se puede requerir una remisión del médico.</i>
 Programa de Prevención de Diabetes de Medicare (MDPP) Los servicios del MDPP estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare de todos los planes de salud de Medicare. El MDPP es una intervención estructurada de cambio de comportamiento que brinda capacitación práctica en cambios dietéticos a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar desafíos para mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP. <i>Puede que se requiera autorización previa.</i> <i>Se puede requerir una remisión del médico.</i>
Medicamentos recetados de Medicare Part B Estos medicamentos están cubiertos según la Part B de Original Medicare. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura por estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen los siguientes: • Medicamentos que normalmente no son autoadministrados por el paciente y son administrados por inyección o infusión mientras usted recibe servicios de médicos, hospitalarios ambulatorios o de centros de cirugía ambulatoria • Insulina suministrada a través de un artículo de equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria)	Usted paga un copago de \$35 por insulinas de la parte B. Usted paga un coseguro de 20% por los medicamentos de quimioterapia/radiación de la Part B, a menos que las normas de la Ley de Reducción de la Inflación (IRA, por sus siglas en inglés) lo limite. Usted paga un coseguro de 20% por otros medicamentos de la Part B, a menos que las

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
• Otros medicamentos administrados por medio de equipo médico duradero (como nebulizadores) autorizados por el plan • Factores de coagulación que usted se autoadministra por inyección, si tiene hemofilia • Medicamentos Inmunosupresores, si usted estaba inscrito en la Part A de Medicare en el momento del trasplante de órgano • Medicamentos inyectables contra la osteoporosis, si usted está confinado en casa, ha sufrido una fractura ósea que un médico certifica que se relaciona con osteoporosis posmenopáusica y no se puede autoadministrar el medicamento • Antígenos • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y antieméticos • Ciertos medicamentos para diálisis en el domicilio, incluidos heparina, el antídoto para la heparina cuando sea necesario desde el punto de vista médico, anestésicos tópicos y estimulantes de la eritropoyesis (como Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa) • Inmunoglobulina endovenosa para el tratamiento en el domicilio de enfermedades de inmunodeficiencia primaria También cubrimos algunas vacunas por medio de nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Part B.	normas de la Ley de Reducción de la Inflación (IRA) lo limite. Es posible que sus costos sean más bajos si se limitan por las reglas de CMS. Algunos medicamentos pueden estar sujetos a terapia escalonada. <i>Puede que se requiera autorización previa.</i>
Línea directa de enfermería* Línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas del día, los 7 días de la semana, atendida por enfermeros certificados. Los enfermeros clasificarán las afecciones y ayudarán a los miembros a determinar los próximos pasos para resolver sus inquietudes médicas. Si corresponde y según sea necesario, el personal de enfermería hablará con proveedores calificados.	Usted paga un copago de \$0 <i>Puede que se requiera autorización previa.</i> <i>Se puede requerir una remisión del médico.</i>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
 Examen de detección de obesidad y tratamiento para promover un adelgazamiento constante Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos servicios de asesoramiento intensivo para ayudarlo a bajar de peso. Este asesoramiento está cubierto si se le brinda en un entorno de atención médica primaria, donde se puede coordinar con su plan de prevención integral. Hable con su médico de atención primaria o proveedor médico para averiguar más datos.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el examen de detección de obesidad y tratamiento preventivos. <i>Puede que se requiera autorización previa.</i> <i>Se puede requerir una remisión del médico.</i>
Servicios del programa de tratamiento con opioides Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (OUD) pueden recibir cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Programa de Tratamiento de Opioides (OTP), que incluye los siguientes servicios: • Medicamentos agonistas y antagonistas de los opiáceos para el tratamiento asistido con medicamentos (MAT) aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de EE. UU. • Dispensación y administración de medicamentos para MAT (si corresponde) • Asesoramiento sobre el uso de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas de toxicología • Actividades de ingesta • Evaluaciones periódicas	Usted paga un copago de \$0 por consulta. <i>Puede que se requiera autorización previa.</i> <i>Se puede requerir una remisión del médico.</i>
Suministros y servicios terapéuticos y pruebas de diagnóstico ambulatorias Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Radiografías • Radiación (radioterapia y terapia isotópica), incluidos materiales y servicios de técnicos • Suministros quirúrgicos, tales como apósitos	Usted paga un copago de \$0 por procedimientos y pruebas de diagnóstico <i>Puede que se requiera autorización previa.</i> <i>Se puede requerir una remisión del médico.</i>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
• Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y luxaciones • Análisis de laboratorio • Sangre (incluidas la conservación y administración). Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. • Otras pruebas de diagnóstico ambulatorias	Usted paga un copago de \$0 por estos servicios. <i>Puede que se requiera autorización previa.</i> <i>Se puede requerir una remisión del médico.</i> Usted paga un coseguro de 20% por servicios radiológicos terapéuticos <i>Puede que se requiera autorización previa.</i> <i>Se puede requerir una remisión del médico.</i> Usted paga un copago de \$0 por Ultrasonido, otras imágenes generales, exploraciones DEXA de diagnóstico y mamografías de diagnóstico. <i>Puede que se requiera autorización previa.</i> <i>Se puede requerir una remisión del médico.</i> Usted paga un copago de \$50 por MRI, CT y PET. <i>Puede que se requiera autorización previa.</i> <i>Se puede requerir una remisión del médico.</i> Usted paga un copago de \$0 por servicios de radiografías <i>Puede que se requiera autorización previa.</i>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
	<i>Se puede requerir una remisión del médico.</i>
Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios Los servicios de observación son servicios hospitalarios ambulatorios que se brindan para determinar si usted necesita ser admitido como paciente interno o si puede ser dado de alta. Para que se cubran los servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios, deben cumplir con los criterios de Medicare y ser considerados razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo si son provistos por orden de un médico u otra persona autorizada por una licencia estatal otorgada por ley y estatuto del personal del hospital para admitir a los pacientes en el hospital u ordenar pruebas para pacientes ambulatorios. Nota: A menos que el proveedor tenga una orden escrita para que sea admitido como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de distribución de costos de los servicios de hospital para pacientes ambulatorios. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se lo considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro de ser un paciente ambulatorio, consulte al personal del hospital. Puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare titulada <i>¿Es Usted un Paciente Internado o Ambulatorio del Hospital? Si tiene Medicare, ¡pregunte!</i> Esta hoja de datos está disponible en el sitio web en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf, o bien puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números gratuitos las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	Usted paga un coseguro de \$0 por colonoscopias de diagnóstico, exploraciones exámenes de densidad ósea (DEXA) en un entorno ambulatorio y un coseguro de 20% por todos los demás servicios <i>Puede que se requiera autorización previa.</i> <i>Se puede requerir una remisión del médico.</i>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios Cubrimos los servicios médicamente necesarios recibidos en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios en un departamento de emergencias o en una clínica para pacientes ambulatorios, tales como servicios de observación o cirugía ambulatoria • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital • Atención de salud mental, que incluye la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que se requeriría tratamiento de internación sin ella • Radiografías y otros servicios de radiología normalmente facturados por el hospital • Suministros médicos, como férulas y yesos • Determinados medicamentos y productos biológicos que usted no puede suministrarse a sí mismo Nota: A menos que el proveedor tenga una orden escrita para que sea admitido como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de distribución de costos de los servicios de hospital para pacientes ambulatorios. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se lo considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro de ser un paciente ambulatorio, consulte al personal del hospital. Puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare titulada <i>¿Es Usted un Paciente Internado o Ambulatorio del Hospital? Si tiene Medicare, ¡pregunte!</i> Esta hoja de datos está disponible en el sitio web en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf, o bien puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.	Usted paga un copago de \$0 por mamografías de diagnóstico, exámenes de densidad ósea (DEXA) y colonoscopias en un centro de cirugía ambulatoria y un coseguro de 20% un copago todos los demás servicios. <i>Puede que se requiera autorización previa.</i> <i>Se puede requerir una remisión del médico.</i>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Usted puede llamar a estos números gratuitos las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	
Atención médica mental ambulatoria Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Los servicios de salud mental provistos por un psiquiatra o médico matriculados, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, consejero profesional autorizado (LPC), terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT), enfermera especializada (NP), auxiliar médico (PA) u otro proveedor de atención médica mental calificado por Medicare según lo permitido por las leyes vigentes del estado.	
Servicios prestados por un psiquiatra	Usted paga un copago de \$0 por consulta para sesiones individuales con un psiquiatra. Usted paga un copago de \$0 por consulta para sesiones grupales con un psiquiatra. <i>Puede que se requiera autorización previa.</i> <i>Se puede requerir una remisión del médico.</i>
Servicios proporcionados por otros proveedores de atención de salud mental	Usted paga un copago de \$30 por consulta para sesiones individuales con otros proveedores de atención de la salud mental. Usted paga un copago de \$30 por consulta para sesiones grupales con otros proveedores de atención de la salud mental. <i>Puede que se requiera autorización previa.</i>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
	<i>Se puede requerir una remisión del médico.</i>
Servicios de rehabilitación ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: fisioterapia, terapia ocupacional, y terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación como paciente ambulatorio se proveen en diversos entornos ambulatorios, como departamentos hospitalarios para pacientes ambulatorios, consultorios de terapeutas independientes y los Centros de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF).	Usted paga un copago de \$10 por consulta para terapia física o terapia del habla y del lenguaje. <i>Puede que se requiera autorización previa.</i> <i>Se puede requerir una remisión del médico.</i> Usted paga un copago de \$10 por consulta para terapia ocupacional. <i>Puede que se requiera autorización previa.</i> <i>Se puede requerir una remisión del médico.</i>
Servicios ambulatorios por abuso de sustancias Usted cuenta con la cobertura de Original Medicare para el tratamiento por abuso de sustancias.	Usted paga un copago de \$0 por visita para sesiones individuales. Usted paga un copago de \$10 por visita para sesiones grupales. <i>Puede que se requiera autorización previa.</i> <i>Se puede requerir una remisión del médico.</i>
Cirugías ambulatorias, incluidos servicios provistos en centros hospitalarios ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios Nota: Si usted tiene una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar con su proveedor si será un paciente internado o ambulatorio. A menos que el proveedor haya escrito una orden para que sea admitido como paciente internado en el hospital, usted es un	Usted paga un copago de \$0 por mamografías de diagnóstico, exámenes de densidad ósea (DEXA) y colonoscopias en un centro de cirugía ambulatoria y un coseguro de 20% un copago todos los demás servicios.

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
paciente ambulatorio y paga los montos de distribución de costos de la cirugía para pacientes ambulatorios. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se lo considere un <i>paciente ambulatorio</i>.	<i>Puede que se requiera autorización previa.</i> <i>Se puede requerir una remisión del médico.</i> Usted paga un copago de \$0 por mamografías de diagnóstico, exploraciones DEXA y colonoscopias en un centro de cirugía ambulatoria. Usted paga un copago de \$100 por todos los demás servicios. <i>Puede que se requiera autorización previa.</i> <i>Se puede requerir una remisión del médico.</i>
Servicios de hospitalización parcial y servicios de cuidado intensivo para pacientes ambulatorios La <i>hospitalización parcial</i> es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo, provisto en un entorno de hospital para pacientes ambulatorios o en un centro de salud mental comunitario, que es más intenso que el cuidado recibido en el consultorio del médico o terapeuta y constituye una alternativa a la admisión en un hospital. El servicio de cuidado intensivo para pacientes ambulatorios es un programa estructurado de tratamiento terapéutico de salud conductual (mental) activo que se brinda en un departamento hospitalario para pacientes ambulatorios, un centro de salud mental comunitario, un centro de salud con calificación federal o una clínica de salud rural que tenga un nivel de cuidado más intensivo que aquel recibido en el consultorio de su médico o terapeuta, pero menos intensivo que la hospitalización parcial.	Usted paga un copago de \$85 por día. <i>Puede que se requiera autorización previa.</i> <i>Se puede requerir una remisión del médico.</i>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Sistema Personal de Respuesta ante Emergencias (PERS)* Tendrá acceso a un sistema avanzado de alerta médica. Su dispositivo PERS ayuda a adultos independientes a equilibrar la libertad y la seguridad mientras lo conecta con cualquier persona en su círculo de atención, incluidos médicos, enfermeras, familiares y amigos.	Usted paga \$0 por un dispositivo PERS móvil con GPS y detección de caídas, con monitoreo las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año <i>Puede que se requiera autorización previa.</i> <i>Se puede requerir una remisión del médico.</i>
Servicios de médicos y proveedores médicos, incluidas consultas al consultorio médico Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios de atención médica o quirúrgicos médicamente necesarios en un consultorio, un centro de cirugía ambulatoria certificado, un departamento hospitalario para pacientes ambulatorios o cualquier otro lugar • Consultas, diagnósticos y tratamientos con un especialista • Exámenes de audición y equilibrio básicos, realizados por su PCP o especialista, si su médico los solicita para saber si usted necesita tratamiento médico • Ciertos servicios de telesalud, incluidos: servicios de médico de cuidado primario, servicios de especialista médico, sesiones individuales para servicios especializados de salud mental, sesiones individuales para servicios psiquiátricos ◦ Tiene la opción de obtener estos servicios a través de una consulta en persona o por telesalud. Si decide recibir uno de estos servicios por telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca el servicio por telesalud. Puede acceder a los servicios de telesalud por teléfono, Internet o mediante una aplicación móvil.	Usted paga un copago de \$0 por cada visita al consultorio del PCP Usted paga un copago de \$10 por las visitas al consultorio del especialista <i>Puede que se requiera autorización previa.</i> <i>Se puede requerir una remisión del médico.</i> Usted paga un copago de \$0 por los servicios de Telesalud.

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
◦ Puede comunicarse con Teledoc al 1-800-TELADOC, visitar su sitio web en www.teledoc.com, o descargar su aplicación móvil desde las tiendas Apple o Google Play. Para configurar una cuenta en línea, vaya a www.teledoc.com y haga clic en "configurar cuenta". Para acceder al Play Store móvil y hacer clic en "activar cuenta". Una vez que su cuenta esté configurada, solicite una consulta en cualquier momento que necesite atención y hable con un médico por teléfono, por Internet o por medio de una aplicación móvil. • Algunos servicios de telesalud, incluidos la consulta, el diagnóstico y el tratamiento brindados por un médico o proveedor médico, están destinados para pacientes en determinadas zonas rurales u otros lugares aprobados por Medicare. • Servicios de telesalud para las consultas mensuales sobre la insuficiencia renal en etapa terminal de miembros con diálisis domiciliaria en centros de diálisis renal de hospitales, hospitales de acceso crítico, centros de diálisis renal o en el domicilio del miembro • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por uso de sustancias o trastorno de salud mental recurrente, independientemente de su ubicación • Servicios de telesalud para diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental si: ◦ Usted tiene una visita en persona dentro de los 6 meses anteriores a su primera visita de telesalud ◦ Usted tiene una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud ◦ Se pueden hacer excepciones a lo anterior en determinadas circunstancias	

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
• Servicios de telesalud para visitas de salud mental provistos por clínicas de salud rurales y centros de salud con calificación federal • Chequeos médicos virtuales (por ejemplo, por teléfono o videollamada) de 5 a 10 minutos de duración con su médico, <u>si se cumplen las siguientes condiciones:</u> ◦ No es un paciente nuevo, y ◦ el chequeo no está relacionado con una visita al consultorio que se haya realizado en los últimos 7 días y ◦ el chequeo no deriva en una visita al consultorio dentro de 24 horas o a la cita médica más próxima disponible. • Se realizará una evaluación del video y/o las imágenes que envíe a su doctor, se hará una interpretación de estas y se le realizará un seguimiento médico a las 24 horas <u>en los siguientes casos:</u> ◦ No es un paciente nuevo, y ◦ La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días y ◦ la evaluación no deriva en una visita al consultorio dentro de 24 horas o a la cita médica más próxima disponible. • Consultas que su médico tiene con otros médicos por teléfono, por internet o registros electrónicos de salud • Segunda opinión provista por otro proveedor de la red antes de la cirugía • Cuidado dental no rutinario (los servicios cubiertos están limitados a cirugías mandibulares o estructuras relacionadas, reducción de fracturas mandibulares o de huesos faciales, extracción de piezas dentarias para preparar la mandíbula para tratamientos con radiación de enfermedades neoplásicas malignas o servicios que se cubrirían al ser provistos por un médico)	

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios de podología Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolón calcáneo) • Cuidados del pie de rutina para miembros con ciertas afecciones médicas que afectan las extremidades inferiores	Usted paga un copago de \$0. <i>Puede que se requiera autorización previa.</i> <i>Se puede requerir una remisión del médico.</i>
 Exámenes de detección de cáncer de próstata Para hombres a partir de los 50 años de edad y en adelante, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente una vez cada 12 meses: • Tacto rectal • Examen de antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés)	Usted paga un copago de \$0 por consulta. <i>Puede que se requiera autorización previa.</i> <i>Se puede requerir una remisión del médico.</i> No se aplica coseguro, copago ni deducible para un examen de antígeno prostático específico. <i>Puede que se requiera autorización previa.</i> <i>Se puede requerir una remisión del médico.</i>
Dispositivos ortopédicos y suministros relacionados Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan todas o una parte o función corporal. Estos incluyen, entre otros: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con cuidados de colostomía, marcapasos, dispositivos ortopédicos, calzado ortopédico, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluyen ciertos suministros relacionados con los dispositivos ortopédicos y la reparación y/o el reemplazo de dispositivos ortopédicos. También incluyen cierto grado de cobertura después de una extirpación de cataratas o cirugía de cataratas; consulte Cuidado para	Usted paga un coseguro de de \$0 por artículos de \$100 o menos y un coseguro de 20% por artículos de más de \$100. <i>Puede que se requiera autorización previa.</i>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
la vista más adelante en esta sección si desea obtener más información.	
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que tengan una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) moderada a muy grave y una orden para rehabilitación pulmonar emitida por el médico tratante de la enfermedad respiratoria crónica.	Usted paga un copago de \$0 por consulta. <i>Puede que se requiera autorización previa.</i> <i>Se puede requerir una remisión del médico.</i>
 Examen de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol Cubrimos exámenes de detección por consumo inadecuado de alcohol para adultos con Medicare (incluso embarazadas) que consumen alcohol en forma inadecuada, pero no son alcohólicos. Si se confirma su abuso del alcohol, puede obtener hasta cuatro sesiones de asesoramiento personal breve por año (si es competente y presta atención durante la sesión) proporcionadas por un médico o profesional de atención primaria autorizado en un centro de atención primaria.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio de examen de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare. <i>Puede que se requiera autorización previa.</i> <i>Se puede requerir una remisión del médico.</i>
 Examen preventivo de cáncer de pulmón con tomografía computada de baja dosis (LDCT) Para las personas calificadas, una LDCT está cubierta cada 12 meses. Los miembros elegibles son: personas de 50 a 77 años de edad que no tienen signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de fumar tabaco de al menos 20 paquetes por año y que actualmente fuman y han dejado de fumar en los últimos 15 años, que reciben una orden escrita para LDCT durante un asesoramiento de examen de detección de cáncer de pulmón y una consulta de toma de decisión compartida que cumple con los criterios de Medicare para dichas	No hay coseguro, copago ni deducible para el asesoramiento y la consulta de toma de decisión compartida cubiertos por Medicare ni para la LDCT. <i>Puede que se requiera autorización previa.</i> <i>Se puede requerir una remisión del médico.</i>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
consultas y proporcionada por un médico o profesional no médico calificado. <i>Para las pruebas de detección del cáncer de pulmón con LDCT después de la prueba LDCT inicial:</i> el miembro debe recibir una orden escrita para la prueba de detección del cáncer de pulmón con LDCT que puede ser proporcionada durante cualquier consulta adecuada con un médico o con un especialista no médico calificado. Si un médico o profesional no médico calificado opta por proporcionar un asesoramiento de examen de detección de cáncer de pulmón y consulta de toma de decisión compartida para exámenes preventivos posteriores de cáncer de pulmón con LDCT, la consulta debe cumplir los criterios de Medicare para dichas consultas.	
 Examen de detección para infecciones de transmisión sexual (STI) y asesoramiento para prevenirlas Cubrimos exámenes de diagnósticos para enfermedades de transmisión sexual (STI) para clamidia, gonorrea, sífilis y Hepatitis B. Estos exámenes de diagnóstico están cubiertos para las mujeres embarazadas y para determinadas personas que tienen un riesgo más elevado de contraer una STI, cuando las pruebas son ordenadas por un proveedor de atención primaria. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en determinados momentos durante el embarazo. También cubrimos hasta dos sesiones individuales de asesoramiento conductual personal de alta intensidad de 20 a 30 minutos cada año, para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de contraer STI. Solamente cubrimos estas sesiones de asesoramiento como servicio médico preventivo si son provistas por un proveedor de atención primaria y se realizan en un entorno de atención médica primaria, por ejemplo, el consultorio de un médico.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio de examen de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento para beneficio preventivo de infecciones de transmisión sexual cubiertos por Medicare. <i>Puede que se requiera autorización previa.</i> <i>Se puede requerir una remisión del médico.</i>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios para el tratamiento de enfermedades renales Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios educativos sobre enfermedades renales para enseñar sobre el cuidado renal y ayudar a que los miembros tomen decisiones fundamentadas acerca de su atención. Para miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV, siempre que cuenten con una remisión, cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre enfermedades renales en toda la vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3, o cuando el proveedor de este servicio no esté disponible o no pueda acceder a él temporalmente) • Tratamientos de diálisis en pacientes hospitalizados (si se lo interna en un hospital para recibir cuidados especiales) • Capacitación para autodiálisis (incluye capacitación para usted y cualquier persona que lo ayude a realizar sus tratamientos de diálisis en su domicilio) • Equipos y suministros para diálisis en el domicilio • Ciertos servicios de apoyo en el hogar (tales como, cuando sea necesario, visitas de técnicos en diálisis capacitados para controlar la diálisis en el domicilio, para asistir en casos de emergencia y efectuar una revisión de su equipo de diálisis y suministro de agua) Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos conforme a sus beneficios de medicamentos de Medicare Part B. Para obtener información sobre la cobertura de medicamentos de la Part B, consulte la sección Medicamentos recetados de Medicare Part B.	Usted paga un coseguro de 20% por diálisis renal <i>Puede que se requiera autorización previa.</i> <i>Se puede requerir una remisión del médico.</i> Usted paga un copago de \$0 por la educación sobre la enfermedad renal <i>Puede que se requiera autorización previa.</i> <i>Se puede requerir una remisión del médico.</i>
Atención en centros de enfermería especializada (SNF)	Usted paga un copago de \$0 por día para los días 1 a 20 Copago de hasta \$204

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
(La definición de atención en centros de enfermería especializada se incluye en el Capítulo 10 de este documento. Los centros de enfermería especializada a veces se denominan SNF). Nuestro plan cubre una cantidad de 100 días en un centro de enfermería especializada (SNF). No es necesaria una hospitalización previa. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Los medicamentos que se deben administrar como parte de su plan de atención (esto incluye sustancias presentes de forma natural en el cuerpo, como factores de coagulación). • Sangre (incluidas la conservación y administración). Todos los componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada • Suministros médicos y quirúrgicos normalmente provistos por los SNF • Pruebas de laboratorio normalmente provistas por los SNF • Radiografías y otros servicios de radiología normalmente provistos por los SNF • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, normalmente provistos por los SNF • Servicios de médicos/proveedores médicos En general, recibirá atención de SNF en los centros que forman parte de la red. Sin embargo, en determinadas circunstancias que se detallan a continuación, es posible que deba pagar la distribución de costos que se paga dentro de la red, si el centro no es proveedor de la red y si el centro acepta los montos de pago de nuestro plan.	por día para los días del 21 al 100 Usted paga el 100% del costo total por los días 101 en adelante Por cada internación en un SNF cubierta por Medicare, deberá pagar la distribución de costos correspondiente, a partir del día 1 cada vez que sea admitido. Los copagos para los beneficios del centro de enfermería especializada (SNF) se basan en períodos de beneficios. Un período de beneficios comienza el día en que usted es admitido como paciente internado y finaliza cuando se le da el alta del SNF. Si ingresa al hospital o SNF una vez finalizado un período de beneficios, comenzará uno nuevo. Por cada internación en un SNF, debe pagar la distribución de costos correspondiente, a partir del día 1 cada vez que sea admitido. No hay un límite en la cantidad de períodos de beneficios. <i>Puede que se requiera autorización previa.</i> <i>Se puede requerir una remisión del médico.</i>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
- Una casa de reposo o una comunidad de jubilación de cuidado continuo donde usted vivía justo antes de ingresar al hospital (siempre que se provea la atención de un centro de enfermería especializada) - Un SNF donde su esposo(a) o pareja de hecho vive en el momento en que usted recibe el alta médica del hospital.	
 Dejar de fumar y de consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco) <u>Si consume tabaco, pero no tiene señales o síntomas de enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco:</u> cubrimos dos intentos de asesoramiento para dejar de fumar en un período de 12 meses, sin cargo, como servicio preventivo. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro consultas personales. <u>Si consume tabaco y le diagnosticaron una enfermedad relacionada con el consumo de tabaco o toma medicamentos cuyo efecto pueda verse afectado por el tabaco:</u> cubrimos servicios de asesoramiento para dejar de fumar. Cubrimos dos intentos de asesoramiento para dejar de fumar en un período de 12 meses; sin embargo, usted pagará la distribución de costos correspondiente como paciente internado o paciente ambulatorio. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro consultas personales.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y consumir tabaco cubiertos por Medicare. <i>Puede que se requiera autorización previa.</i> <i>Se puede requerir una remisión del médico.</i>
Terapia de Ejercicio Supervisada (SET) La SET está cubierta para los miembros que tienen la enfermedad arterial periférica sintomática (PAD) 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 con los requisitos para el programa SET. El programa SET debe:	Usted paga un copago de \$0 por consulta. <i>Puede que se requiera autorización previa.</i> <i>Se puede requerir una remisión del médico.</i>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
• Consistir en sesiones de 30 a 60 minutos de duración, que comprenden un programa terapéutico de entrenamiento con ejercicios para la PAD en pacientes con claudicación • Llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un médico • Estar a cargo de personal auxiliar calificado necesario para asegurar que los beneficios excedan los daños, y que estén capacitados en terapia de ejercicio para PAD • Estar bajo la supervisión directa de un médico, un asistente médico, o una enfermera clínica/enfermera practicante que deben estar entrenados en técnicas de auxilio vital básicas y avanzadas SET puede tener cobertura de hasta más de 36 sesiones en un período de más de 12 semanas para un adicional de 36 sesiones en un período extendido de tiempo si el proveedor de atención de la salud lo considera médicamente necesario.	
Transporte (rutina adicional)* Usted recibe 12 viajes de transporte de ida o vuelta que no son de emergencia a través de proveedores de transporte contratados a lugares aprobados por el plan para recibir servicios de atención médica de proveedores de la red. Hay un límite de 50 millas por viaje. Los modos de transporte disponibles incluyen servicios de taxi, camioneta, transporte médico o transporte compartido. El transporte debe programarse al menos 2 días hábiles antes de la cita programada para garantizar la disponibilidad. Comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento). Para programar una cita. Los Servicios para Miembros deben recibir las cancelaciones al menos 24 horas antes del horario de recogida para que no se descuenten de su beneficio de transporte.	Usted paga un copago de \$0. <i>Puede que se requiera autorización previa.</i>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios urgentemente necesarios Los servicios urgentemente necesarios se proporcionan para tratar enfermedades, lesiones o condiciones médicas imprevistas que no son de emergencia y requieren atención médica inmediata, sin perjuicio de que, que dadas sus circunstancias, no es posible, o no es razonable, obtener servicios de proveedores de la red. Si no es razonable dadas sus circunstancias obtener de inmediato la atención médica de un proveedor de la red, entonces su plan cubrirá los servicios urgentemente necesarios de un proveedor fuera de la red. Los servicios deben ser inmediata y médicamente necesarios. Ejemplos de servicios urgentemente necesarios que el plan debe cubrir fuera de la red si: usted está temporalmente fuera del área de servicios del plan y requiere servicios inmediatos médicamente necesarios para una afección imprevista, pero no es una emergencia médica; o no es razonable dadas sus circunstancias obtener inmediatamente la atención médica de un proveedor de la red. Los costos compartidos para servicios requeridos urgentemente necesarios prestados fuera de la red son los mismos que para dichos servicios prestados dentro de la red. Servicios urgentemente necesarios: cobertura mundial* Los servicios están cubiertos en todo el mundo y se rigen por las mismas condiciones de necesidad y pertinencia médicas que se aplicarían si los mismos servicios se proporcionaran dentro de los Estados Unidos y sus territorios. Si tiene una emergencia fuera de los EE. UU. y sus territorios, será responsable de pagar por adelantado los servicios prestados. Debe presentar un resumen de alta u otra documentación médica equivalente y un comprobante de pago en dólares estadounidenses en inglés para optar por el reembolso de Brand New Day Valor Care Plan (HMO) Revisaremos la documentación para determinar la necesidad y pertinencia médicas	Usted paga un copago de \$0 por consulta. Usted paga un copago de \$120 por consulta por servicios urgentemente necesarios a nivel mundial. Usted será responsable de pagar los servicios por adelantado y, luego, enviar una solicitud de reembolso. Existe un máximo anual de \$50,000 por año para servicios en todo el mundo, incluidas las emergencias, los servicios urgentemente necesarios y los servicios de transporte de emergencia combinados.

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
antes de que se realice el reembolso. Es posible que no podamos reembolsar todos los gastos de bolsillo. Si la historia clínica no está en inglés, tendrá que proporcionar una traducción certificada. Si la factura de pago no figura en dólares estadounidenses, el reembolso se calculará con la tasa de cambio del momento en que se procese el cheque. Los pagos solo se cotizan en dólares estadounidenses. Las tarifas de la tasa de cambio monetario, los costos de traducción, el envío, el viaje de regreso a los EE. UU. y otras tarifas no médicas no son reembolsables.	
 Cuidado para la vista Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios de médico ambulatorios para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de la vista rutinarios (refracciones oculares) para anteojos/ lentes de contacto. • Para las personas con alto riesgo de glaucoma, el plan cubre un examen de detección de glaucoma cada año. Para personas con alto riesgo de glaucoma incluyen: pacientes con antecedentes familiares de glaucoma, diabéticos y pacientes afroamericanos que tienen 50 años o más, e hispanoamericanos de 65 años o más. • Para las personas con diabetes, el examen de detección de retinopatía diabética está cubierto una vez por año.	Usted paga \$0 de copago por consulta por exámenes oculares cubiertos por Medicare, exámenes de glaucoma cubiertos por Medicare y exámenes de retinopatía diabética cubiertos por Medicare. <i>Puede que se requiera autorización previa.</i> <i>Se puede requerir una remisión del médico.</i> Usted paga un copago de \$0 por consulta. Usted paga \$0 de copago por un par de anteojos o

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
- Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluye la colocación de lentes intraoculares. (Si se le deben practicar dos cirugías de cataratas por separado, no puede conservar el beneficio después de la primera cirugía ni comprar dos pares de anteojos después de la segunda cirugía). Examen ocular de rutina* Imágenes retinianas* Exámenes oculares de rutina proporcionados por proveedores seleccionados. Revise el Directorio de Proveedores para encontrar un proveedor de cuidado para la vista. - Asignación para anteojos o lentes de contacto de un proveedor de la red hasta \$150 por año. Usted será responsable de todo monto que supere la asignación.	lentes de contacto cubiertos por Medicare después de la cirugía de cataratas. Usted paga un copago de \$0 por un examen ocular de rutina. Limitado a 1 visitas cada año. Usted paga \$0 de copago por imágenes de la retina. Limitado a 1 visita cada año.
 Consulta preventiva de Bienvenido a Medicare El plan cubre una consulta preventiva de Bienvenida a Medicare por única vez. La visita incluye una revisión de su salud, así como educación y asesoramiento sobre los servicios médicos preventivos que necesita (incluidos ciertos exámenes de detección y vacunas), y remisiones para otro tipo de atención, si es necesario. Importante: cubrimos la visita preventiva Bienvenido a Medicare solo dentro de los primeros 12 meses que usted tiene Part B de Medicare. Cuando haga su cita, informe a la oficina de su médico de que le gustaría programar su visita preventiva Bienvenida a Medicare.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva de Bienvenida a Medicare. <i>Puede que se requiera autorización previa.</i> <i>Se puede requerir una remisión del médico.</i> Usted paga un copago de \$0 por consulta. <i>Puede que se requiera autorización previa.</i>

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

Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones)

En esta sección, se describen los beneficios *excluidos* de la cobertura de Medicare y que, por lo tanto, este plan no cubre.

En el siguiente gráfico, se describen los servicios y suministros que no están cubiertos bajo ningún concepto y que están cubiertos solamente en ciertas situaciones.

Si obtiene servicios que están excluidos (no cubiertos), debe pagarlos usted mismo, excepto en las condiciones específicas que se indican a continuación. Incluso cuando reciba los servicios excluidos en un centro de atención de emergencia, estos no estarán cubiertos y nuestro plan no pagará por ellos. La única excepción es si el servicio se apela y se decide tras la apelación que se trata de un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto por su situación en particular. (Para obtener información sobre cómo apelar nuestra decisión de no cubrir un servicio médico, consulte el Capítulo 7, Sección 5.3, de este documento).

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna condición	Cubierto solo en condiciones específicas
Cirugías o procedimientos cosméticos		- Cubiertos en caso de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro corporal deforme. - Cubiertos para todas las etapas de reconstrucción para las mamas después de una mastectomía, incluso en la mama no afectada para lograr una apariencia simétrica.
Cuidado de custodia. El cuidado de custodia es la atención personal que no requiere la atención constante de personal médico o paramédico capacitado, por ejemplo, cuidados que ayudan al paciente con actividades de	No cubiertos en ninguna condición	

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna condición	Cubierto solo en condiciones específicas
la vida cotidiana, tales como bañarse o vestirse.		
Procedimientos, equipos y medicamentos quirúrgicos y médicos experimentales. Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos que generalmente no son aceptados por la comunidad médica según Original Medicare.		Pueden estar cubiertos por Original Medicare dentro de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. (Consulte el Capítulo 3, Sección 5 para obtener más información sobre estudios de investigación clínica).
Los honorarios por atención cobrados por sus familiares directos o personas que viven en su casa.	No cubiertos en ninguna condición	
Honorarios de Socorristas	No cubiertos en ninguna condición	
Atención de enfermería de tiempo completo en su domicilio.	No cubiertos en ninguna condición	
Comidas entregadas en la vivienda		Consulte la tabla de beneficios médicos para obtener una descripción del beneficio de comidas a domicilio.
Los servicios domésticos incluyen ayuda con las tareas domésticas básicas, incluidas la limpieza ligera o la preparación de comidas básicas.	No cubiertos en ninguna condición	
Servicios de naturopatía (uso de tratamientos naturales o alternativos).	No cubiertos en ninguna condición	

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna condición	Cubierto solo en condiciones específicas
Calzado ortopédico o dispositivos de apoyo para los pies		Calzado que forma parte de un aparato ortopédico para la pierna y está incluido en el costo del aparato. Calzado ortopédico o terapéutico para personas con pie diabético.
Elementos de uso personal en su habitación de hospital o centro de enfermería especializada, como un teléfono o televisión.	No cubiertos en ninguna condición	
Sala privada en un hospital		Solo cubierto cuando es médicamente necesario.
Anulación de procedimientos de esterilización y/o dispositivos anticonceptivos no recetados.	No cubiertos en ninguna condición	
La queratotomía radial, la cirugía LASIK y otros dispositivos para la visión deficiente no están cubiertos según el beneficio suplementario de la visión del plan.	No cubiertos en ninguna condición	
Cuidado de los pies de rutina		Cierta cobertura limitada suministrada de conformidad con las pautas de Medicare, (p. ej., en caso de diabetes).
Servicios considerados no razonables y necesarios, de acuerdo con los estándares de Original Medicare	No cubiertos en ninguna condición	

CAPÍTULO 5:

*Solicitar que paguemos nuestra
parte de una factura que usted ha
recibido por servicios médicos
cubiertos*

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos el pago de nuestra parte del costo de sus servicios cubiertos

En algunas ocasiones, cuando reciba atención médica, deberá pagar el costo total. En otras oportunidades, usted puede descubrir que ha pagado más de lo que esperaba bajo las reglas de cobertura del plan o puede recibir una factura de un proveedor. En cualquiera de los casos, puede pedir a nuestro plan que le reintegre (devolverle el dinero se llama con frecuencia *reembolsarle*). Usted tiene derecho a que nuestro plan le haga un reembolso, siempre que haya pagado más que la parte que le corresponde por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan. Puede haber plazos que debe cumplir para recibir un reembolso. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

También puede haber ocasiones en las que reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que recibió o posiblemente por más de su parte de la distribución de costos, como se explica en el documento. Primero intente resolver la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla. Veremos la factura y decidiremos si los servicios deben ser cubiertos. Si decidimos que deberían estar cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente. Si decidimos no pagarla, notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más de la distribución de costos permitida por el plan. Si este proveedor tiene contrato, usted aún tiene derecho a recibir tratamiento.

A continuación, enumeramos ejemplos de situaciones en las que usted puede solicitar un reintegro de nuestro plan o que paguemos una factura que usted recibió:

1. Cuando recibe atención médica de emergencia o atención médica requerida urgentemente de un proveedor fuera de la red de nuestro plan

Fuera del área de servicios, puede recibir servicios urgentemente necesarios o de emergencia de cualquier proveedor, ya sea que el proveedor pertenezca o no a nuestra red.

- Usted solo es responsable de pagar su parte del costo de los servicios urgentemente necesarios o de emergencia. Los proveedores de emergencia están legalmente obligados a proporcionar atención de emergencia. Si usted paga la totalidad del monto cuando recibe la atención, solicite que le devolvamos la parte del costo que nos corresponde pagar. Envíenos la factura, junto con todos los comprobantes de pago que haya efectuado.
- A veces usted puede recibir una factura de un proveedor que solicita un pago que usted considera que no adeuda. Envíenos esta factura, junto con los comprobantes de pago que haya efectuado.
 - Si al proveedor se le debe un pago, lo realizaremos directamente al proveedor.
 - Si usted ya ha pagado más de su parte por el costo del servicio, determinaremos cuál es la parte que le corresponde a usted y le reintegraremos la parte del costo que nos corresponde a nosotros.

Capítulo 5. Solicitar que paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos cubiertos

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 enviar la factura directamente al plan y solo cobrarle a usted la parte del costo que le corresponde. Pero a veces cometen errores y le solicitan a usted pagar más que su parte.

- Usted únicamente tiene que pagar su monto de distribución de costos cuando se le brindan servicios cubiertos. No permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales por separado, denominados *facturación de saldos*. Esta protección (por la cual nunca paga más de su monto de distribución de costos) se aplica incluso si pagamos al proveedor menos de lo que este cobra por un servicio e incluso si existe una controversia y no pagamos ciertos cargos del proveedor.
- Cuando recibe una factura de un proveedor de la red que considera que es por un monto mayor que el que le corresponde pagar, envíenos la factura. Nosotros nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya ha pagado la factura a un proveedor de la red, pero considera que ha pagado en exceso, envíenos la factura junto con los comprobantes de pago que haya efectuado y solicite un reintegro por la diferencia entre el monto que usted ha pagado y el monto que debería haber pagado según el plan.

3. Si usted se inscribe en nuestro plan en forma retroactiva

Algunas veces la inscripción de una persona en el plan es retroactiva. (Esto significa que ya ha pasado el primer día de su inscripción. La fecha de inscripción puede haber ocurrido incluso el año pasado).

Si usted se inscribió en nuestro plan en forma retroactiva y pagó cualquier servicio cubierto de su bolsillo con posterioridad a la fecha de su inscripción, puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte de los costos. Deberá enviarnos documentación como recibos y facturas para que nos encarguemos del reembolso.

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

SECCIÓN 2 Cómo solicitar un reintegro o pago de una factura que usted ha recibido

Puede solicitarnos que le hagamos un reembolso mediante una solicitud por escrito.

Si envía una solicitud por escrito, envíe su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es buena idea conservar una copia de la factura y los recibos para sus registros. **Usted nos debe presentar su reclamo en un plazo de 12 días** a partir de la fecha en que usted recibió el servicio, artículo o medicamento.

Envíe su solicitud de pago por correo junto con cualquier factura o recibo de pago a la siguiente dirección:

Medical Services Claims
Brand New Day Medicare Advantage Claims
Attn: Claims Department
Manhattan Data LLC.
26741 Portola Pkwy Ste 1E #930
Foothill Ranch, CA 92610-1763

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y le responderemos afirmativa o negativamente

Sección 3.1	Verificamos si nos corresponde cubrir el servicio y cuánto debemos pagar
--------------------	---

Cuando recibamos su solicitud de pago, le informaremos si necesitamos más información. De lo contrario, consideraremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

Si decidimos que la atención médica está cubierta y usted siguió las normas, pagaremos nuestra parte del costo. Si usted ya ha pagado el servicio, le enviaremos el reembolso de la parte que nos corresponde pagar por correo. Si aún no ha pagado el servicio, le enviaremos el pago directamente al proveedor.

Si decidimos que la atención médica *no* está cubierta, o que usted *no* cumplió con todas las normas, no pagaremos nuestra parte del costo. Le enviaremos una carta con las razones por las que no le enviamos el pago y los derechos que tiene para apelar esta decisión.

Sección 3.2	Si le informamos que no pagaremos la totalidad o una parte de la atención médica, usted puede presentar una apelación
--------------------	--

Si usted considera que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o el monto que pagaremos, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos nuestra decisión de rechazar su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos específicos y fechas límites importantes. Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el capítulo 7 de este documento.

CAPÍTULO 6:

Sus derechos y responsabilidades

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

Sección 1.1	Debemos brindar información de una manera que sea apropiada para usted y que se corresponda con sus sensibilidades culturales (en otros idiomas además del inglés, en braille, en letra grande o en formatos alternativos, etc.)
--------------------	---

Su plan está obligado a garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se proporcionen de manera competente desde el punto de vista cultural y sean accesibles para todos los afiliados, incluidos los que tienen un nivel de inglés o una capacidad de lectura limitados, una incapacidad auditiva o un origen cultural y étnico diverso. Algunos ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad son, entre otros, proporcionar servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponible para responder a las preguntas de los miembros que no hablan inglés. Es posible que nuestras comunicaciones con usted estén disponibles en varios idiomas. Para recibir ciertos materiales en el idioma que prefiera, puede indicarlos en su solicitud de inscripción o llamar a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Tenga en cuenta que los materiales más largos, como este folleto, están disponibles solo en inglés y español. También podemos brindarle información en sistema Braille, en letra grande o en formatos alternativos de forma gratuita si lo requiere. Debemos brindarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para obtener información de parte de nosotros en un formato que le sea conveniente, llame Servicios para Miembros.

Nuestro plan está obligado a ofrecer a las mujeres afiliadas la opción de acceder directamente a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para los servicios de atención médica de rutina y preventiva para mujeres.

Si no hay proveedores disponibles en la red del plan para una especialidad, es responsabilidad del plan localizar proveedores especializados fuera de la red que le proporcionen la atención médica necesaria. En este caso, solo pagará los gastos compartidos dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que usted necesita, llame al plan para que le informen dónde acudir para obtener ese servicio con los costos de gastos compartidos dentro de la red.

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, para ver a especialistas en salud de la mujer o para encontrar un especialista de la red, llame para presentar una queja ante Servicios para miembros al (866) 255-4795 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

presentar un reclamo ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Sección 1.2 Debemos garantizarle acceso oportuno a sus servicios cubiertos

Tiene derecho a seleccionar un proveedor de atención primaria (PCP) de la red del plan para que le provea y coordine sus servicios cubiertos. También tiene derecho a consultar a un especialista en atención médica para la mujer (como un ginecólogo) sin una remisión.

Usted tiene derecho a recibir consultas y servicios cubiertos de los proveedores de la red del plan *dentro de un período razonable de tiempo*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunamente de especialistas cuando necesita este tipo de atención.

Si considera que no le están proporcionando la atención médica dentro de un plazo razonable, en el Capítulo 7 se indica qué puede hacer.

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información médica personal

Las leyes estatales y federales protegen la privacidad de su historia clínica e información médica personal. Protegemos su información médica personal como lo establecen estas leyes.

- Su *información médica personal* incluye información personal que nos brindó cuando se inscribió en este plan, así como también su historia clínica, y otra información médica y sobre su salud.
- Usted tiene derechos relacionados con su información y con el control de cómo se utiliza su información médica. Nosotros le entregamos una notificación por escrito, llamada *Notificación de Prácticas de Privacidad*, que le informa sobre estos derechos y le explica cómo protegemos la privacidad de su información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información médica?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no puedan leer ni cambiar sus registros.
- Excepto en los casos que se indican a continuación, si tenemos la intención de proporcionar su información médica a cualquier persona que no le esté brindando atención o pagando por su atención, *estamos obligados a obtener su permiso por escrito o de alguien a quien usted haya otorgado poder legal para tomar decisiones por usted primero*.
- Existen ciertas excepciones en las que no estamos obligados a obtener permiso escrito de usted primero. Estas excepciones son permitidas o exigidas por ley.
 - Estamos obligados a divulgar información médica a agencias gubernamentales que controlan la calidad de la atención.

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

- Como usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, estamos obligados a brindar su información de salud a Medicare. Si Medicare divulga su información con fines de investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con las leyes y reglamentaciones federales; por lo general, esto requiere que la información que lo identifica de manera única no se comparta.

Puede ver la información en sus registros y conocer de qué manera fue divulgada a otras personas

Usted tiene derecho a ver su historia clínica archivada en el plan y obtener una copia de sus registros. Estamos autorizados a cobrarle un arancel por hacer copias. También tiene derecho a solicitar que agreguemos información o que corrijamos su historia clínica. Si solicita esto, trabajaremos junto con su proveedor de atención médica para decidir si deben realizarse los cambios.

Usted tiene derecho a conocer cómo se divulgó su información médica a otras personas por cualquier motivo que no fuera de rutina.

Si tiene preguntas o dudas sobre la privacidad de su información médica personal, llame a Servicios para miembros.

Podemos utilizar o divulgar su información médica protegida ("PHI") de manera que cumpla con la Ley de portabilidad y responsabilidad de seguros médicos de 1996 ("HIPAA"). Podemos divulgar su PHI a otros grupos según sea necesario para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, incluidos, entre otros, Medicare, a otros planes, a su proveedor de atención primaria y a otros proveedores.

Sección 1.4	Debemos brindarle información sobre el plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos
--------------------	---

Como miembro de Brand New Day Valor Care Plan (HMO), usted tiene derecho a recibir de nuestra parte diferentes tipos de información.

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

- **Información sobre nuestro plan.** Esta incluye, por ejemplo, información sobre la condición financiera del plan.
- **Información sobre nuestros proveedores de la red.** Tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores de nuestra red y la forma en que pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información sobre su cobertura y las normas que debe seguir cuando utiliza su cobertura.** En los capítulos 3 y 4 se brinda información sobre los servicios médicos.

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

- **Información sobre por qué algunos servicios no se encuentran cubiertos y lo que puede hacer al respecto.** El capítulo 7 brinda información sobre cómo solicitar una explicación por escrito sobre por qué un servicio médico no está cubierto o si su cobertura está restringida. El capítulo 7 también proporciona información sobre cómo solicitarnos que cambiemos una decisión, también llamada apelación.

Sección 1.5	Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica
--------------------	--

Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a participar en las decisiones sobre su atención médica

Usted tiene derecho a obtener información completa de sus doctores y otros proveedores de atención médica. Sus proveedores deben explicarle su afección médica y sus opciones de tratamiento *de una manera que usted pueda comprender*.

También tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarlo a tomar decisiones con sus médicos sobre las mejores opciones de tratamiento para usted, sus derechos incluyen los siguientes:

- **Conocer todas sus opciones.** Tiene derecho a conocer todas las opciones de tratamiento recomendadas para su condición, sin importar el costo ni si están cubiertas por nuestro plan.
- **Tiene derecho a conocer los riesgos.** Tiene derecho a conocer los riesgos que presenta su atención. Debe conocer anticipadamente si cualquier atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Siempre tendrá la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir “no”.** Usted tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a dejar el hospital u otro centro médico, aun si el médico le recomienda no hacerlo. Sin duda, si rechaza un tratamiento, acepta toda la responsabilidad de los problemas que esto pueda generarle a su cuerpo como consecuencia.

Tiene derecho a dejar instrucciones sobre qué se debe hacer si no puede tomar decisiones médicas por sí mismo

A veces, los pacientes están incapacitados para tomar decisiones sobre su atención médica a causa de un accidente o una enfermedad seria. Usted tiene derecho a decidir qué quiere que suceda si se encuentra en una de estas situaciones. Esto significa que, *si usted lo desea*, puede hacer lo siguiente:

- Completar un formulario por escrito para otorgar **poder legal a otra persona para que ella tome decisiones médicas por usted** si en algún momento usted está incapacitado para tomar esas decisiones.
- **Entregar instrucciones escritas a sus médicos** acerca de cómo usted quiere que ellos lleven a cabo su atención médica si usted llega a estar incapacitado para tomar esas decisiones por sí mismo.

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

Los documentos legales que puede usar para dejar directivas anticipadas en estas situaciones se denominan **instrucciones anticipadas**. Existen tipos diferentes de instrucciones anticipadas y se usan diferentes nombres para cada uno. Los documentos llamados **testamentos vitales** y **poder notarial para atención médica** son ejemplos de instrucciones anticipadas.

Si desea definir sus instrucciones en una *instrucción anticipada*, deberá:

- **Obtener el formulario.** Puede obtener un formulario de instrucciones anticipadas de su abogado, de un trabajador social o de algunos comercios que venden suministros para oficinas. A veces, puede obtener un formulario de instrucciones anticipadas de organizaciones que brindan a las personas información sobre Medicare.
- **Completarla y firmarla.** Independientemente del lugar de donde obtenga este formulario, recuerde que es un documento legal. Usted debe considerar obtener la ayuda de un abogado para prepararlo.
- **Entregar copias a las personas correspondientes.** Debe entregar una copia del formulario a su doctor y a la persona que nombra en el formulario que puede tomar decisiones en su lugar en caso de que usted no pueda hacerlo. Tal vez quiera entregar copias a amigos cercanos o a miembros de su familia. Conserve una copia en su hogar.

Si usted sabe anticipadamente que necesita estar internado y ha firmado una directiva anticipada, **lleve una copia con usted al hospital**.

- El hospital le preguntará a usted si ha firmado un formulario de instrucción anticipada y si lo tiene consigo.
- Si no ha firmado un formulario de directiva anticipada, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntará si desea firmar uno.

Recuerde que es su elección si desea completar una directiva anticipada o no (incluso si desea firmarla una mientras se encuentra en el hospital). Las leyes establecen que nadie le puede denegar atención médica ni discriminarlo en función de su decisión de firmar o no una directiva anticipada.

¿Qué sucede si no se siguen sus instrucciones?

Si ha firmado una directiva anticipada y considera que un médico u hospital no siguió sus instrucciones consignadas en la directiva, podrá presentar una queja. Si desea presentar un reclamo contra un médico, puede comunicarse con la Junta médica de California al 1-800-633-2322. Si desea presentar un reclamo contra un hospital, puede presentar un reclamo ante el Departamento de Licencias y Certificación de Salud Pública de California en <https://www.cdph.ca.gov/Programs/CHCO/LCP/CalHealthFind/Pages/Complaint.aspx>.

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades**Sección 1.6 Tiene derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado**

Si tiene problemas, inquietudes o reclamos y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, el Capítulo 7 de este documento le informa qué puede hacer.

Independientemente de lo que haga (solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar un queja), **estamos obligados a tratarlo justamente.**

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si cree que lo están tratando injustamente o que sus derechos no son respetados?**Si se trata de un acto de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles**

Si usted cree que ha sido tratado injustamente o que sus derechos no han sido respetados por motivos de raza, discapacidad, creencia religiosa, sexo, salud, grupo étnico, credo, edad, orientación sexual o nacionalidad, deberá llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 o por TTY al 1-800-537-7697, o llamar a su Oficina de Derechos Civiles local.

Si es por otro motivo

Si cree que ha recibido un trato injusto o que no se han respetado sus derechos, y *no* es un caso de discriminación, puede obtener ayuda para tratar el problema que tiene:

- Puede **llamar a Servicios para Miembros.**
- Puede **llamar al SHIP.** Para obtener más detalles, consulte el capítulo 2, sección 3.
- O **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Puede obtener más información sobre sus derechos en varios lugares:

- Puede **llamar a Servicios para Miembros.**
- Puede **llamar al SHIP.** Para obtener más detalles, consulte el capítulo 2, sección 3.
- Puede comunicarse con **Medicare.**
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para consultar 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 (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Usted tiene ciertas responsabilidades como miembro del plan

A continuación, se enumeran los pasos que debe seguir como miembro del plan. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe cumplir para obtener estos servicios cubiertos.** Utilice este documento de Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre qué está cubierto para usted y las normas que debe seguir para recibir sus servicios cubiertos.
 - En los capítulos 3 y 4 se brindan detalles sobre sus servicios médicos.
- **Si usted cuenta con otra cobertura del seguro médico o de medicamentos recetados además de nuestro plan, debe comunicárnoslo.** En el Capítulo 1 se le informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica que usted está inscrito en nuestro plan.** Muestre la tarjeta de membresía de su plan cada vez que obtenga atención médica.
- **Ayude a sus médicos y otros proveedores a que lo ayuden brindándoles información, haciéndoles preguntas y realizando un seguimiento de su atención.**
 - Para ayudarlo a obtener la mejor atención, informe a sus médicos y a otros proveedores médicos sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus médicos acuerden.
 - Asegúrese de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.
 - Si tiene alguna pregunta, asegúrese de preguntar y obtener una respuesta que pueda entender.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que actúen de manera que ayuden a que las actividades en el consultorio de su médico, los hospitales y otros consultorios se desarrollen de manera ordenada.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de los siguientes pagos:
 - Debe seguir pagando su prima por su Part B de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
 - En el caso de algunos servicios médicos cubiertos por el plan, usted debe pagar la parte que le corresponde del costo en el momento de adquirir el servicio.
- **Si se muda *dentro* de nuestra área de plan de servicios, necesitamos saberlo** para que podamos mantener su registro de membresía actualizado y saber cómo contactarlo.
- **Si se muda *fuera* del área de servicios de nuestro plan, no podrá seguir siendo miembro de nuestro plan.**

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

- Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de Retiro Ferroviario).

CAPÍTULO 7:

*¿Qué hacer si tiene algún problema
o queja? [decisiones de cobertura,
apelaciones y reclamos]*

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué hacer si tiene algún problema o inquietud
--

En este capítulo se describen dos tipos de procesos para tratar problemas e inquietudes: Para algunos problemas, deberá recurrir al **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.

Para otros problemas, debe utilizar el **proceso para hacer reclamos**, también denominados quejas.

Ambos procesos han sido aprobados por Medicare. Cada proceso tiene una serie de reglas, procedimientos y plazos que deben ser seguidos por nosotros y por usted.

La guía en la sección 3 lo ayudará a identificar cuál es el proceso correcto que debe utilizar y qué debe hacer.

Sección 1.2 ¿Qué sucede con los términos legales?
--

Existen algunos términos legales para algunas de las reglas, procedimientos y tipos de fechas límites explicados en este capítulo. La mayoría de las personas no conocen estos términos y pueden resultar difíciles de entender. Para facilitar las cosas, en este capítulo:

- Se usan palabras más simples en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, este capítulo generalmente se hace referencia a hacer un reclamo en vez de presentar una queja, decisión de cobertura en vez de determinación de la organización y organización de revisión independiente en lugar de Entidad de Revisión Independiente.
- También se utiliza la menor cantidad de abreviaciones posible.

Sin embargo, puede ser útil, y a veces bastante importante, que usted conozca los términos legales correctos. Conocer los términos que se deben utilizar lo ayudará a comunicarse con mayor claridad para obtener la ayuda y la información correspondientes para su situación. Para ayudarle a saber cuáles términos utilizar, hemos incluido los términos legales en las definiciones para tratar ciertos tipos de situaciones.

SECCIÓN 2 Dónde puede obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos disponibles para prestarle asistencia. Incluso si tiene un reclamo sobre el tratamiento que recibe de nuestra parte, estamos obligados a respetar su derecho a reclamar. Por lo tanto, siempre debe comunicarse con el servicio al cliente para obtener ayuda. Pero, en algunas situaciones, también necesitará asistencia o guía de otras personas

Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

no relacionadas con nosotros. A continuación, se indican dos entidades que pueden brindarle asistencia.

Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP)

Cada estado tiene un programa gubernamental con asesores capacitados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa le pueden ayudar a decidir qué proceso debe utilizar para tratar cualquier problema que tenga. También pueden responder a sus preguntas, brindar más información y ofrecer asesoramiento sobre qué hacer.

Los servicios de los asesores SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono y las URL en el capítulo 2, sección 3, de este documento.

Medicare

También puede llamar directamente a Medicare para obtener ayuda. Para comunicarse con 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).

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar sus problemas?

Si tiene algún problema o duda, solo debe leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación. La siguiente guía le ayudará.

¿Su problema o duda están relacionados con sus beneficios o cobertura?

Esto incluye problemas para determinar si la atención médica (artículos y servicios médicos, o medicamentos recetados de la Part B) está cubierta o no, la modalidad de dicha cobertura y los problemas relacionados con el pago de la atención médica.

Sí.

Continúe con la próxima sección de este capítulo, la **Sección 4, Una guía de los conceptos básicos de decisiones de cobertura y apelaciones.**

No.

Salte a la **Sección 9** al final de este capítulo: **Cómo presentar un reclamo por la calidad de atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes.**

DECISIONES Y APELACIONES DE LA COBERTURA

SECCIÓN 4 Una guía de los conceptos básicos de decisiones de cobertura y apelaciones

Sección 4.1	Solicitud de decisiones de cobertura y presentación de apelaciones: generalidades
--------------------	--

Las decisiones de cobertura y las apelaciones se ocupan de los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios y artículos médicos, y medicamentos recetados de la Part B, incluso los pagos). Para simplificar, generalmente nos referimos a los artículos médicos, servicios y medicamentos recetados de la Part B de Medicare como **atención médica**. Usted utiliza los procesos de decisiones y apelaciones de la cobertura para saber si un servicio está cubierto o no y la manera en que está cubierto.

Solicitar decisiones de cobertura antes de recibir los beneficios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y su cobertura, o sobre la suma que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si el médico de la red de su plan lo remite a un especialista médico que no pertenece a la red, esta remisión del médico se considera una decisión de cobertura favorable, a menos que su médico de la red pueda demostrar que usted recibió una notificación de denegación estándar para este especialista médico, o la Evidencia de Cobertura deja en claro que el servicio referido nunca está cubierto bajo ninguna condición. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura si su médico no está seguro de que cubriremos un servicio médico particular o si se niega a proporcionarle la atención médica que usted considera que necesita. En otras palabras, si necesita saber si cubrimos una atención médica antes de recibirla, puede solicitar una decisión de cobertura para su caso. En circunstancias limitadas, se desestimarán una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud.

Entre los ejemplos de cuándo se desestimarán una solicitud, se incluyen casos en los que la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud para una decisión de cobertura, enviaremos un aviso en el que se explicará por qué se desestimó la solicitud y cómo se puede solicitar una revisión de la desestimación.

Tomamos una decisión de cobertura por usted cada vez que decidimos qué servicios están cubiertos para usted y cuánto debemos pagar. En algunos casos, es posible que decidamos que la atención médica no está cubierta o que dejó de estar cubierta por

Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

Medicare. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Presentación de una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de recibir un beneficio y usted no está satisfecho, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. En ciertas circunstancias, que trataremos más adelante, puede solicitar una **apelación rápida** o acelerada de una decisión sobre la cobertura. Su apelación la manejan revisores diferentes, que no son los que tomaron la decisión original.

El proceso de apelar una decisión por primera vez se denomina Apelación de nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar que estamos cumpliendo con todas las reglas correctamente. Una vez que completamos la revisión, le comunicamos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, se desestimará una solicitud de apelación de nivel 1, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Entre los ejemplos de cuándo se desestimará una solicitud, se incluyen casos en los que la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud para una apelación de nivel 1, enviaremos una notificación en la que se explicará por qué se desestimó la solicitud y cómo se puede solicitar una revisión de la desestimación.

Si rechazamos de forma total o parcial su apelación de Nivel 1 por atención médica, su apelación pasará automáticamente a una apelación de Nivel 2 realizada por una organización de revisión independiente que no esté relacionada con nosotros.

- No necesita realizar ninguna acción para iniciar una apelación de Nivel 2. Las normas de Medicare exigen que enviemos de manera automática su apelación por atención médica al Nivel 2 si no estamos totalmente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.
- Consulte la **Sección 5.4** de este capítulo para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2.

Si no está satisfecho con la decisión tomada en la apelación de Nivel 2, tiene la posibilidad de continuar hacia niveles de apelación adicionales (en la Sección 8 de este capítulo se explican los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5).

Sección 4.2	Cómo obtener asistencia cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación
--------------------	---

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

- Usted **puede llamarnos a Servicios para Miembros.**
- **Puede obtener ayuda gratuita** de tu SHIP.

Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

- **Su médico puede realizar la solicitud por usted.** Si su médico lo ayuda con una apelación más allá del nivel 2, deberá ser designado como su representante. Llame a Servicios para Miembros y solicite el formulario de *designación 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).
 - Para la atención médica o los medicamentos recetados de la Part B, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de nivel 1 en su nombre. Si se deniega su apelación en el Nivel 1, se derivará en forma automática al Nivel 2.
- **Puede pedirle a otra persona que actúe en su nombre.** Si lo desea, puede nombrar a otra persona para que actúe como su *representante* para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Si desea designar a un amigo, a un familiar o a otra persona para que sea su representante, llame a Servicios para Miembros y solicite el formulario para *nombramiento del representante*. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf). El formulario le concede permiso a esa persona para que actúe en su nombre. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona que actuará en su nombre. Usted debe entregarnos una copia del formulario firmado.
 - Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, solo podremos comenzar o completar nuestra revisión cuando lo recibamos. Si no recibimos el formulario en un plazo de 44 días corridos después de haber recibido su solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será destituida. Si esto sucede, le enviaremos una notificación por escrito en el que se expliquen sus derechos para solicitar a la Organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su abogado o solicitar que le recomienden uno en su colegio de abogados local u otro servicio de remisión del médico. También existen grupos que ofrecen servicios legales gratuitos si usted califica. Sin embargo, **usted no está obligado a contratar a un abogado** para solicitar una decisión de cobertura o apelar una decisión.

Sección 4.3	¿En qué parte de este capítulo se brindan detalles para <u>su</u> situación?
--------------------	---

Existen tres tipos diferentes de situaciones que involucran apelaciones y decisiones de cobertura. Dado que cada situación tiene normas y fechas límite diferentes, le damos los detalles de cada una en una sección diferente:

Sección 5 de este capítulo: Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

Sección 6 de este capítulo: Solicitarnos que cubramos una internación más larga en un hospital si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto

Sección 7 de este capítulo: Cómo solicitarnos que nuestro plan prolongue la cobertura de ciertos servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto [*Se aplica solo a los siguientes servicios: de atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada y en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF)*].

Si no está seguro de cuál sección debe utilizar, llame a Servicios para miembros. También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales, como su SHIP.

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

Sección 5.1	En esta parte se describen los pasos a seguir si tiene algún problema para obtener la cobertura de atención médica o si usted debe solicitar un reintegro por nuestra parte del costo de su atención
--------------------	---

En esta sección, se describen sus beneficios por atención médica. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este documento: *tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*. En algunos casos, se aplican diferentes reglas a una solicitud de un medicamento recetado de la Part B. En esos casos, explicaremos cómo las reglas para los medicamentos recetados de la Part B son diferentes de las reglas para los artículos y servicios médicos.

En esta sección, se describe qué puede hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes cinco situaciones:

1. Usted no recibe la atención médica que desea y considera que esta atención está cubierta por nuestro plan. **Solicítenos una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor médico desea administrarle y usted considera que esta atención está cubierta por el plan. **Solicítenos una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
3. Ha recibido atención médica que considera que debe estar cubierta por el plan, pero le hemos informado que no pagaremos por esta atención. **Presentación de una Apelación. Sección 5.3.**
4. Ha recibido y pagado por la atención médica que considera que debe estar cubierta por el plan y desea solicitar a nuestro plan el reembolso por esta atención. **Envíenos la factura. Sección 5.5**
5. Le han informado que la cobertura de cierta atención médica que ha estado recibiendo (previamente aprobada por nosotros) será reducida o cancelada y considera que eso podría perjudicar su salud. **Presentación de una Apelación. Sección 5.3**

Nota: Si la cobertura que se suspende es para servicios de atención hospitalaria, atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF), debe leer las secciones 6 y 7 de este capítulo. Se aplican normas especiales a estos tipos de atención.

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

Términos legales

Cuando una decisión de cobertura afecta su atención médica, se llama **determinación de la organización**.

Una decisión rápida sobre la cobertura se denomina **determinación acelerada**.

Paso 1: Decida si necesita una decisión de cobertura estándar o una decisión rápida sobre la cobertura.

Una decisión de cobertura estándar generalmente se toma en el plazo de 14 días, o 72 horas para los medicamentos de la Part B. Una decisión rápida sobre la cobertura generalmente se realiza dentro de las 72 horas, para servicios médicos, o 24 horas para medicamentos de la Part B. Para obtener una decisión rápida sobre la cobertura, usted debe cumplir con dos requisitos:

- *Solo* puede solicitar cobertura para artículos y servicios de atención médica (no solicitudes de pago de artículos y servicios ya recibidos).
- Puede obtener una decisión rápida sobre la cobertura *solo* si, con la aplicación de los plazos estándares, tanto *su salud como su capacidad de funcionar pueden resultar perjudicadas*.
- **Si su médico nos informa que su estado de salud requiere una decisión rápida sobre la cobertura, automáticamente acordaremos otorgarle una decisión rápida sobre la cobertura.**
- **Si usted solicita una decisión rápida sobre la cobertura por su cuenta, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que le demos una decisión rápida sobre la cobertura.** Si no aprobamos la decisión rápida sobre la cobertura, le enviaremos una carta que:
 - Explica que utilizaremos los plazos estándares.
 - Explica que, si su médico solicita la decisión rápida sobre la cobertura, automáticamente se la concederemos.
 - Explica que puede presentar un *reclamo rápido* sobre nuestra decisión para otorgarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión rápida sobre la cobertura que solicitó.

Paso 2: solicite a nuestro plan que tome una decisión de cobertura o una decisión rápida sobre la cobertura.

Comience por llamar, enviar una carta o un fax a nuestro plan para solicitar que autoricemos o que le brindemos la cobertura por la atención médica que usted desea. Esto lo puede hacer usted, su médico o su representante. El capítulo 2 contiene información de contacto.

Paso 3: evaluaremos su solicitud de cobertura de atención médica y le daremos una respuesta.

Para las decisiones de cobertura estándar, utilizamos los plazos estándares.

Por consiguiente, daremos una respuesta en un plazo de 14 días corridos después de haber recibido su solicitud **para un artículo o servicio médico**. Si su solicitud es por un **medicamento recetado de la Part B de Medicare**, le daremos una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud.

- **Sin embargo**, si usted solicita más tiempo o si necesitamos reunir más información que lo pueda beneficiar, **podemos demorar hasta 14 días adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, le notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para formular una decisión si su solicitud es sobre un medicamento recetado de Medicare Part B.
- Si considera que *no* debemos extender el plazo, puede presentar un *reclamo rápido*. Le daremos una respuesta a su reclamo tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso que se utiliza para decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 9 de este capítulo para obtener información sobre reclamos).

Para las decisiones rápidas sobre la cobertura, utilizamos un plazo acelerado

Una decisión rápida sobre la cobertura significa que responderemos dentro de las 72 horas si su solicitud es para un elemento o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Part B, le responderemos dentro de las 24 horas.

- **Sin embargo**, si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos demorar hasta 14 días adicionales**. Si nos tomamos días adicionales, le notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para formular una decisión si su solicitud es sobre un medicamento recetado de Medicare Part B.
- Si considera que *no* debemos extender el plazo, puede presentar un *reclamo rápido*. (Consulte la Sección 9 de este capítulo para obtener más información sobre los reclamos). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Si nuestra respuesta a parte o toda su solicitud es negativa**, le enviaremos una declaración escrita donde le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa.

Paso 4: si rechazamos su solicitud de cobertura de atención médica, puede apelar.

Si nuestra respuesta es negativa, tiene el derecho a solicitar que cambiemos esta decisión mediante una apelación. Esto significa volver a solicitar la cobertura de atención médica que desea. Si presenta otra apelación, significa que pasará al nivel 1 del proceso de apelación.

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

Términos legales

Una apelación presentada ante el plan por una decisión de cobertura de atención médica se llama reconsideración .
--

Una <i>apelación rápida</i> también se denomina reconsideración acelerada .
--

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

Por lo general, una apelación estándar se realiza dentro de los 30 días. Una apelación rápida generalmente se realiza dentro de las 72 horas.

- Si usted está apelando una decisión que hemos tomado sobre cobertura de atención que todavía no ha recibido, usted o su médico deberá decidir si necesita una *apelación rápida*. Si su médico nos dice que su salud requiere una *apelación rápida*, acordaremos darle una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una *apelación rápida* son los mismos que para obtener una *decisión rápida sobre la cobertura*, y están en la Sección 5.2 de este capítulo.

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

Si solicita una apelación estándar, presente su apelación estándar por escrito.
El capítulo 2 contiene información de contacto.

Si solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.
El capítulo 2 contiene información de contacto.

Usted debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 60 días corridos a partir de la fecha indicada en la notificación por escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si usted no cumple esta fecha límite y tiene una justificación para no haberla cumplido, explique la razón del retraso de su apelación cuando la realice. Es posible que le demos más tiempo para hacer su apelación. Ejemplos de una causa válida pueden incluir una enfermedad grave que le impidiera comunicarse con nosotros, o si nosotros le proporcionáramos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.

Puede solicitar una copia de la información relacionada con su decisión médica. Usted y su médico pueden darnos más información para justificar su apelación.

Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

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

Cuando nuestro plan revisa su apelación, examinamos detalladamente toda la información. Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando rechazamos su solicitud.

Si es necesario, recopilaremos más información y posiblemente nos comuniquemos con usted o su médico.

Plazos para una apelación rápida

- Para apelaciones rápidas, debemos comunicarle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas de haber recibido su apelación**. Le informaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud lo requiere.
 - Sin embargo, si usted solicita una extensión o si necesitamos reunir más información que lo puede beneficiar, **podemos extender el plazo hasta 14 días corridos más** si su solicitud es por un artículo médico o servicio. Si nos tomamos días adicionales, le notificaremos por escrito. No podemos demorar más tiempo si su solicitud es para un medicamento recetado de la Part B de Medicare.
 - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas (o al final de la extensión del plazo si tomamos días adicionales), estamos obligados a trasladar su solicitud en forma automática al nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será sometida a revisión por una organización de revisión independiente. En la sección 5.4 se explica el proceso de apelaciones de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o toda su solicitud**, debemos autorizar o proveer la cobertura que hemos acordado proveer dentro de las 72 horas de haber recibido su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa con respecto a una parte o a toda su solicitud**, le enviaremos nuestra decisión por escrito y enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación estándar

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos comunicarle nuestra respuesta **en el plazo de 30 días corridos** desde que recibimos su apelación. Si su solicitud es por un medicamento recetado de Medicare Part B, le daremos una respuesta **dentro de los 7 días corridos** después de recibir su solicitud. Le informaremos nuestra decisión en un plazo menor si su estado de salud lo requiere.
 - Sin embargo, si usted solicita una extensión o si necesitamos reunir más información que lo puede beneficiar, **podemos extender el plazo hasta 14 días corridos más** si su solicitud es por un artículo médico o servicio. Si nos tomamos días adicionales, le notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para formular una decisión si su solicitud es sobre un medicamento recetado de Medicare Part B.

Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

- Si considera que *no* debemos extender el plazo, puede presentar un *reclamo rápido*. Cuando presente un reclamo rápido, le daremos una respuesta a su reclamo en un plazo de 24 horas. (Consulte la Sección 9 de este capítulo para obtener más información sobre los reclamos).
- Si no le damos una respuesta dentro de la fecha límite (o al final del período extendido), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2, donde una organización de revisión independiente la revisará. En la sección 5.4 se explica el proceso de apelaciones de Nivel 2.

Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o toda su solicitud, debemos autorizar o proveer la cobertura dentro de los **30 días corridos** si su solicitud es para un artículo médico o servicio, o **dentro de los 7 días corridos** si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Part B.

Si nuestra respuesta es negativa con respecto a una parte o a toda su solicitud, enviaremos en forma automática su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de nivel 2.

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

Términos legales

El nombre formal de la <i>organización de revisión independiente</i> es Entidad de Revisión Independiente . A veces se la llama IRE .

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

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

Nosotros enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina el **expediente de su caso**. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia del expediente de su caso.**

Usted tiene derecho a proporcionar a la organización de revisión independiente información adicional para respaldar su apelación.

Los revisores de la organización de revisión independiente observarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Si tuvo una apelación rápida en el Nivel 1, también tendrá una apelación rápida en el Nivel 2

Para la *apelación rápida*, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** de que haya recibido su apelación.

Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

Sin embargo, si su solicitud es por un elemento o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, **puede tardar hasta 14 días calendario más**. La organización de revisión independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su apelación es para un medicamento recetado de Medicare Part B.

Si usted presentó una apelación estándar en el Nivel 1, también tendrá una apelación estándar en el Nivel 2

Para las *apelaciones estándar*, si su solicitud es por un artículo o servicio médico, la organización revisora debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días naturales** a partir de la recepción de su apelación. Si su solicitud es por un medicamento recetado de Medicare Part B, la organización revisora debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **dentro de los 7 días calendarios** a partir de la recepción de su apelación.

- Sin embargo, si su solicitud es por un elemento o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, **puede tardar hasta 14 días calendario más**. La organización de revisión independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su apelación es para un medicamento recetado de Medicare Part B.

Paso 2: la organización de revisión independiente le brinda su respuesta.

La organización de revisión independiente le informará su decisión por escrito junto con las razones que la justifican.

Si la organización de revisión da una respuesta afirmativa a parte o a toda una solicitud de un artículo o servicio médico, debemos autorizar la cobertura de atención médica dentro de las 72 horas o proveer el servicio dentro de los 14 días calendarios después de haber recibido la decisión de la organización revisora para las solicitudes estándar. Para solicitudes aceleradas, tenemos 72 horas a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.

Si la respuesta de la organización de revisión es afirmativa con respecto a una parte o a toda la solicitud de un medicamento recetado de la Part B de Medicare, debemos autorizar o proporcionar dicho medicamento dentro de las **72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión para **solicitudes estándares**. Para **solicitudes aceleradas**, tenemos **24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.

Si la respuesta de esta organización a su apelación es total o parcialmente negativa, significa que está de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica no debe ser aprobada. (Esto se denomina *confirmar la decisión o rechazar su apelación*). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:

- En la que explique su decisión.

Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

- En la que se le notifique sobre el derecho de apelación de nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica cumple un mínimo determinado. La notificación por escrito que reciba de la organización de revisión independiente le informará el valor dólar que debe alcanzar para continuar con el proceso de apelaciones.
- En la que se le informe cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea proceder con la apelación.

Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (un total de cinco niveles de apelaciones). Si decide presentar una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo proceder se incluyen en el aviso escrito que recibió después de la apelación de Nivel 2.

La apelación de nivel 3 la maneja un Juez de derecho administrativo o un abogado mediador. En la Sección 8 de este capítulo, se informa sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 5.5 ¿Qué sucede si usted nos solicita que le reintegremos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por atención médica?

En el Capítulo 5 se describen las situaciones en las que usted podría necesitar pedir un reembolso o pagar una factura que ha recibido de un proveedor. También le informa cómo nos debe enviar la documentación en la que solicita que le paguemos.

Solicitar un reembolso significa que nos está solicitando una decisión de cobertura

Si nos envía la documentación para solicitar un reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, verificaremos si la atención médica que usted pagó está cubierta. También verificaremos si usted cumplió todas las normas referidas al uso de su cobertura de atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud:** si la atención médica está cubierta y usted cumplió con todas las normas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo en el plazo de 60 días corridos después de haber recibido su solicitud. Si no pagó por la atención médica, enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si rechazamos su solicitud:** si la atención médica *no* está cubierta o si usted *no* cumplió con todas las normas, no le enviaremos el pago. En su lugar, enviaremos una carta en la que se le informa que no pagaremos la atención médica y los motivos correspondientes.

Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **usted podrá presentar una apelación.** Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones descrito en la Sección

5.3. En el caso de apelaciones referidas a reembolsos, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle nuestra respuesta dentro de los 60 días corridos de haber recibido su apelación. Si nos solicita un reintegro por atención médica que usted mismo ya ha recibido y pagado, no podrá solicitar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago dentro de los 30 días corridos. Si la respuesta a su apelación es afirmativa en cualquier etapa del proceso de apelación después del nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 60 días corridos.

SECCIÓN 6 Cómo solicitarnos la cobertura de una internación en el hospital más prolongada si usted considera que se le está dando el alta demasiado pronto

Cuando usted ingresa a un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios de hospital cubiertos necesarios para el diagnóstico y el tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su internación cubierta en el hospital, el médico y el personal del hospital trabajarán con usted a fin de prepararlo para el día en que reciba el alta. Lo ayudarán a coordinar la atención que pudiera necesitar después del alta.

- El día que usted se va del hospital se denomina **fecha del alta**.
- Una vez que se haya decidido su fecha de alta, su médico o el personal del hospital se la informarán.
- Si considera que le están dando de alta demasiado pronto, puede solicitar una internación en el hospital más prolongada y su solicitud será considerada.

Sección 6.1 Durante su internación en el hospital, usted recibirá un aviso por escrito de Medicare en el que se le informan sus derechos
--

Dentro de los dos días siguientes a su ingreso en el hospital, recibirá una notificación por escrito llamada *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas con Medicare reciben una copia de esta notificación. Si no recibe la notificación de alguien en el hospital (por ejemplo, un trabajador social o un enfermero), pídasela a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

1. Lea este aviso cuidadosamente y haga preguntas si no lo comprende. Este manual informa sobre:

Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

- Su derecho de recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su internación en el hospital, según lo indicado por su médico. Esto incluye su derecho a conocer en qué consisten esos servicios, quién los pagará y dónde los puede recibir.
- Su derecho a participar en las decisiones de su internación en el hospital.
- Dónde presentar sus inquietudes con respecto a la calidad de su atención hospitalaria.
- Tiene derecho **a solicitar una revisión inmediata** de la decisión por haber sido dado de alta si cree que esta decisión se tomó demasiado pronto. Se trata de una manera formal y legal de solicitar una demora de su fecha de alta para que se extienda su cobertura de atención hospitalaria.

2. Se le solicitará firmar el aviso escrito como acuse de recibo y para demostrar que comprende sus derechos.

- Usted u otra persona que actúe en su nombre deben firmar el aviso.
- Firmar la notificación *solo* demuestra que usted recibió la información sobre sus derechos. La notificación no indica su fecha de alta. Firmar la notificación **no significa** que usted esté de acuerdo con la fecha de alta.

3. Tenga su copia de la notificación a mano para tener la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud por la calidad de atención) en caso de necesitarla.

- Si firma la notificación más de dos días antes de la fecha del alta hospitalaria, recibirá otra copia antes de que le programen el alta.
- Para ver una copia de esta notificación por anticipado, puede llamar a Servicios para miembros o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede verlo 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 modificar la fecha de alta del hospital

Si desea solicitar que extendamos el plazo de cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes internados, deberá recurrir al proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, debe conocer los pasos que debe seguir y las fechas límite:

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con las fechas límite.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene dudas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para miembros. O llame a su SHIP, una organización gubernamental que proporciona asistencia personalizada.

Durante una apelación de nivel 1, la Organización de Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. Verifica si su fecha de alta programada es adecuada desde el punto de vista médico para su caso.

Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

La **Organización de Mejoramiento de la Calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica pagados por el Gobierno Federal que controlan y ayudan a mejorar la calidad de la atención médica de personas con Medicare. Esto incluye analizar las fechas de alta del hospital de los beneficiarios de Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: comuníquese con la organización para el mejoramiento de la calidad de su estado y solicita una revisión inmediata de su fecha de alta del hospital. Deberá actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso escrito que usted recibió (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) le informa cómo puede comunicarse con esta organización. (O puede encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización de Mejoramiento de la Calidad de su estado en el Capítulo 2).

Actúe rápidamente:

- Para presentar la apelación, usted debe comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad *antes* de retirarse del hospital y **a más tardar a la medianoche de su fecha de alta programada**.
 - **Si cumple este plazo**, podrá permanecer en el hospital *después* de su fecha de alta *sin pagar por la estadía* mientras espera la decisión de la Organización de Mejoramiento de la Calidad.
- **Si no cumple con este plazo** y decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta programada, *deberá pagar todos los costos* por la atención hospitalaria que reciba después de su fecha de alta programada. Si usted no cumple con la fecha límite para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad y aún desea presentar su apelación, deberá presentar en cambio la apelación directamente ante nuestro plan. Para obtener más detalles sobre esta forma alternativa de hacer su apelación, consulte la Sección 6.4.

Una vez que solicite la revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se comunicará con nosotros. Para el mediodía del día después de que nos comuniquemos con nosotros, le daremos una **notificación detallada del alta**. En esta notificación, se indica la fecha prevista para el alta y se detallan los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros creemos que es adecuado (desde el punto de vista médico) que usted reciba el alta en esa fecha.

- Puede obtener una muestra de la **Notificación detallada del alta** si llama a Servicios para Miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver un modelo de la notificación en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNH/HospitalDischargeappealNotices.

Paso 2: la Organización para el Mejoramiento de la Calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (los *revisores*) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que la cobertura de los servicios debe continuar. No es necesario que usted presente las razones por escrito, pero lo podrá hacer si así lo desea.
- Los revisores también analizarán su información médica, consultarán a su médico y analizarán nuestra información y la del hospital.
- Para el mediodía del día después de que los revisores nos informen acerca de su apelación, usted recibirá de nosotros una notificación por escrito en la que se indique la fecha programada de alta médica. En la notificación también se expondrán las razones por las cuales su médico, el hospital y nosotros creemos que es adecuado (desde el punto de vista médico) que usted reciba el alta en esa fecha.

Paso 3: en el transcurso de un día completo después de obtener toda la información necesaria, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dará una respuesta sobre su apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es afirmativa?

- Si la respuesta a su apelación de la organización revisora es *sí*, **debemos continuar cubriendo sus servicios hospitalarios para pacientes internados por el tiempo que estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Deberá continuar pagando su parte de los costos (como los deducibles o copagos, si corresponde). Además, puede haber limitaciones para sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la respuesta es negativa?

- Si la respuesta a su apelación de la organización revisora es *negativa*, significa que su fecha de alta programada es correcta desde el punto de vista médico. Si este es su caso, **nuestra cobertura por sus servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará** el mediodía de la fecha *después* de que la Organización de Mejoramiento de la Calidad le informe la respuesta de su apelación.
- Si la respuesta de la organización revisora a su apelación es *negativa* y usted decide permanecer internado en el hospital, **usted deberá pagar el costo total** de la atención hospitalaria que usted recibe a partir de las 12 del mediodía del día después de que la Organización de Mejoramiento de la Calidad le informe la respuesta a su apelación.

Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

Paso 4: si la respuesta a su apelación de nivel 1 es negativa, usted tiene que decidir si quiere presentar otra apelación.

- Si la Organización de Mejoramiento de la Calidad ha rechazado su apelación y usted permanece en el hospital después de la fecha de alta programada, puede presentar otra apelación. Si presenta otra apelación, significa que pasará al *Nivel 2* del proceso de apelación.

Sección 6.3	Paso a paso: cómo presentar una apelación de nivel 2 para modificar la fecha de alta del hospital
--------------------	--

Durante una apelación de nivel 2, usted solicita a la Organización de Mejoramiento de la Calidad analizar nuevamente la decisión que tomó en su primera apelación. Si la Organización de Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de nivel 2, usted deberá pagar el costo total de su internación posterior a la fecha de alta programada.

Paso 1: usted se comunica con la organización para el mejoramiento de la calidad nuevamente y le solicita otra revisión.

Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendarios** después del día en que la Organización de Mejoramiento de la Calidad contestó *no* a su apelación de nivel 1. Usted puede solicitar esta revisión solo si usted permanece en el hospital después de la fecha en que terminó su cobertura de atención médica.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

Los revisores de la Organización de Mejoramiento de la Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: dentro de los 14 días corridos de haber recibido su solicitud para una apelación de Nivel 2, los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.

Si la respuesta de la organización de revisión es afirmativa:

Debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que recibió en el hospital desde el mediodía de la fecha posterior a que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechazara la primera apelación. **Debemos continuar brindando cobertura para su atención hospitalaria para pacientes internados, siempre que sea médicamente necesario.**

Usted deberá continuar pagando su parte de los costos, y se pueden aplicar limitaciones de cobertura.

Si la respuesta de la organización de revisión es negativa:

Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de nivel 1. Esto se denomina *confirmar la decisión*.

Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

El aviso que reciba le informará por escrito cómo debe proceder si decide continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: si la respuesta es no, usted deberá decidir si desea continuar su apelación en el Nivel 3.

Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (un total de cinco niveles de apelaciones). Si desea presentar una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo proceder se incluyen en el aviso escrito que recibió después de la apelación de Nivel 2.

La apelación de nivel 3 la maneja un Juez de derecho administrativo o un abogado mediador. En la Sección 8 de este capítulo, encontrará más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 6.4	¿Qué sucede si no cumple con la fecha límite para presentar su apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital?
--------------------	--

Términos legales

Una revisión rápida (o apelación rápida) también se denomina apelación acelerada .

Puede presentar una apelación

Como se explicó antes, debe actuar rápidamente para iniciar su apelación de Nivel 1 del alta hospitalaria. Si no cumple con el plazo para comunicarse con esta Organización de Mejoramiento de la Calidad, puede presentar la apelación por otros medios.

Si usted presenta la apelación por esta otra vía, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes*.

Paso a paso: cómo presentar una apelación *alternativa* de Nivel 1**Paso 1: comuníquese con nosotros y solicite una revisión rápida.**

Solicitar una revisión rápida. Esto significa que usted nos está solicitando que le demos una respuesta utilizando los plazos *rápidos* en lugar de los plazos *estándar*. El capítulo 2 contiene información de contacto.

Paso 2: llevamos a cabo una revisión rápida de la fecha de alta planificada para verificar si es adecuada por razones médicas.

Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su estancia en el hospital. Verificamos si su fecha de alta programada es correcta desde el punto de vista médico. Verificaremos si la decisión sobre cuándo debe dejar el hospital fue justa y si se cumplieron todas las reglas.

Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

Paso 3: le damos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de que usted solicite una revisión rápida.

Si respondemos afirmativamente a su apelación, significa que estamos de acuerdo en que usted aún debe permanecer en el hospital después de la fecha de alta médica. Continuaremos ofreciendo los servicios hospitalarios cubiertos por el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que hemos aceptado reembolsarle nuestra parte de los costos por la atención que usted ha recibido desde la fecha en que le informamos que su cobertura finalizaba. (Debe pagar su parte de los costos y se podrán aplicar limitaciones a la cobertura).

Si rechazamos su apelación, indicamos que su fecha de alta planificada era médicamente adecuada. Nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes internados finaliza el día en que decidimos que finalizaría su cobertura.

- Si usted permaneció internado en el hospital *después* de su fecha de alta programada, **usted deberá pagar el costo total** de la atención hospitalaria recibida después de la fecha de alta programada.

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

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

Términos legales
El nombre formal de la <i>organización de revisión independiente</i> es Entidad de Revisión Independiente . A veces se la llama IRE .

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: enviamos su caso automáticamente a la organización de revisión independiente.

Debemos enviar la información de su apelación de nivel 2 a la organización de revisión independiente en un plazo de 24 horas después de haberle informado que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo u otros plazos, podrá presentar una queja. En la Sección 9 de este capítulo, se describen los pasos que deben seguirse para presentar una queja).

Paso 2: la organización de revisión independiente realiza una revisión rápida de su apelación. Los revisores le informan su respuesta en un plazo de 72 horas.

Los revisores de la organización de revisión independiente observarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación sobre su alta hospitalaria.

Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

Si la respuesta de esta organización a su apelación es *afirmativa*, debemos reembolsarle (devolverle el dinero) nuestra parte de los costos de la atención que usted recibió en el hospital desde su fecha de alta programada. También debemos continuar con la cobertura del plan por sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesario. Usted deberá continuar pagando su parte de los costos. Si se aplican limitaciones de cobertura, estas podrían limitar el monto de nuestro reembolso o el tiempo por el que podríamos continuar con la cobertura de sus servicios.

Si la respuesta de esta organización a su apelación es *negativa* significa que están de acuerdo con nosotros en que su fecha de alta programada del hospital era correcta desde el punto de vista médico.

- La notificación por escrito que reciba de la Organización de Revisión Independiente le indicará cómo iniciar una apelación de Nivel 3 con el proceso de revisión, que es llevado a cabo por un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador.

Paso 3: si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, usted decidirá si desea proseguir con la apelación.

Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (un total de cinco niveles de apelaciones). Si los revisores contestan negativamente a su apelación de nivel 2, usted decide si desea aceptar su decisión, o bien presentar una apelación de nivel 3.

En la Sección 8 de este capítulo, encontrará más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que la cobertura finaliza demasiado pronto

Sección 7.1	<i>En esta sección, se describen tres servicios solamente:</i> servicios de atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y servicios del Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF)
--------------------	--

Cuando recibe cobertura de **servicios de atención de salud a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o atención de rehabilitación (Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios)**, tiene derecho a continuar recibiendo sus servicios por ese tipo de atención durante el tiempo que sea necesario para realizar el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es momento de finalizar la cobertura para cualquiera de los tres tipos de atención que usted recibe, debemos informarle por anticipado. Cuando finalice

Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

su cobertura por esa atención, *dejaremos de pagar nuestra parte de los costos por su atención.*

Si cree que estamos terminando la cobertura de su atención médica demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. En esta sección, se explica cómo solicitar una apelación.

Sección 7.2 Le informaremos por anticipado cuándo termina su cobertura

Términos legales

Notificación de No Cobertura de Medicare. Le explica cómo debe proceder para solicitar una **apelación por vía rápida**. Solicitar una apelación por vía rápida es una manera formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura sobre cuándo finalizará su atención.

- 1. Usted recibe una notificación por escrito** al menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. En la notificación se indica lo siguiente:
 - La fecha en que dejaremos de cubrir la atención que recibe.
 - Cómo solicitar una *apelación por vía rápida* para solicitar que continuemos cubriendo su atención durante un período más prolongado.
- 2. Usted u otra persona que actúe en su nombre deben firmar la notificación por escrito como acuse de recibo.** Al firmar el aviso, demuestra *solamente* que recibió la información sobre la finalización de su cobertura. **Firmar este aviso no significa que usted está de acuerdo** con la decisión del plan de finalizar la atención.

Sección 7.3 Paso a paso: cómo presentar una apelación de nivel 1 para que el plan cubra su atención por más tiempo

Si desea solicitarnos que prolonguemos la cobertura de su atención, deberá recurrir al proceso de apelaciones para hacer esta solicitud. Antes de comenzar, debe conocer los pasos que debe seguir y las fechas límite.

Siga el proceso.

Cumpla con las fechas límite.

Pida ayuda si la necesita. Si tiene dudas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para miembros. O llame a su SHIP, una organización gubernamental que proporciona asistencia personalizada.

Durante una apelación de nivel 1, la Organización de Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente adecuada.

La **Organización de Mejoramiento de la Calidad** es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica que ejercen y son pagados por el gobierno federal para verificar y

Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

mejorar la calidad de atención que se provee a quienes cuenten con Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan sobre cuándo es el momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: presente una apelación de Nivel 1. Comuníquese con la Organización de Mejoramiento de la Calidad y solicite una apelación por vía rápida. Deberá actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

En la notificación por escrito que recibió (*Notificación de No Cobertura de Medicare*) se le informa sobre cómo comunicarse con esta organización. (O puede encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización de Mejoramiento de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápidamente:

Debe comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad para iniciar su apelación el **mediodía anterior a la fecha de vigencia indicada** en la Notificación de no cobertura de Medicare.

Si usted no cumple con la fecha límite para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad y aún desea presentar su apelación, deberá presentar la apelación directamente ante nosotros. Para obtener más detalles acerca de esta otra forma para hacer su apelación, consulte la Sección 7.5.

Paso 2: la Organización para el Mejoramiento de la Calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

Términos legales
Explicación detallada de la no cobertura. Notificación que proporciona detalles sobre los motivos de la finalización de la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO) (los *revisores*) le preguntarán a usted o a su representante por qué cree que la cobertura de los servicios debe continuar. No es necesario que usted presente las razones por escrito, pero lo podrá hacer si así lo desea.

La organización de revisión también analizará su información médica, consultará con su médico y analizará la información que nuestro plan le ha entregado.

Al final del día, los revisores nos habrán informado sobre su apelación; también se le enviará una **Notificación detallada de la no cobertura** en la que se detallen las razones por las cuales finalizamos la cobertura de sus servicios.

Paso 3: los revisores le notificarán su decisión dentro de un día completo después de haber recibido toda la información que necesitan.

¿Qué sucede si los revisores dicen sí?

Si los revisores contestan *afirmativamente* a su apelación, **debemos continuar la provisión de sus servicios cubiertos durante el tiempo médicamente necesario.**

Deberá continuar pagando su parte de los costos (como los deducibles o copagos, si corresponde). Es posible que existan limitaciones a sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores dicen no?

Si los revisores contestan *negativamente* a su apelación, **su cobertura finalizará en la fecha que le hemos informado.**

Si usted decide continuar recibiendo atención médica domiciliaria o atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF) *después* de esta fecha en que finaliza su cobertura, **usted deberá pagar el costo total** por esta atención.

Paso 4: si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es negativa, usted tiene que decidir si quiere presentar otra apelación.

Si los revisores *rechazan* su apelación de Nivel 1, y usted decide continuar recibiendo atención después de que finaliza la cobertura de su atención, podrá presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 7.4	Paso a paso: cómo presentar una apelación de nivel 2 para que el plan cubra su atención por más tiempo
--------------------	---

Durante una apelación de Nivel 2, usted le solicita a la Organización de Mejoramiento de la Calidad que revise nuevamente la decisión con respecto a su primera apelación. Si la Organización de Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de nivel 2, deberá pagar el costo total de su atención médica domiciliaria, atención en centros de enfermería especializada o servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que le informamos que su cobertura finalizaría.

Paso 1: usted se comunica con la organización para el mejoramiento de la calidad nuevamente y le solicita otra revisión.

Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días** después de que la organización para el mejoramiento de la calidad dijera *no* su apelación de nivel 1. Usted puede solicitar esta revisión solo si continuó recibiendo la atención médica después de la fecha en que terminó su cobertura por atención médica.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

Los revisores de la Organización de Mejoramiento de la Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días después de recibir su solicitud de apelación, los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización revisora contesta afirmativamente?

Debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que recibió desde la fecha en que dijimos que finalizaría su cobertura. **Debemos continuar proporcionando cobertura** de atención médica durante el tiempo que sea médicamente necesario.

Usted debe continuar pagando su parte de los costos y se pueden aplicar limitaciones para la cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión contesta negativamente?

Significa que están de acuerdo con la decisión adoptada con respecto a su apelación de nivel 1.

El aviso que reciba le informará por escrito cómo debe proceder si decide continuar con el proceso de revisión. El aviso le informará sobre los detalles de cómo continuar con el siguiente nivel de apelación, que será administrado por un juez de derecho administrativo o un abogado mediador.

Paso 4: si la respuesta es negativa, usted deberá decidir si desea continuar con su apelación.

Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2, (lo que suma un total de cinco niveles de apelación). Si decide presentar una apelación de Nivel 3, la información sobre cómo hacerlo se encuentra en la notificación por escrito que recibe después de la decisión sobre su apelación de Nivel 2.

La apelación de nivel 3 la maneja un Juez de derecho administrativo o un abogado mediador. En la Sección 8 de este capítulo, encontrará más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 7.5	¿Qué sucede si usted no cumple con el plazo para hacer su apelación de nivel 1?
--------------------	--

Puede presentar una apelación

Como se explicó antes, debe actuar rápidamente para iniciar su apelación de nivel 1 (en un plazo de uno o dos días, como máximo). Si no cumple con el plazo para comunicarse con esta Organización de Mejoramiento de la Calidad, puede presentar la apelación por otros medios. Si usted presenta la apelación por esta otra vía, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes.*

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

Términos legales

Una <i>revisión rápida</i> (o <i>apelación rápida</i>) también se denomina apelación acelerada .
--

Paso 1: comuníquese con nosotros y solicite una revisión rápida.

Solicitar una revisión rápida. Esto significa que usted nos está solicitando que le demos una respuesta utilizando los plazos *rápidos* en lugar de los plazos *estándar*. El capítulo 2 contiene información de contacto.

Paso 2: realizamos una revisión rápida de la decisión que tomamos sobre cuándo finalizar la cobertura de sus servicios.

Durante esta revisión, volvemos a analizar toda la información relacionada con su caso. Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando establecimos la fecha de finalización de la cobertura del plan por los servicios que usted recibía.

Paso 3: le damos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de que usted solicite una revisión rápida.

Si nuestra respuesta a su apelación es afirmativa, significa que estamos de acuerdo con usted en que los servicios se deben prolongar; y continuaremos la provisión de sus servicios cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle nuestra parte de los costos por la atención que usted ha recibido desde la fecha en que le informamos que su cobertura finalizaba. (Debe pagar su parte de los costos y se podrán aplicar limitaciones a la cobertura).

Si nuestra respuesta a su apelación es negativa, su cobertura finalizará en la fecha que le informamos y ya no pagaremos ninguna parte del costo después de esta fecha.

Si usted aún recibió atención médica domiciliaria o atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que le informamos que finalizaría su cobertura, **deberá pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: si decimos *no* a la apelación, su caso se enviará de forma *automática* al siguiente nivel del proceso de apelación.

Términos legales

El nombre formal de la <i>organización de revisión independiente</i> es Entidad de Revisión Independiente . A veces se la llama IRE .

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

Durante la apelación de Nivel 2, una **organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su *apelación rápida*. Esta organización decide si debería cambiarse la decisión. **La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Es una empresa seleccionada por Medicare para actuar como organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: enviamos su caso automáticamente a la organización de revisión independiente.

Debemos enviar la información de su apelación de nivel 2 a la organización de revisión independiente en un plazo de 24 horas después de haberle informado que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo u otros plazos, podrá presentar una queja. En la Sección 9 de este capítulo, se describen los pasos que deben seguirse para presentar una queja).

Paso 2: la organización de revisión independiente realiza una revisión rápida de su apelación. Los revisores le informan su respuesta en un plazo de 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente observarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización contesta *afirmativamente* a su apelación,** debemos reembolsarle nuestra parte de los costos del cuidado que recibió desde la fecha que le informamos que finalizaría su cobertura. También debemos prolongar la cobertura de la atención durante el tiempo que sea médicamente necesario. Usted deberá continuar pagando su parte de los costos. Si existen limitaciones de cobertura, estas podrían limitar el monto que le reembolsaremos o el tiempo que continuaremos cubriendo los servicios.
- **Si esta organización contesta *negativamente* a su apelación,** significa que están de acuerdo con la decisión de nuestro plan a su primera apelación y no la cambiará.
- La notificación que reciba de la organización de revisión independiente le informará por escrito cómo debe proceder si desea continuar con el proceso de apelación de nivel 3.

Paso 3: si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, usted decidirá si desea seguir con la apelación.

Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2, lo que suma un total de cinco niveles de apelación. Si decide presentar una apelación de Nivel 3, la información sobre cómo hacerlo se encuentra en la notificación por escrito que recibe después de la decisión sobre su apelación de Nivel 2.

Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

Un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador revisará su apelación de Nivel 3. En la Sección 8 de este capítulo, encontrará más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más**Sección 8.1 Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicio médico**

Esta sección puede aplicar para su caso si ha presentado una apelación de nivel 1 y una apelación de nivel 2 y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del producto o servicio médico que apeló alcanza ciertos niveles mínimos, podrá recurrir a otros niveles de apelación. Si el valor dólar es inferior al nivel mínimo, no podrá presentar más apelaciones. La respuesta por escrito que reciba a su apelación de nivel 2 le explicará cómo presentar una apelación de nivel 3.

En la mayoría de los casos de las apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan básicamente de la misma manera. A continuación, se detalla quién se ocupa de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de nivel 3 Un juez de derecho administrativo o un abogado mediador que trabaja para el Gobierno federal revisará su apelación y le informará su respuesta.

- **Si la respuesta del juez de derecho administrativo o del abogado mediador con respecto a su apelación es positiva, el proceso de apelaciones *puede o no* haber finalizado.** A diferencia de una decisión de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted. Si decidimos apelar, pasará a una Apelación de Nivel 4.
 - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o proveerle la atención médica dentro de los 60 días corridos después de recibida la decisión del juez de derecho administrativo o del mediador independiente.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de nivel 4 acompañada de los documentos correspondientes. Podemos esperar la decisión de la apelación de nivel 4 antes de autorizar o proveer la atención médica en disputa.
- **Si la respuesta del Juez de derecho administrativo o del abogado mediador con respecto a su apelación es negativa, el proceso de apelaciones *puede o no* haber finalizado.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. En la notificación que reciba, se le indicará qué debe hacer para una apelación de Nivel 4.

Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

Apelación de Nivel 4 El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del Gobierno Federal.

- **Si la respuesta es positiva, o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisión de una decisión favorable de apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones puede o no haber finalizado.** A diferencia de una decisión de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 que sea favorable para usted. Decidiremos si apelar esta decisión al Nivel 5.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proveerle la atención médica dentro de los 60 días corridos de recibida la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo informaremos por escrito.
 - **Si la respuesta es negativa o si el Consejo de Apelaciones rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones puede o no haber finalizado.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es probable que pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, la notificación que reciba le informará si las normas le permiten continuar con una apelación de Nivel 5 y cómo continuar con una apelación de Nivel 5.

Apelación de Nivel 5 Un juez de la **Corte de Distrito Federal** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *acepta* o *rechaza* su solicitud. Su pronunciamiento será definitivo. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

PRESENTAR QUEJAS

SECCIÓN 9 **Cómo presentar un reclamo por la calidad de atención, tiempos de espera, el servicio de atención al cliente u otras inquietudes**

Sección 9.1 **¿Qué tipos de problemas se manejan por el proceso de quejas?**

El procedimiento de reclamo se utiliza *so/o* para ciertos tipos de problemas. Estos incluyen problemas relacionados con la calidad del cuidado, tiempos de espera y servicio de atención al cliente. A continuación, describimos ejemplos de los tipos de problemas que se manejan en el procedimiento para quejas.

Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

Queja	Por ejemplo:
Calidad de su atención médica	• ¿No está conforme con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	• ¿Alguna persona no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Conductas irrespetuosas, servicio deficiente al cliente u otras conductas negativas	• ¿Alguna persona lo ha tratado en forma grosera o irrespetuosa? • ¿No está satisfecho con Servicios para Miembros? • ¿Siente que le han insinuado que debe dejar el plan?
Tiempos de espera	• ¿Tiene problemas para acordar una cita, o ha tenido que esperar demasiado? • ¿Algún médico u otro profesional de la salud lo ha hecho esperar demasiado tiempo? ¿O el personal de Servicios para Miembros o de otras áreas del plan? ◦ Algunos ejemplos son esperar demasiado tiempo por teléfono, en la sala de espera o en el consultorio de examen.
Limpieza	• ¿No está conforme con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o el consultorio de un médico?
Información que recibe de nosotros	• ¿No le enviamos una notificación obligatoria? • ¿Es difícil entender nuestra información escrita?
Puntualidad (Estos tipos de quejas siempre están vinculados con la <i>puntualidad</i> de nuestras acciones relacionadas con las decisiones de cobertura y las apelaciones).	Si nos solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación y cree que no respondemos lo suficientemente rápido, puede presentar un reclamo por nuestra lentitud. A modo de ejemplo: • Si nos solicitó una <i>decisión rápida sobre la cobertura o una apelación rápida</i> y rechazamos su solicitud, puede presentar un reclamo. • Si cree que no estamos cumpliendo con los plazos para las decisiones de cobertura o las apelaciones, puede hacer un reclamo. • Usted cree que no estamos cumpliendo con los plazos para cubrir o reembolsarle ciertos artículos o servicios médicos que fueron aprobados; puede presentar un reclamo. • Usted cree que no cumplimos con los plazos requeridos para enviar su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar un reclamo.

Sección 9.2 Cómo presentar una queja

Términos legales

- Un **reclamo** también recibe el nombre de **queja**.
- **Hacer un reclamo** también se expresa como **presentar una queja**.
- **Usar el proceso de reclamo** también se denomina **utilizar el proceso para presentar una queja**.
- Un **reclamo rápido** también recibe el nombre de **queja acelerada**.

Sección 9.3 Paso a paso: hacer un reclamo

Paso 1: comuníquese con nosotros rápidamente, ya sea por teléfono o por escrito.

Generalmente, llamar a Servicios para Miembros es el primer paso. Si hay algo más que usted necesite hacer, Servicios para Miembros se lo informará.

Si no desea llamar (o si llamó y no recibió una respuesta satisfactoria), puede presentar su queja por escrito y enviarla a nuestras oficinas. Si presenta su queja por escrito, se la responderemos por escrito.

El reclamo debe enviarse en un plazo de 60 días después de ocurrido el evento o incidente. En su carta, incluya nombres, fechas y una descripción completa de su problema. Debemos tratar su reclamo tan pronto como su caso lo requiera según su estado de salud, pero a lo sumo 30 días después de haber recibido la queja. Podemos extender el plazo hasta 14 días si usted solicita la extensión, o si justificamos la necesidad de información adicional y si la demora es para su beneficio. Si usted hace un reclamo porque le negamos su solicitud de “decisión rápida sobre la cobertura” o una “apelación rápida”, lo consideraremos como un “reclamo rápido” y responderemos a su reclamo en un plazo de 24 horas.

La **fecha límite** para hacer un reclamo es de **60 días corridos** a partir del momento en que tuvo el problema por el que desea reclamar.

Paso 2: analizamos su reclamo y le damos nuestra respuesta.

Si es posible, le daremos una respuesta inmediatamente. Si nos llama por una queja, podremos darle una respuesta durante el mismo llamado.

La mayoría de las quejas reciben respuesta dentro de los 30 días corridos. Si necesitamos más información y la demora es en beneficio suyo o si usted pide una extensión, podemos tardar hasta 14 días corridos más (44 días corridos en total) para responder a su queja. Si decidimos extender el plazo, se lo informaremos por escrito.

Si hace un reclamo porque denegamos su solicitud de una decisión rápida sobre la cobertura o apelación rápida, automáticamente le daremos un reclamo rápido. Si

usted presenta un *reclamo rápido*, significa que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas**.

Si no estamos de acuerdo con parte o todo su reclamo o no asumimos responsabilidad por el problema que motivó su reclamo, incluiremos los motivos en nuestra respuesta.

Sección 9.4	También puede presentar reclamos por la calidad de atención ante la Organización de Mejoramiento de Calidad
--------------------	--

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

Usted puede hacer su reclamo a la organización para el mejoramiento de la calidad. La Organización de Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica que ejercen y son pagados por el gobierno federal para verificar y mejorar la atención que se provee a los pacientes de Medicare. El capítulo 2 contiene información de contacto.

O

- **Puede presentar su reclamo al mismo tiempo tanto a la Organización de Mejoramiento de la Calidad como a nosotros.**

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

Puede presentar un reclamo sobre Brand New Day Valor Care Plan (HMO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 8:

*Finalización de su membresía en el
plan*

SECCIÓN 1 Introducción para finalizar su membresía en nuestro plan

La finalización de su membresía en Brand New Day Valor Care Plan (HMO) puede ser **voluntaria** (por decisión propia) o **involuntaria** (por decisión ajena a su voluntad):

- Usted puede abandonar nuestro plan porque ha decidido que *desea* hacerlo. En las secciones 2 y 3 se indica el modo en que puede finalizar su membresía de manera voluntaria.
- También existen situaciones limitadas en las que debemos poner fin a su membresía. La Sección 5 le informa las situaciones en las que estamos obligados a cancelar su membresía.

Si abandona nuestro plan, este deberá continuar brindando su atención médica y usted continuará pagando su distribución de costos hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su membresía a nuestro plan?

Sección 2.1 Usted puede finalizar su membresía durante el Período de Inscripción Anual

Usted puede finalizar su membresía durante el **Período de Inscripción Anual** (también denominado *Período Anual de Inscripciones Abiertas*). Durante este tiempo, revise su cobertura médica y de medicamentos y determine la cobertura para el próximo año.

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

Sección 2.2 Usted puede finalizar su membresía durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage

Usted puede hacer *un* cambio en su cobertura médica durante el **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage**.

Capítulo 8. Finalización de su membresía en el plan

- **El período de inscripción anual abierta de Medicare Advantage** es del 1 de enero al 31 de marzo.
- **Durante el Período de Inscripción Abierta anual de Medicare Advantage**, usted puede hacer lo siguiente:
 - Cambiarse a otro plan Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos recetados.
 - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Medicare Original. Si elige cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse a un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare en ese momento.
- **Su membresía finalizará** el primer día del mes después de que usted se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente o después de que hayamos recibido su solicitud de cambio a Medicare Original. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos recetados 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 determinadas situaciones, usted puede finalizar su membresía en un Período especial de inscripción.
--------------------	---

En ciertos casos, los miembros de Brand New Day Valor Care Plan (HMO) pueden calificar para cancelar sus membresías en otros momentos del año. Esto se conoce como un **Período de Inscripción Especial**.

Usted puede reunir los requisitos para poner fin a su membresía durante un Período de Inscripción Especial si cualquiera de las siguientes situaciones corresponde a su caso. Estos son solo ejemplos; para obtener una lista completa puede contactar al plan, llamar a Medicare o visitar la página web de Medicare (<https://www.medicare.gov>):

- Usualmente cuando se ha mudado.
- Si tiene Medi-Cal (Medicaid).
- Si infringimos el contrato con usted.
- Si está recibiendo atención médica en una institución, como un centro de convalecencia o un hospital de atención a largo plazo (LTC).
- Si se inscribe en el Programa de Atención Integral para Adultos Mayores (PACE).

Los períodos de inscripción varían según su situación.

Para conocer si es elegible para el 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 por un caso especial, puede optar por cambiar tanto su cobertura médica como su cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Puede elegir:

- Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura de medicamentos recetados.

Capítulo 8. Finalización de su membresía en el plan

- Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.

O

- Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.

Su membresía generalmente finalizará el primer día del mes después de que hayamos recibido su solicitud para cambiar de plan.

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

Si tiene alguna pregunta sobre cómo finalizar su membresía, puede hacer lo siguiente:

- **Llame a Servicios para Miembros.**
- Obtenga información en el manual ***Medicare y usted 2024***.
- Comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3	¿Cómo terminar su membresía en nuestro plan?
------------------	---

La siguiente tabla explica cómo debe cancelar su membresía a 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 Brand New Day Valor Care Plan (HMO) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su plan nuevo.
• Original Medicare <i>con</i> un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. • Su inscripción en Brand New Day Valor Care Plan (HMO) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su plan nuevo.
• Original Medicare <i>sin</i> un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.	• Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Comuníquese con Servicios para miembros si necesita más información sobre cómo hacerlo.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
	- También puede comunicarse con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana y solicitar que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. - Su suscripción a Brand New Day Valor Care Plan (HMO) será cancelada cuando entre en vigencia su cobertura de Original Medicare.

Nota: Si también tiene cobertura acreditable de medicamentos recetados (por ejemplo, PDP independiente) y cancela su inscripción en esa cobertura, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía en la Part D si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare sin cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 días consecutivos o más.

SECCIÓN 4 Hasta que su membresía finalice, usted debe continuar recibiendo sus servicios y artículos médicos a través de nuestro plan

Hasta que finalice su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare, deberá seguir recibiendo su atención, servicios y artículos médicos a través de nuestro plan.

- **Continúe utilizando nuestros proveedores de la red para recibir atención médica.**
- **Si usted se interna en el hospital el día que finaliza su membresía, su internación en el hospital será cubierta por nuestro plan hasta que reciba el alta** (aún si recibe el alta después de que entre en vigencia su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 Brand New Day Valor Care Plan (HMO) debe finalizar su membresía en el plan en ciertos casos

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos finalizar su membresía al plan?

Brand New Day Valor Care Plan (HMO) debe cancelar su membresía al plan en cualquiera de los siguientes casos:

- Si ya no tiene Medicare Part A y Part B.
- Si usted se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si se muda fuera del área de servicio por un período mayor a seis meses.

Capítulo 8. Finalización de su membresía en el plan

- Si se muda o viaja por un tiempo prolongado, deberá llamar a Servicios para miembros para saber si el lugar al que se muda o viaja está dentro del área de nuestro plan.
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si no es ciudadano de los Estados Unidos ni reside legalmente allí.
- Si intencionalmente nos da información incorrecta al inscribirse en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos permiso de Medicare primero).
- Si usted continuamente se comporta de una manera disruptiva, que nos dificulta proporcionar cuidado médico para usted y otros miembros de nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos permiso de Medicare primero).
- Si usted permite que otra persona utilice su tarjeta de membresía para recibir cuidado médico. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos permiso de Medicare primero).
 - Si cancelamos su membresía por esta razón, Medicare puede hacer que su caso sea investigado por el Inspector General.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna consulta o desea obtener más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, llame a Servicios para miembros.

Sección 5.2 Nosotros no podemos solicitarle que abandone nuestro plan debido a algún motivo relacionado con la salud

Brand New Day Valor Care Plan (HMO) no puede pedirle que abandone nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si usted considera que se le está solicitando abandonar nuestro plan por una razón relacionada con su salud, usted debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

Sección 5.3 Tiene derecho a presentar una queja si terminamos su membresía en nuestro plan

Si terminamos su membresía en nuestro plan, debemos comunicarle los motivos de la terminación por escrito. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja o reclamación sobre nuestra decisión de terminar su membresía.

CAPÍTULO 9:

Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso de leyes aplicables

La ley principal que se aplica a este documento de *Evidencia de Cobertura* es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las reglamentaciones creadas conforme a ella por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Además, pueden aplicarse otras leyes federales y, en ciertas circunstancias, las leyes del estado en el que usted vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, incluso cuando en este documento no se incluyan o no se expliquen las leyes.

SECCIÓN 2 Aviso de no discriminación

No discriminamos por motivos de raza, grupo étnico, nacionalidad, color, creencia religiosa, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad física o mental, estado de salud, antecedentes de quejas, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que proveen planes de Medicare Advantage, como nuestro plan, deben obedecer leyes federales contra la discriminación, incluyendo el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley sobre Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Americanos con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley de Cuidado Asequible y todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben subsidios federales, y cualquier otra ley y norma que se aplique por cualquier otra razón.

Para obtener más información o si tiene alguna duda sobre discriminación o trato injusto, por favor 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 su Oficina de Derechos Civiles local. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en <https://www.hhs.gov/ocr/index.html>.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención médica o a un proveedor, llame a Servicios para miembros. Si tiene alguna queja, por ejemplo, por un problema de acceso en silla de ruedas, Servicios para Miembros puede ayudarlo.

SECCIÓN 3 Aviso sobre sus derechos de subrogación para pagadores secundarios de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios cubiertos de Medicare de los cuales Medicare no es el pagador primario. Según las reglamentaciones de CMS en el título 42 del CFR, secciones 422.108 y 423.462, Brand New Day Valor Care Plan (HMO), como organización de Medicare Advantage, nuestro plan ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce la Secretaría según las reglamentaciones de CMS

Capítulo 9. Avisos legales

en las subpartes B a D de la parte 411 del título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección sustituyen cualquier ley estatal.

SECCIÓN 4 Aviso sobre responsabilidad de terceros

Si sufre una lesión o enfermedad por la cual un tercero es responsable debido a un acto negligente o intencional u omisión que causó su enfermedad o lesión, le enviaremos una declaración de los cargos razonables por los servicios prestados en relación con la lesión o enfermedad. Los cargos se calcularán como se muestra a continuación. Sin embargo, no se le exigirá que nos pague hasta que se haya establecido la responsabilidad financiera a través de la resolución del asunto, la sentencia judicial o cualquier otra cosa.

Si recupera cualquier monto del tercero responsable, debe notificarnos de inmediato lo mismo. Se nos reembolsará de dicha recuperación de un tercero por los cargos establecidos en el estado de cuenta que le enviamos, sujeto a los límites establecidos en los párrafos siguientes.

- a. La cantidad de nuestro gravamen se calculará de la siguiente manera:
 - i. Para los servicios de atención médica que no se brindan según el uso de mayúsculas, el monto que realmente paga el Plan, el Grupo médico o la Asociación de Médicos Independientes al proveedor médico tratante; o
 - ii. Si los servicios se prestaron con capitación, el ochenta por ciento (80%) del cargo usual y habitual por los mismos servicios brindados sin capitación en la misma área geográfica donde se prestaron los servicios.
 - iii. Si usted recibió servicios de capitación y fuera de capitación, y nuestro proveedor contratado de servicios de capitación paga por los servicios no capitados que recibió, dicho gravamen no podrá exceder el monto de:
 - 1. Los costos razonables realmente pagados para perfeccionar el gravamen, y
 - 2. Los montos determinados en virtud de la sección "i" y la sección "ii" anterior.
- b. Nuestra recuperación de gravamen máxima está sujeta a las siguientes limitaciones:
 - i. Si contrató a un abogado, el gravamen no podrá exceder el menor de los siguientes montos:
 - 1. La cantidad máxima determinada conforme a (a.) anterior; o
 - 2. Un tercio (1/3) de los fondos que tiene derecho a recibir bajo cualquier criterio, acuerdo o acuerdo final.
 - ii. Si no contrató a un abogado, el gravamen no podrá exceder el menor de los siguientes montos:
 - 1. La cantidad máxima determinada conforme a (a.) anterior; o
 - 2. La mitad (1/2) del dinero que tiene derecho a recibir bajo cualquier criterio, acuerdo o acuerdo final.

Capítulo 9. Avisos legales

- c. Nuestras recuperaciones de gravamen están sujetas a estas reducciones adicionales:
 - i. Si un juez, jurado o árbitro hace un hallazgo especial de que usted fue parcialmente culpable, nuestra recuperación de gravámenes se reducirá por el mismo porcentaje de falla comparativa que su recuperación se redujo.
 - ii. Una reducción proporcional de los honorarios razonables de su abogado (si los hubiera) y los costos.

Los límites anteriores sobre las recuperaciones de gravámenes no se aplican a los gravámenes de compensación de trabajadores.

Esta sección completa no se aplica al programa Medi-Cal, ya que los gravámenes contra Medi-Cal se encuentran dentro de la jurisdicción del Departamento de Servicios de Atención médica de California. Además, esta sección no se aplica a las cargas para los servicios hospitalarios. Sujeto a las limitaciones establecidas anteriormente, usted otorga a Brand New Day Valor Care Plan (HMO) una cesión de cualquier monto que se recupere mediante liquidación, sentencia o veredicto, y una reclamación y gravamen contra dicho monto. Es posible que tengamos que ejecutar documentos y proporcionar la información necesaria para establecer la asignación, reclamación o gravamen a fin de determinar el derecho de recuperación.

Dentro de los 30 días posteriores a la presentación de una reclamación o acción legal contra un tercero, debe enviar una notificación escrita de la reclamación o acción legal a Brand New Day Valor Care Plan (HMO) (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Además, por contrato, delegamos a nuestros proveedores el derecho de afirmar derechos de gravamen de terceros contra nuestros miembros por los servicios de atención médica que el proveedor le brindó o coordinó para ellos. Los grupos médicos contratados, las asociaciones de médicos y médicos independientes que validen los derechos de gravamen contra los miembros deben hacerlo de acuerdo con los procedimientos establecidos anteriormente.

CAPÍTULO 10:

*Definiciones de términos
importantes*

Capítulo 10. Definiciones de términos importantes

Centro de Cirugía Ambulatoria: un Centro de cirugía ambulatoria es una entidad que funciona exclusivamente con el objetivo de suministrar servicios de cirugía ambulatoria a pacientes que no precisan hospitalización y cuya estadía esperada en el centro no supera las 24 horas.

Período de Inscripción Anual: un lapso establecido desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año cuando los miembros pueden cambiar su plan de salud o de medicamentos, o cambiarse a Original Medicare.

Apelación: Una apelación es algo que usted presenta si está en desacuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud para cobertura de servicios de atención médica o el pago de servicios que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de cancelar los servicios que está recibiendo.

Saldo de Facturación: cuando un proveedor (como un médico o un hospital) le cobra a un paciente un monto más alto que el monto de distribución de costos permitido del plan. Como miembro de Brand New Day Valor Care Plan (HMO), usted solo debe pagar los montos de distribución de costos de nuestro plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le *facturen el saldo* o de otro modo le cobren más que el monto de distribución de costos que, de acuerdo con el plan, usted debe pagar.

Período de Beneficios: la forma en la que tanto nuestro plan como Original Medicare miden el uso que usted hace de los servicios de hospitales y centros de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficios comienza el día en que usted ingresa a un hospital o a un centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando se le da el alta. Si ingresa a un hospital o a un centro de enfermería especializada después de haber terminado un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. Debe pagar el deducible por internación hospitalaria por cada período de beneficios. No hay un límite para la cantidad de períodos de beneficios.

Centros de servicios de Medicare y Medicaid (CMS): es la agencia Federal a cargo de la administración de Medicare.

Plan para necesidades especiales de cuidados crónicos: los C-SNP son SNP que restringen la inscripción a personas elegibles para MA que tienen una o más afecciones crónicas graves o incapacitantes, según se define en 42 CFR 422.2, incluida la restricción de la inscripción basada en varios agrupamientos de afecciones comórbidas y relacionadas clínicamente frecuentes especificados en 42 CFR 422.4(a) (1) (iv).

Coseguro: monto que puede tener que pagar, expresado en forma de porcentaje (por ejemplo, el 20 %) como su parte del costo de los servicios después de pagar cualquier deducible.

Reclamo: el nombre formal para *hacer un reclamo es presentar una queja*. El procedimiento de reclamo se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Estos incluyen problemas relacionados con la calidad del cuidado, tiempos de espera y servicio al cliente que usted recibe. También incluye quejas si su plan no cumple con los períodos en el proceso de apelación.

Capítulo 10. Definiciones de términos importantes

Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF): un centro que provee principalmente servicios de rehabilitación a pacientes que tuvieron una enfermedad o lesión, incluidos los servicios de fisioterapia, los servicios sociales o psicológicos, la terapia respiratoria, la terapia ocupacional, los servicios de patología del habla y el lenguaje y los servicios para la evaluación del contexto familiar.

Copago: monto que posiblemente deba pagar como su parte del costo de un servicio o suministro médico, como una visita al médico, una visita al hospital como paciente ambulatorio o una receta médica. El copago es un monto fijo (por ejemplo, \$10), en lugar de un porcentaje.

Distribución de costos: la distribución de costos se refiere a los montos que un miembro debe pagar cuando recibe servicios. La distribución de costos incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier monto de deducible que el plan pueda imponer antes de cubrir los servicios; (2) cualquier monto de *copago* fijo que un plan exija pagar al recibir servicios específicos; o (3) cualquier monto de *coseguro*, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que un plan exija pagar al recibir medicamentos o servicios específicos.

Servicios cubiertos: el término que utilizamos para referirnos a todos los servicios de atención médica y suministros cubiertos por nuestro plan.

Cobertura válida para medicamentos recetados: cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que debe cubrir, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. Los beneficiarios de este tipo de cobertura, cuando se vuelven elegibles para Medicare, generalmente pueden conservar esa cobertura sin pagar una multa, si deciden inscribirse más adelante en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Cuidados de custodia: los cuidados de custodia son cuidados personales brindados en una residencia para ancianos, centro de cuidados paliativos u otra instalación, cuando usted no requiere atención médica especializada o atención de enfermería especializada. El cuidado de custodia lo ofrecen personas sin capacitación ni destrezas profesionales y consiste, por ejemplo, en brindar ayuda para actividades cotidianas como bañarse, vestirse, alimentarse, entrar o salir de la cama o de la silla, desplazarse y utilizar el baño. También puede incluir el tipo de cuidados relacionados con la salud que la mayoría de las personas hace por su cuenta como, por ejemplo, utilizar gotas para los ojos. Medicare no cubre el cuidado de custodia.

Deducible: monto que debe pagar por atención médica antes de que nuestro plan pague.

Cancelar o Cancelación de la Inscripción: el proceso de cancelar su membresía al plan.

Planes Dual Eligible Special Needs (D-SNP): los D-SNP inscriben personas que tienen derecho tanto a Medicare (título XVIII de la Ley de Seguro Social) como a la asistencia médica de un plan estatal contemplado en Medicaid (título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

Capítulo 10. Definiciones de términos importantes

Equipo médico duradero (DME): ciertos equipos médicos indicados por su médico para fines médicos. Los ejemplos incluyen caminadores, sillas de rueda, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital solicitadas por un proveedor para uso en el hogar.

Emergencia: una emergencia médica ocurre cuando usted u otra persona prudente no experta en medicina, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, considera que presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar el fallecimiento (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un hijo por nacer) o la pérdida o el deterioro grave de una extremidad o de una función de esta. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor grave o una afección médica que empeora rápidamente.

Atención de Emergencia: los servicios cubiertos que son: (1) brindados por un proveedor calificado para proporcionar servicios de emergencia; y (2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia.

Evidencia de Cobertura (EOC) e Información de Divulgación: este documento, junto con el formulario de inscripción y otros anexos, cláusulas adicionales u otra cobertura opcional seleccionada, describe su cobertura, nuestras obligaciones, sus derechos y sus responsabilidades como miembro de nuestro plan.

Ayuda Adicional: un programa de asistencia económica de Medicare o de un estado a personas de bajos ingresos y recursos para pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como primas, deducibles y coseguro.

Queja: tipo de reclamo que usted presenta sobre nuestro plan o nuestros proveedores, incluso reclamos por la calidad de atención. Esto no incluye disputas por cobertura o pagos.

Asistente de salud a domicilio: una persona que proporciona servicios que no requieren de la destreza de un terapeuta o personal de enfermería autorizados, como ayuda para el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse o hacer los ejercicios indicados).

Centro de atención para pacientes terminales: un beneficio que brinda tratamiento especial para un miembro que, según certificación médica, padece una enfermedad terminal, es decir, que tiene una esperanza de vida de 6 meses o menos. Nosotros, es decir, su plan, debemos proporcionarle una lista de centros de cuidados paliativos en su área geográfica. Si opta por un centro de cuidados paliativos y continúa pagando las primas, aún es miembro de nuestro plan. Aún puede obtener todos los servicios médicamente necesarios, así como otros beneficios suplementarios que ofrecemos.

Internación en hospital: sucede cuando un paciente se ingresa formalmente a un hospital para recibir servicios médicos especializados. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se lo considere un *paciente ambulatorio*.

Capítulo 10. Definiciones de términos importantes

Período de Inscripción Inicial: cuando usted es elegible por primera vez para Medicare, el período en que usted puede inscribirse para la Part A y la Part B de Medicare. Si usted es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su Período de Inscripción Inicial es el período de 7 meses que comienza tres meses antes del mes que cumple 65 años, incluye el mes que cumple 65 años y termina tres meses después del mes que cumple 65 años.

Subsidio por Bajos Ingresos (LIS): consulte “Ayuda Adicional”.

Monto Máximo de Gastos de Bolsillo: pago máximo que puede hacer de su bolsillo durante el año natural, para los servicios cubiertos de la Part A y la Part B dentro de la red. Las sumas que paga por las primas de Medicare Part A y Part B no cuentan para el cálculo de la suma máxima de su bolsillo.

Medicaid (o Medical Assistance): un programa mixto federal y del estado que brinda asistencia económica por gastos médicos a personas de bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero la mayoría de los costos de atención médica tienen cobertura si califica para Medicare y Medicaid.

Medicamento necesario: servicios, suministros o medicamentos que se necesitan para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicare: el programa de seguro médico Federal para mayores de 65, algunas personas menores de 65 con ciertas discapacidades y pacientes que sufren Insuficiencia Renal en Etapa Terminal (generalmente aquellos con insuficiencia renal permanente que deben recibir servicios de diálisis o un trasplante de riñón).

Período de inscripción abierta en Medicare Advantage: el período desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo cuando los miembros de un plan de Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a otro Plan de Medicare Advantage u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse a un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare en ese momento. El Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage también está disponible durante un período de 3 meses después de que una persona es elegible por primera vez para Medicare.

Plan Medicare Advantage (MA): a veces llamado Part C de Medicare. Es un plan que ofrece una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos los beneficios de la Part A y Part B de Medicare. Un plan de Medicare Advantage puede ser un i) HMO, ii) un PPO, iii) un Plan Private Fee-for-Service (PFFS) o iv) un Plan Medicare Medical Savings Account (MSA). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un plan Special Needs (SNP). En la mayoría de los casos, los planes de Medicare Advantage también ofrecen Medicare Part D (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se denominan **Planes de Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados**. Brand New Day Valor Care Plan (HMO) no ofrece cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Capítulo 10. Definiciones de términos importantes

Servicios Cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por la Part A y la Part B de Medicare. Todos los planes de salud Medicare deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por Medicare Part A y B. El término Servicios Cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como dentales, de visión o de audición, que un plan de Medicare Advantage puede ofrecer.

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare ofrecido por una empresa privada que tiene contratos con Medicare para proporcionar beneficios de la Part A y Part B a personas que se inscriben en el plan. El término incluye todos los Planes de Medicare Advantage, los Planes Medicare Cost, los Planes para Necesidades Especiales, los Programas de Demostración/Piloto y los Programas de Atención para Ancianos con Todo Incluido (PACE).

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Medicare Part D): seguro de asistencia económica para la compra de medicamentos recetados, vacunas, compuestos biológicos y ciertos suministros para pacientes ambulatorios no cubiertos por Medicare Part A o Part B.

Póliza Medigap (Seguro Complementario de Medicare): el seguro suplementario de Medicare vendido por compañías de seguro privadas para cubrir las **brechas** en Original Medicare. Las pólizas Medigap solo se aplican a Original Medicare. (Un Plan Medicare Advantage no es una póliza de Medigap).

Miembro (Miembro de nuestro Plan o Miembro del Plan): un beneficiario de Medicare que es elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha afiliado en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Servicios para Miembros: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas y apelaciones.

Proveedor de la Red: Proveedor es el término general para referirse a médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica autorizados o certificados por Medicare y por el Estado para proveer servicios de atención médica. Los **Proveedores de la Red** tienen un contrato con nuestro plan para aceptar nuestro pago como el pago total y, en algunos casos, para coordinar y proveer servicios cubiertos a miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también son llamados *proveedores del plan*.

Determinación de la organización: una decisión de nuestro plan sobre si los artículos o servicios están cubiertos o sobre el monto que tiene que pagar por los artículos o servicios cubiertos. En este documento, las determinaciones de la organización se denominan *decisiones de cobertura*.

Original Medicare (Medicare tradicional o Medicare de pago por cada servicio): Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no es un plan de salud privado como los Planes Medicare Advantage y planes de medicamentos recetados. Según Original Medicare, los servicios de Medicare son cubiertos mediante el pago de los montos establecidos por el Congreso a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica. Puede

Capítulo 10. Definiciones de términos importantes

consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. A usted le corresponde pagar el deducible. Medicare paga su parte del monto aprobado por Medicare y usted paga la suya. Original Medicare tiene dos partes: Part A (Seguro de Hospital) y Part B (Seguro Médico), y está disponible en todo Estados Unidos.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: proveedor o centro que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no son empleados, ni son propiedad ni están operados por nuestro plan.

Gastos de Bolsillo: consulte la definición de *distribución de costos* descrita anteriormente. El requisito de distribución de costos del miembro por el cual debe pagar una parte de los servicios que recibe, también se denomina requisito de *gastos de bolsillo* del miembro.

Plan PACE: un Plan PACE (Programa de Atención para Ancianos con Todo Incluido) combina servicios médicos, sociales y soporte a largo plazo (LTSS), y está destinado a ayudar a que personas frágiles continúen siendo independientes y viviendo en su comunidad (en lugar de mudarse a un centro de convalecencia) el mayor tiempo posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben beneficios de Medicare y de Medicaid a través del plan.

Part C: consulte Plan Medicare Advantage (MA).

Part D: el Programa de Beneficios de Medicamentos Recetados de Medicare voluntario.

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO): un plan de Organización de Proveedores Preferidos es un plan de Medicare Advantage que cuenta con una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros del plan por un monto de pago específico. Un Plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan ya sea que se reciban de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red. La distribución de costos, por lo general, es más alta para el miembro cuando recibe los beneficios del plan de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual de gastos de su bolsillo por servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite más alto de gastos de su bolsillo totales combinados por servicios recibidos tanto de proveedores dentro la red (preferidos) como de proveedores fuera de la red (no preferidos).

Prima: el pago periódico que se efectúa a Medicare, una compañía de seguros o un plan de salud por cobertura médica o medicamentos recetados.

Proveedor de atención primaria (PCP): médico u otro proveedor al que consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, debe consultar a su proveedor de atención primaria antes de consultar a cualquier otro proveedor de atención médica.

Autorización Previa: Aprobación por adelantado para obtener servicios. Los servicios cubiertos que requieren autorización previa están marcados en negrita en la Tabla de Beneficios Médicos en el Capítulo 4.

Capítulo 10. Definiciones de términos importantes

Prótesis y aparatos ortopédicos: los artículos médicos incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales y dispositivos necesarios para reemplazar una parte interna o una función del cuerpo, incluidos suministros de ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización de Mejoramiento de la Calidad (QIO): un grupo de médicos y otros expertos en salud que ejercen y son pagados por el Gobierno Federal para verificar y mejorar la atención que se provee a los pacientes de Medicare.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje y terapia ocupacional.

Área de servicios: un área geográfica en la que debe vivir para inscribirse en un plan de salud en particular. En el caso de planes que restringen la lista de médicos y hospitales a los que puede acudir, generalmente también es el área en la que puede obtener servicios de rutina (servicios que no se consideren de emergencia). El plan deberá cancelar su inscripción si se muda fuera del área de servicio del plan de modo permanente.

Atención en centros de enfermería especializada (SNF): servicios de enfermería especializada y rehabilitación provistos en un centro de enfermería especializada en forma diaria y continua. Entre algunos de los ejemplos de atención se incluyen la fisioterapia o las inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por un profesional de enfermería registrado o un médico.

Período de Inscripción Especial: un lapso durante el cual los miembros pueden cambiar sus planes de salud o medicamentos a Original Medicare. Las situaciones en las que usted puede ser elegible para un Período de Inscripción Especial incluyen: si se muda fuera del área de servicios, si se muda a un centro de convalecencia o si violamos nuestro contrato con usted.

Plan para necesidades especiales: un tipo especial de plan Medicare Advantage que brinda atención médica más enfocada para grupos específicos de personas, como aquellos que tienen tanto Medicare como Medicaid, los residentes en una residencia para ancianos o los que sufren ciertas afecciones médicas de tipo crónico.

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI): un beneficio mensual pagado por el Seguro Social a personas de bajos ingresos y recursos con discapacidades, ceguera, o mayores de 65. Los beneficios SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Servicios urgentemente necesarios: servicios cubiertos que no son servicios de emergencia, proporcionados cuando los proveedores de la red no están disponibles o usted no puede acceder a ellos temporalmente o cuando el afiliado está fuera del área de servicios. Por ejemplo, necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser inmediata y médicamente necesarios.

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

Brand New Day cumple con las leyes federales y estatales y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad mental o física, sexo, religión, ascendencia, identificación de grupo étnico, afección médica, información genética, estado civil, sexo, identidad de género, u orientación sexual.

Brand New Day proporciona ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, tales como: intérprete de lengua de señas calificado e información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos). También ofrecemos servicios de idiomas gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como: intérprete calificado e información en otros idiomas.

Si necesita solicitar estos servicios, comuníquese con Brand New Day en: (866) 255-4795 (TTY 711). Nuestros horarios son, de 8 a.m. a 8 p.m. (hora del Pacífico), los 7 días de la semana.

PARA PRESENTAR UNA QUEJA FORMAL

Si cree que Brand New Day no le ha proporcionado estos servicios o lo ha discriminado por cualquier motivo ilegal identificado anteriormente, puede presentar una queja llamando, enviando un fax, enviando un correo electrónico o enviando una carta por correo a:

Brand New Day (ATTN: Appeals & Grievances)

PO BOX 93122

Long Beach, CA 90809-9871

Teléfono: (866) 255-4795, TTY: 711 **Fax:** 657-400-1217

Correo electrónico: Complaints@universalcare.com

OFICINA DE DERECHOS CIVILES (DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA DE CALIFORNIA)

También puede presentar un reclamo de derechos civiles a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica de California por teléfono, por escrito o de manera electrónica:

- **Por teléfono:** llame al 916-440-7370. Si no puede hablar o escuchar bien, llame al 711
- **Por escrito:** complete un formulario de reclamo o envíe una carta a: Deputy Director, Office of Civil Rights

Department of Health Care Services—Office of Civil Rights

PO Box 997413, MS 0009

Sacramento, CA 95899-7413

Los formularios de quejas están disponibles en [http:// es.kasper.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx](http://es.kasper.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx)

Electrónicamente: Envíe un correo electrónico a CivilRights@dhcs.ca.gov

OFICINA DE DERECHOS CIVILES (DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE LOS ESTADOS UNIDOS [HHS])

Si cree que lo discriminaron por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad, o discapacidad,

puede presentar una queja de derechos civiles al HHS, a la Oficina de Derechos Civiles por teléfono, por escrito o electrónicamente:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201

Teléfono: **1-800-368-1019**, TTY: **1-800-537-7697**

Electrónicamente: [**https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf**](https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf),

Los formularios de reclamo están disponibles en [**http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html**](http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html)

Inserción en Varios Idiomas

Servicios de Intérprete en Varios Idiomas

Inglés: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-866-255-4795. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Español: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-866-255-4795. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chino Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-866-255-4795。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chino Cantonés: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-866-255-4795。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalo: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-866-255-4795. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

Francés: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-866-255-4795. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamita: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-866-255-4795 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

Alemán: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelpflichtplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-866-255-4795. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Coreano: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-866-255-4795 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Ruso: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментозного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-866-255-4795. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Árabe:

إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-866-255-4795. سيقوم شخص ما بتدث العربية مساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi:

हमारे 1(या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी 89 के जवाब देने के लिए हमारे पास मु= दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया 81D करने के लिए, बस हमें 1-866-255-4795 पर फोन करें। कोई QRS जो हिंदी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मु= सेवा है।

Italiano: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-866-255-4795. Un nostro incaricato che parla Italiano vi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Português: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-866-255-4795. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

Criollo Francés: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal ouwa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-866-255-4795. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polaco: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-866-255-4795. Ta usługa jest bezpłatna.

Japonés: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-866-255-4795 にお電話ください。日本語を話す人 者が支援いたします。これは 無料のサービスです。

Servicios para Miembros de Brand New Day Valor Care Plan (HMO)

Método	Servicios para Miembros – Información de contacto
LLAME AL	(866) 255-4795 Las llamadas a este número son gratuitas. de 8 a.m. a 8 p.m. (hora del Pacífico), los 7 días de la semana Servicios para Miembros también tiene servicios gratuitos de intérprete de idiomas para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. de 8 a.m. a 8 p.m. (hora del Pacífico), los 7 días de la semana
FAX	(657) 400-1208
ESCRÍBANOS	P.O. Box 93122 Long Beach, CA 90809-3122
SITIO WEB	www.bndhmo.com

Programa de Consejería y Defensa sobre Seguros Médicos (HICAP) (California SHIP)

Programa de Consejería y Defensa sobre Seguros Médicos (HICAP) es un programa estatal que obtiene fondos del Gobierno Federal para ofrecer asesoramiento local gratuito sobre seguros médicos a personas que tienen Medicare.

Método	Información de contacto
LLAME AL	1-800-434-0222
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
ESCRÍBANOS	California Department of Aging Attention: Public Records Act Request 2880 Gateway Oaks Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95833
SITIO WEB	http://www.aging.ca.gov/hicap

Declaración de divulgación con respecto a la PRA. Según la ley de Reducción de Papeles (PRA) de 1995, nadie está obligado a contestar una recopilación de información a menos que muestre un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1051. Si usted tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.