

Del 1.º de enero al 31 de diciembre de 2025

Evidencia de Cobertura para grupos de empleadores:

Sus beneficios y servicios de salud de Medicare como asegurado de UT CARE Medicare (PPO)SM

Este documento le proporciona los detalles sobre su cobertura médica de Medicare desde el 1.º de enero hasta el 31 de diciembre de 2025. **Este es un documento legal importante. Consérvelo en un lugar seguro.**

Si tiene preguntas acerca de este documento, comuníquese con Servicio al Cliente al 1-877-842-7562. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama entre el 1.º de abril y el 30 de septiembre, se usarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días feriados. Esta llamada es gratuita.

Este plan, UT CARE Medicare (PPO)SM, es ofrecido por Health Care Service Corporation, una compañía mutua de reserva legal (HCSC). (Cuando en esta *Evidencia de Cobertura* se dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa Health Care Service Corporation, una Compañía Mutua de Reserva Legal (HCSC). Los términos “el plan” o “nuestro plan” se refieren a UT CARE Medicare [PPO]).

La cobertura PPO es proporcionada por Blue Cross and Blue Shield of Texas, una División de Health Care Service Corporation, una Compañía Mutua de Reserva Legal (HCSC). HCSC es una Licenciataria Independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. HCSC es una organización de Medicare Advantage con un contrato con Medicare. La inscripción depende de la renovación del contrato.

Por el presente, el Asegurado Principal manifiesta expresamente que entiende que este acuerdo constituye un contrato únicamente entre el Asegurado Principal y BCBSTX, que es una corporación independiente que opera bajo una licencia de Blue Cross and Blue Shield Association (la Asociación), que permite a BCBSTX usar las Marcas de Servicio en el Estado, y que BCBSTX no está contratando como agente de seguros de la Asociación. Asimismo, el asegurado principal manifiesta y acepta que no ha celebrado este acuerdo basado en declaraciones de ninguna persona que no sea BCBSTX y que ninguna persona, entidad, u organización que no sea BCBSTX será responsable o responsable ante el asegurado principal por cualquiera de las obligaciones de BCBSTX con el asegurado principal creadas bajo este acuerdo. Este párrafo no creará ninguna obligación adicional de parte de BCBSTX que no sean las obligaciones creadas conforme a otra estipulación de este acuerdo.

Este documento está disponible de forma gratuita en inglés (English). Comuníquese con UT CARE Medicare (PPO) si necesita esta información en otro idioma o formato (inglés [English], braille, letra grande o formatos alternativos).

Y0096_0107803UTSEOC25SPA_C

760615.0225

Los beneficios, las primas, los deducibles o los copagos/coseguro pueden cambiar el 1.º de enero de 2026.

La red de proveedores puede cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario. Notificaremos a los inscritos afectados sobre los cambios con al menos 30 días de anticipación.

Este documento explica sus beneficios y derechos. Use este documento para comprender los siguientes puntos:

- la prima y los gastos compartidos de su plan;
- sus beneficios médicos;
- cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento;
- cómo comunicarse con nosotros si necesita más ayuda; y
- otras protecciones exigidas por la ley de Medicare.

Evidencia de Cobertura para 2025**Tabla de contenido**

CAPÍTULO 1: <i>Inicio como asegurado</i>	5
SECCIÓN 1 Introducción	6
SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos debe reunir para ser elegible como asegurado del plan?	7
SECCIÓN 3 Materiales importantes que recibirá por ser asegurado.....	8
SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para UT CARE Medicare (PPO)	10
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual	10
SECCIÓN 6 Mantenga actualizado su registro de asegurados	11
SECCIÓN 7 Funcionamiento de un plan médico adicional con nuestro plan	12
CAPÍTULO 2: <i>Números de teléfono y recursos importantes</i>	14
SECCIÓN 1 Contactos de UT CARE Medicare (PPO) (cómo comunicarse con nosotros, incluye cómo comunicarse con Servicio al Cliente)	15
SECCIÓN 2 Medicare (cómo recibir asistencia e información directamente del programa Medicare federal)	19
SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP, en inglés) (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)	21
SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad	21
SECCIÓN 5 Seguro Social	22
SECCIÓN 6 Medicaid.....	23
SECCIÓN 7 Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario	23
SECCIÓN 8 ¿Tiene algún seguro grupal o algún otro seguro médico proporcionado por un empleador?	24

Tabla de Contenido

CAPÍTULO 3: <i>Cómo usar los servicios médicos incluidos en el plan</i>	25
SECCIÓN 1 Conceptos que debe conocer acerca de cómo obtener atención médica como asegurado de nuestro plan	26
SECCIÓN 2 Uso de proveedores que forman y que no forman parte de la red para obtener su atención médica	27
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios si tiene una emergencia o necesita atención médica inmediata, o durante una situación de desastre.....	31
SECCIÓN 4 ¿Cómo proceder si usted recibe la factura directamente por los gastos totales de los servicios?	34
SECCIÓN 5 ¿Cómo se incluyen sus servicios médicos cuando usted participa en un estudio de investigación clínica?	35
SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en un centro religioso no médico dedicado a la salud	37
SECCIÓN 7 Normas para la adquisición de propiedad de equipo médico duradero	38
CAPÍTULO 4: <i>Tabla de Beneficios Médicos (servicios incluidos y lo que usted debe pagar)</i>	41
SECCIÓN 1 Explicación de los gastos de bolsillo por servicios incluidos.....	42
SECCIÓN 2 Use la <i>Tabla de Beneficios Médicos</i> para saber cuáles son los servicios incluidos y qué deberá pagar.....	44
SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están incluidos por el plan?	96
CAPÍTULO 5: <i>Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos incluidos</i>	100
SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos el pago de nuestra parte del costo de sus medicamentos o servicios incluidos	101
SECCIÓN 2 Cómo solicitar un reembolso o pago de una factura que usted ha recibido	103
SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y le responderemos afirmativa o negativamente	104

Tabla de Contenido

CAPÍTULO 6: <i>Sus derechos y responsabilidades</i>	105
SECTION 1 Our plan must honor your rights and cultural sensitivities as a member of the plan.....	106
SECTION 2 You have some responsibilities as a member of the plan	120
CAPÍTULO 7: <i>Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)</i>	122
SECCIÓN 1 Introducción	123
SECCIÓN 2 Dónde puede obtener más información y asistencia personalizada	124
SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe usar para abordar sus problemas?	124
SECCIÓN 4 Una guía de los conceptos básicos de decisiones de cobertura y apelaciones.....	125
SECCIÓN 5 Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura.....	129
SECCIÓN 6 Cómo solicitarnos la cobertura de una estadía en un hospital más prolongada para pacientes internados si usted considera que el médico le está dando el alta demasiado pronto.....	138
SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que la cobertura finaliza demasiado pronto	143
SECCIÓN 8 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más.....	148
SECCIÓN 9 Cómo presentar una queja por la calidad de atención, los tiempos de espera, el Servicio al Cliente u otros inconvenientes	150
CAPÍTULO 8: <i>Dejar de ser asegurado del plan</i>	154
SECCIÓN 1 Introducción a la finalización de su condición de ser asegurado de nuestro plan	155
SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede dejar de ser asegurado de nuestro plan?	155

Tabla de Contenido

SECCIÓN 3	¿Cómo dejar de ser asegurado de nuestro plan?.....	157
SECCIÓN 4	Hasta que finalice su calidad de asegurado, debe continuar recibiendo sus servicios médicos a través de nuestro plan.....	158
SECCIÓN 5	UT CARE Medicare (PPO) debe terminar su calidad de asegurado en el plan en ciertas situaciones	159
CAPÍTULO 9: Avisos legales		161
SECCIÓN 1	Aviso de leyes aplicables.....	162
SECCIÓN 2	Aviso sobre la no discriminación	162
SECCIÓN 3	Aviso sobre sus derechos de subrogación para Pagadores Secundarios de Medicare	162
CAPÍTULO 10: Definiciones de términos importantes.....		163

CAPÍTULO 1:

Inicio como asegurado

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Usted está inscrito en UT CARE Medicare (PPO), que es una cobertura PPO de Medicare
--------------------	--

Usted tiene cobertura de Medicare y ha optado por obtener cobertura para atención médica de Medicare a través de nuestro plan, UT CARE Medicare (PPO). Estamos obligados a incluir todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, los gastos compartidos y el acceso a proveedores en este plan difieren de Original Medicare.

UT CARE Medicare (PPO) es una cobertura PPO de Medicare Advantage (PPO significa Organización de Proveedores Participantes). Al igual que todos los seguros de gastos médicos de Medicare, esta PPO de Medicare está aprobada por Medicare y es dirigida por una empresa privada. Este plan no incluye la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.

La cobertura conforme a este Plan califica como una Cobertura Médica Calificada (QHC, en inglés) y cumple con el requerimiento de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, en inglés). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS, en inglés) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

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

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

Los términos *cobertura* y *servicios incluidos* se refieren a la atención médica y los servicios médicos que tiene disponibles como asegurado de UT CARE Medicare (PPO).

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 tiene alguna confusión, preocupación o simplemente una pregunta, comuníquese con Servicio al Cliente.

Capítulo 1 Inicio como asegurado**Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de Cobertura***

Esta *Evidencia de Cobertura* es parte de nuestro contrato con usted acerca de cómo UT CARE Medicare (PPO) le brinda cobertura para su atención. Las demás partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción y los avisos que recibe de nosotros sobre cambios en su cobertura o condiciones que la afectan. En ocasiones, estos avisos se llaman *cláusulas adicionales* o *enmiendas*.

El contrato estará vigente durante los meses en que esté inscrito en UT CARE Medicare (PPO), desde el 1.º de enero de 2025 hasta el 31 de diciembre de 2025.

Cada año calendario, Medicare nos permite hacer cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de UT CARE Medicare (PPO) después del 31 de diciembre de 2025. También podemos elegir dejar de ofrecer el plan u ofrecerlo en un área de servicio diferente luego del 31 de diciembre de 2025.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar UT CARE Medicare (PPO) cada año. Puede seguir con la cobertura de Medicare cada año como asegurado 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 asegurado del plan?**Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad**

Usted será elegible para ser asegurado de nuestro plan si reúne los siguientes requisitos:

- Tiene Medicare Parte A y Medicare Parte B.
- -- Y -- vive en nuestra área de servicios geográfica (a continuación, en la Sección 2.2, se detalla nuestra área de servicio). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área geográfica de servicios, incluso si están ubicadas físicamente en ella.
- -- Y -- es ciudadano estadounidense o reside legalmente en los Estados Unidos.

Sección 2.2 Esta es el área de servicio del plan para UT CARE Medicare (PPO)

UT CARE Medicare (PPO) está disponible solo para personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para continuar siendo asegurado de nuestro plan, debe

Capítulo 1 Inicio como asegurado

seguir residiendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Debido a que su cobertura se proporciona a través de un contrato con su empleador o sindicato actual o anterior, su plan tiene un área de servicio nacional, definida como cualquier lugar dentro de los Estados Unidos. Para continuar como asegurado de nuestro plan, debe seguir residiendo en el área de servicio del plan.

Si se muda, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento) para proporcionarnos su nueva dirección postal.

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 la sección 5 del capítulo 2.

Sección 2.3 Ciudadano estadounidense o residente legal en los EE. UU.

Un asegurado de un seguro de gastos médicos de Medicare debe ser ciudadano estadounidense o residir legalmente en los EE. UU. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) le enviará una notificación a UT CARE Medicare (PPO) si usted no es elegible para permanecer como asegurado sobre esta base. UT CARE Medicare (PPO) debe desinscribirlo si no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes que recibirá por ser asegurado**Sección 3.1 Su tarjeta de asegurado del plan**

Mientras sea asegurado de nuestro plan, debe presentar su tarjeta de asegurado cuando reciba servicios incluidos por este plan. Además, deberá mostrar al proveedor su tarjeta de Medicaid, si corresponde. Este es un modelo de tarjeta de asegurado para que vea cómo será la suya:

 BlueCross BlueShield		Blue Cross Medicare Advantage (PPO)	
Name: SAMPLECARD ID: ABC123456789 Plan (80840): 9101000260		Office Visit: \$ Specialist: \$ Emergency Room: \$	
RxBin: RXP RxPCN: RX RxCat: RXC ID: RXID		Plan: Blue Cross Medicare Advantage	
		www.getblue.com/mapd	
			
		Provider: File medical claims with your local BCBS Plan	
		Pharmacy Line: 1-877-277-7898 Customer Service: 1-877-774-8592 TTY/TDD: 711 Nurse Advice Line: 1-800-631-7023	
		Medicare Limiting Charges Apply	
			
		Licensees of the Blue Cross and Blue Shield Association. HCSC and HISC are Medicare Advantage organizations with a Medicare contract.	
		PPO plans provided by Blue Cross and Blue Shield of Texas, which refers to HCSC Insurance Services Company (HISC). HCSC and HISC are Independent	

Capítulo 1 Inicio como asegurado

NO use su tarjeta de Medicare roja, blanca y azul para los servicios médicos incluidos mientras sea asegurado de este plan. Si usa su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de asegurado de UT CARE Medicare (PPO), es posible que deba pagar 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 de hospital, cuidados paliativos o si necesita participar en los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare también llamados ensayos clínicos.

Si su tarjeta de asegurado se daña, se pierde o la roban, llame a Servicio al Cliente inmediatamente y le enviaremos una tarjeta nueva.

Sección 3.2 Provider Finder

El *Provider Finder* enumera a nuestros proveedores de equipo médico duradero y proveedores que forman parte de la red actualmente.

Los **proveedores que forman parte de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos de médicos, proveedores de equipos médicos duraderos, hospitales y otros centros de salud que tienen un contrato con nosotros para aceptar nuestro pago y todos los gastos compartidos del plan como pago total. Estos proveedores han acordado prestar servicios incluidos a los asegurados de nuestro plan. La lista más reciente de proveedores se encuentra en nuestro portal Blue Access for Members (BAM). Como participante en este plan, no es necesario que utilice un proveedor que forma parte de la red para recibir cobertura bajo su plan. Puede buscar atención de cualquier proveedor que acepte Medicare. Los niveles de beneficios son los mismos independientemente de si acude o no a un proveedor que forma parte de la red.

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

Como asegurado de nuestro plan, puede elegir recibir atención de profesionales de la salud que no forman parte de la red. Nuestro plan cuenta con servicios incluidos de los proveedores que forman parte de la red o proveedores que no forman parte de la red, siempre que los servicios sean beneficios incluidos y sean de necesidad médica. Sin embargo, si usa un proveedor que no forma parte de la red, es posible que su parte de los costos por sus servicios incluidos sea mayor. Consulte el Capítulo 3 (*Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos*) a fin de obtener información más específica.

Si no tiene su copia del *Directorio de Proveedores*, puede solicitar una copia a Servicio al Cliente. Puede solicitar más información sobre los proveedores de la red a Servicio al Cliente, incluso una descripción de sus calificaciones. También puede consultar el Provider Finder que se encuentra en nuestro portal Blue Access for

Members (BAM). Servicio al Cliente puede brindarle la información más actualizada con respecto a los cambios en nuestros proveedores de la red.

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para UT CARE Medicare (PPO)

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del Plan (Sección 4.1)
- Prima Mensual de Medicare Parte B (Sección 4.2)

En algunos casos, la prima de su plan podría ser menor

Las primas de la Parte B de Medicare varían de acuerdo con los diferentes ingresos de las personas. Si tiene preguntas sobre estas primas, revise su copia del manual *Medicare y Usted 2025*, la sección llamada *Costos de Medicare 2025*. Si necesita una copia, puede descargarla desde el sitio web de Medicare (www.medicare.gov/medicare-and-you). 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 deberán llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.1 Prima del Plan

Su cobertura se proporciona a través de un contrato con su empleador actual, ex empleador o sindicato. Comuníquese con el administrador de beneficios del empleador o del sindicato para obtener información sobre la prima de su plan.

Sección 4.2 Prima Mensual de Medicare Parte B

Su cobertura se proporciona a través de un contrato con su empleador actual, ex empleador o sindicato. Comuníquese con el administrador de beneficios del empleador o del sindicato para obtener información sobre la prima de su plan.

Además de pagar la prima mensual del plan, **debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo un asegurado del plan.** Esto incluye su prima para la Parte B. También puede incluir una prima para la Parte A, que afecta a los asegurados que no son elegibles para la Parte A sin prima.

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual

Sección 5.1 ¿Podemos cambiar su prima mensual del plan 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 vigor el 1.º de enero.

SECCIÓN 6 Mantenga actualizado su registro de asegurados

Su documento que acredita como asegurado contiene información de su formulario de inscripción e incluye su dirección y número de teléfono. Muestra la cobertura específica de su plan.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y demás proveedores de la red del plan deben tener información correcta acerca de usted. **Estos proveedores que forman parte de la red se basan en el documento que acredita como asegurado para verificar qué medicamentos están incluidos y los montos de gastos compartidos.** 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.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico que usted tenga (como la de su empleador, el empleador de su cónyuge o pareja en unión libre, la indemnización laboral o Medicaid).
- Si tiene alguna reclamación por responsabilidad civil, como reclamaciones por accidentes de automóvil.
- Si estuvo internado en un hogar de servicios de enfermería.
- Si recibe atención en un hospital o en una sala de emergencias fuera del área de cobertura o que no forma parte de la red.
- Si cambia la persona responsable designada (como su encargado de los cuidados de otra persona).
- 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 lo alentamos a que lo haga).

Si alguno de estos datos cambia, le solicitamos nos lo informe llamando a Servicio al Cliente.

También es importante que se comuniquen 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 la sección 5 del capítulo 2.

SECCIÓN 7 Funcionamiento de un plan médico adicional con nuestro plan

Otros seguros médicos

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 conforme a 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 Servicio al Cliente. Es posible que deba proporcionar su número de asegurado 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 pagador secundario no abone todos los costos que no fueron incluidos. Si tiene un plan médico adicional, informe a su médico, hospital y farmacia.

Estas reglas tienen validez para la cobertura de seguro de gastos médicos grupales ofrecidos por el empleador o el sindicato:

- Si tiene cobertura de jubilación, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su seguro de gastos médicos grupal está basada en su empleo actual o en el empleo actual de un miembro de la familia, 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, en inglés):
 - Si es menor de 65 años, está discapacitado y usted o su miembro de la familia todavía trabaja, el seguro de gastos médicos grupal pagará primero si el empleador tiene 100 empleados o más, o bien si al menos un empleador de una cobertura médica de múltiples empleadores tiene más de 100 empleados.
 - Si es mayor de 65 años y usted o su cónyuge o pareja en unión libre siguen trabajando, el seguro de gastos médicos grupal pagará primero si el

Capítulo 1 Inicio como asegurado

empleador tiene 20 empleados o más, o si al menos un empleador de una cobertura médica de múltiples empleadores tiene más de 20 empleados.

- Si tiene Medicare por ESRD, el seguro de gastos médicos 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 laboral

Medicaid y TRICARE nunca pagan primero los servicios incluidos por Medicare. Únicamente pagan después de que hayan pagado Medicare, los seguros de gastos médicos grupales del empleador o Medigap.

CAPÍTULO 2:

Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1 Contactos de UT CARE Medicare (PPO) (cómo comunicarse con nosotros, incluye cómo comunicarse con Servicio al Cliente)

Cómo comunicarse con Servicio al Cliente de nuestro plan

Para obtener asistencia con las reclamaciones, la facturación o si tiene consultas por la tarjeta de asegurado, llame o escriba al Servicio al Cliente de UT CARE Medicare (PPO). Nos complace ayudarlo.

Método	Servicio al Cliente: Información de Contacto
LLAME AL	1-877-842-7562 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama entre el 1.º de abril y el 30 de septiembre, se usarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días feriados. Servicio al Cliente también tiene servicios gratuitos de interpretación de idiomas para las personas que no hablan inglés (English).
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama entre el 1.º de abril y el 30 de septiembre, se usarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días feriados.
FAX	1-855-895-4747
ESCRÍBANOS	Customer Service P.O. Box 4555 Scranton, PA 18505

Cómo comunicarse con nosotros para consultar sobre una decisión de cobertura o apelación referente a su atención médica

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y cobertura, o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos. 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 un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Puede comunicarse con nosotros si tiene preguntas sobre el proceso de decisión de cobertura.

Método	Decisiones de cobertura de atención médica: Información de Contacto
LLAME AL	1-877-842-7562 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama entre el 1.º de abril y el 30 de septiembre, se usarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días feriados.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama entre el 1.º de abril y el 30 de septiembre, se usarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días feriados.
FAX	1-855-874-4711
ESCRÍBANOS	Appeals and Grievances P.O. Box 4288 Scranton, PA 18505

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

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

Método	Apelaciones por Atención Médica: Información de Contacto
LLAME AL	1-877-842-7562 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama entre el 1.º de abril y el 30 de septiembre, se usarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días feriados.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama entre el 1.º de abril y el 30 de septiembre, se usarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días feriados.
FAX	1-855-674-9185
ESCRÍBANOS	Blue Cross Medicare Advantage c/o Appeals P.O. Box 663099 Dallas, TX 75266

Cómo comunicarse con nosotros 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. (Si tiene un problema relacionado con la cobertura o con el pago del plan, debe consultar la sección anterior sobre la presentación de apelaciones). Para obtener más información sobre cómo presentar una queja por su atención médica, consulte el capítulo 7 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, queja]*).

Método	Quejas por atención médica: información de contacto
LLAME AL	1-877-842-7562 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama entre el 1.º de abril y el 30 de septiembre, se usarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días feriados.

Método	Quejas por atención médica: información de contacto
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama entre el 1.º de abril y el 30 de septiembre, se usarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días feriados.
FAX	1-855-674-9189
ESCRÍBANOS	Blue Cross Medicare Advantage c/o Grievances P.O. Box 4288 Scranton, PA 18505
SITIO WEB DE MEDICARE	Usted puede presentar una queja sobre UT CARE Medicare (PPO) directamente ante Medicare. Para enviar una queja en línea a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Dónde enviar una solicitud para pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de atención médica que usted recibió

Si recibió una factura o pagó servicios (como una factura de proveedor) que considera que deberíamos pagar nosotros, es posible que deba solicitar al plan un reembolso o que paguemos la factura del proveedor, consulte el capítulo 5 (*Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos incluidos*).

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

Método	Solicitud de Pago Médico: información de contacto
ESCRÍBANOS	Medical Claims Payment Request P.O. Box 4195 Scranton, PA 18505

Método	Solicitud de Pago de Emergencias Internacionales/Atención Médica Inmediata: información de contacto
ESCRÍBANOS	Blue Cross Blue Shield Global Core Service Center P.O. Box 2048 Southeastern, PA 19399
SITIO WEB	www.bcbsglobalcore.com

SECCIÓN 2 Medicare (cómo recibir asistencia e información directamente del programa Medicare federal)

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 para hablar. Las llamadas a este número son gratuitas.
SITIO WEB	www.Medicare.gov 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, hogares de servicios de enfermería, médicos, agencias de atención médica a domicilio y centros de diálisis. Se incluyen documentos que puede imprimir directamente de su

Método	Medicare: Información de Contacto
	<p>computadora. También se pueden encontrar contactos de Medicare en su estado.</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none">• Herramienta de Elegibilidad para Medicare: proporciona información sobre el estado de elegibilidad para Medicare.• Localizador de Planes de Medicare: ofrece información personalizada sobre los planes de medicamentos con receta disponibles de Medicare, los seguros de gastos médicos de Medicare y las pólizas de Medigap (Seguro Suplementario de Medicare) en su área. Estas herramientas proporcionan un cálculo <i>aproximado</i> de sus gastos de bolsillo en los distintos planes de Medicare. <p>También puede usar el sitio web para informar a Medicare acerca de cualquier queja que tenga sobre UT CARE Medicare (PPO):</p> <ul style="list-style-type: none">• Informe a Medicare sobre su queja: Usted puede presentar una queja sobre UT CARE Medicare (PPO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas en serio y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare. <p>Si no tiene computadora, puede usar una computadora de su biblioteca local o centro de la tercera edad para visitar este sitio web. O bien, puede llamar a Medicare e informar qué información está buscando. El personal encontrará la información en el sitio web y la revisará 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).</p>

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP, en inglés)

(ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP, en inglés) es un programa gubernamental con consejeros capacitados en cada estado. Consulte el apéndice en la parte posterior de este documento para encontrar información sobre el SHIP en su estado.

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) es un programa estatal independiente (que no está relacionado con ninguna compañía de seguros o seguro de gastos médicos) que recibe dinero del Gobierno federal para ofrecer asesoramiento local gratuito sobre seguros médicos a las personas con Medicare.

Los consejeros del Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) pueden ayudarlo a comprender sus derechos de Medicare, a presentar quejas por la atención médica o el tratamiento que recibe, y a solucionar cualquier problema con sus facturas de Medicare. Los consejeros del Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) también pueden ayudarlo si tiene preguntas o problemas con Medicare, o a comprender sus opciones de plan y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

MÉTODO PARA ACCEDER AL SHIP y OTROS RECURSOS:

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

SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad

En cada estado, existe una Organización para el Mejoramiento de la Calidad designada para brindar servicios a los beneficiarios de Medicare. En Texas, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se denomina Acentra Health.

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

Debe comunicarse con Acentra Health en cualquiera de estas situaciones:

- Si tiene una queja por la calidad de la atención que recibió.
- Si considera que el período de cobertura por su estadía en un hospital finalizará demasiado pronto.
- Si considera que el período de cobertura por servicios de atención médica en el hogar, atención en centros de enfermería especializada o Centros de Rehabilitación para Pacientes no Hospitalizados (CORF) finalizará demasiado pronto.

Consulte el apéndice en el reverso de este documento y obtenga una lista de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.

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 los residentes permanentes legales de 65 años o más, o las personas con discapacidades o Insuficiencia Renal en Etapa Terminal (ESRD, en inglés) que cumplan ciertos requisitos, 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 comuniquen con su Seguro Social para informar estos cambios.

Método	Seguro Social: Información de Contacto
LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponibles de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. 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 para hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponibles 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 gubernamental federal y estatal mixto que brinda asistencia económica por gastos médicos a personas de bajos ingresos y recursos. 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 de Medicare Calificado (QMB):** ayuda a pagar las primas de Medicare Parte A y Parte B, y otros gastos compartidos (como deducibles, coseguros y copagos). (Algunas personas con QMB también pueden reunir los requisitos para ser elegibles y recibir los beneficios completos de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiarios Especificados de Bajos Recursos de Medicare (SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también pueden reunir los requisitos para ser elegibles y recibir los beneficios completos de Medicaid [SLMB+]).
- **Persona Elegible (QI):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Personas Trabajadoras y Discapacitadas Elegibles (QDWI):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con la agencia de Medicaid de su estado que figura en el anexo del reverso de este documento.

SECCIÓN 7 Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario

La Junta de Retiro Ferroviario es una agencia federal independiente que administra programas de beneficios integrales para los trabajadores ferroviarios 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, comuníquese con 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 Junta de Retiro Ferroviario (RRB, en inglés) 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 feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o para hablar. Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.
SITIO WEB	rrb.gov/

SECCIÓN 8 ¿Tiene algún seguro grupal o algún otro seguro médico proporcionado por un empleador?

Si usted (o su cónyuge o pareja en unión libre) obtiene beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja en unión libre) como parte de este plan, llame al administrador de beneficios del empleador/sindicato o a Servicio al Cliente en caso de tener alguna pregunta. Puede preguntar acerca de sus beneficios médicos, primas, o período de inscripción (o los de su cónyuge o pareja en unión libre) del empleador o grupo de jubilados. (Los números telefónicos de Servicio al Cliente aparecen en la contraportada de este documento). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare conforme a este plan.

CAPÍTULO 3:

*Cómo usar los servicios médicos
incluidos en el plan*

SECCIÓN 1 Conceptos que debe conocer acerca de cómo obtener atención médica como asegurado de nuestro plan

En este capítulo, se explican los conceptos que usted necesita conocer con respecto a cómo se incluye la atención médica en su plan. Proporciona las definiciones de ciertos términos y explica las normas que usted deberá seguir para recibir tratamientos, servicios, equipos, medicamentos con receta de la Parte B y otro tipo de atención médica incluidos en el plan.

Para obtener información detallada sobre el tipo de atención médica incluida por nuestro plan, así como qué parte del costo debe pagar cuando recibe esta atención, consulte la Tabla de beneficios en el capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos [servicios incluidos y lo que usted debe pagar]*).

Sección 1.1 ¿Qué son los proveedores que forman parte de la red y los servicios incluidos?

- Los **proveedores** son los médicos y otros profesionales de la salud autorizados por el estado para proporcionar servicios y atención médica. El término proveedores también incluye hospitales y otros centros de salud.
- Los **proveedores que forman parte de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos de médicos, hospitales y otros centros de salud que tienen un contrato con nosotros para aceptar nuestro pago y su monto de gastos compartidos como pago total. Estos proveedores han acordado prestar servicios incluidos a los asegurados 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 que forma parte de la red, normalmente pagará solo la parte que le corresponde por el costo de sus servicios.
- Los **Servicios incluidos** incluyen toda la atención médica, servicios de atención médica, suministros y equipos incluidos en nuestro plan. Los servicios incluidos 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 incluida por el plan

Como plan de seguro de gastos médicos de Medicare, UT CARE Medicare (PPO) debe cubrir todos los servicios incluidos en Original Medicare y debe cumplir todas las reglas de cobertura de Original Medicare.

UT CARE Medicare (PPO) generalmente incluirá su atención médica siempre que:

- **La atención médica que recibe se encuentra 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 de necesidad médica.** De necesidad médica significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos se necesitan para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de la afección médica y cumplen con estándares aceptados de la práctica médica.
- **Usted recibe atención de un proveedor que sea elegible para proporcionar servicios conforme a Original Medicare.** Como asegurado de nuestro plan, puede recibir su atención de un proveedor que forma parte de la red o de un proveedor que no forma parte de la red (para obtener más información al respecto, consulte la sección 2 en este capítulo).

Los proveedores de nuestra red figuran en el *Provider Finder* www.bcbstx.com/retiree-medicare-ut.

Tenga en cuenta lo siguiente: Si bien puede recibir atención médica de un proveedor que no forma parte de la red, el proveedor debe ser elegible para participar en Medicare. Excepto por la atención médica de emergencia, nosotros no podemos pagarle a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare. Si acude a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare, será responsable del costo total de los servicios que reciba. Consulte a su proveedor antes de recibir los servicios a fin de confirmar que sea elegible para participar en Medicare.

SECCIÓN 2 Uso de proveedores que forman y que no forman parte de la red para obtener su atención médica

Sección 2.1	Cómo recibir atención médica de especialistas y otros proveedores que forman parte de la red
--------------------	---

Un especialista es un médico que provee servicios de atención médica para una enfermedad o parte del cuerpo específicas. Existen muchos tipos de especialistas. Algunos ejemplos son los siguientes:

- 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.

No se requieren referidos a especialistas ni a otros proveedores que forman parte de la red. Los asegurados pueden autorremitirse (no se requiere notificación al plan).

Capítulo 3 Cómo usar los servicios médicos incluidos en el plan

Para ciertos servicios, usted o su proveedor deberán obtener aprobación del plan antes de que podamos incluir el servicio. Esto se denomina **“autorización previa”**. Algunas veces, el requisito de obtener aprobación previa sirve para guiar el uso apropiado de los servicios de necesidad médica. Si usted no obtiene dicha aprobación, es posible que el plan no incluya el servicio. Si utiliza un proveedor que forma parte de la red, es responsabilidad del proveedor contratado seguir nuestras pautas y presentar la autorización previa requerida en su nombre mientras lo mantiene exento de toda responsabilidad. Se recomienda a los asegurados de PPO que opten por recibir servicios fuera de la red que notifiquen al plan sobre dichos servicios, de modo que el plan pueda ayudar al asegurado con la coordinación de servicios médicos. Los servicios recibidos fuera de la red deben ser de necesidad médica. Usted o su proveedor tratante pueden solicitar una revisión de necesidad médica antes de recibir los servicios.

- Consulte la Tabla de Beneficios Médicos (capítulo 4 y Blue Access for Members [BAM]) para determinar qué servicios, dispositivos y equipos necesitan autorización previa como condición de pago antes de que se preste el servicio. Las solicitudes de autorización previa se revisan y determinan dentro del plazo estipulado por los estándares de los CMS, y deben cumplir con los criterios de necesidad médica.
- El médico solicitante debe presentar las autorizaciones previas por teléfono, fax o a través del portal electrónico del proveedor. Esta información de contacto se puso a disposición de todos los médicos. Un asegurado o representante del asegurado puede presentar una autorización previa; sin embargo, el médico solicitante deberá participar para completar la información necesaria a fin de procesar la autorización previa.
- Un médico clínico de Blue Cross Medicare Group Advantage o un director médico (MD, en inglés) con suficiente experiencia médica y otros conocimientos, incluido el conocimiento de los criterios de cobertura de Medicare, revisa la solicitud de autorización previa antes de que Blue Cross Group Medicare Advantage emita la decisión de cobertura.
- Blue Cross Group Medicare Advantage (PPO) requiere que los proveedores de la red envíen solicitudes de autorización previa antes de brindar el servicio. En el caso de que necesite recibir servicios de emergencia, no se requiere autorización previa. Una admisión posterior del departamento o sala de emergencias requerirá autorización previa.
- Los asegurados que utilizan la opción PPO no están obligados a obtener autorización para los servicios fuera de la red; sin embargo, los servicios deben cumplir con los criterios de necesidad médica para estar incluidos.
- Se recomienda a los asegurados que elijan recibir servicios fuera de la red que notifiquen al plan sobre dichos servicios, de modo que el plan pueda ayudar al asegurado con la coordinación de servicios médicos.

Capítulo 3 Cómo usar los servicios médicos incluidos en el plan

- Si necesita atención médica cuando esté fuera de (estado), nuestro beneficio de punto de servicio (ofrecido a través de BlueCard[®], por medio de Blue Cross and Blue Shield Association) le permite recibir atención de rutina y de seguimiento con autorización previa, según sea necesario. Si tiene preguntas sobre la autorización previa cuando viaje, llame a Servicio al Cliente.
- El programa Global Core brinda a los asegurados que viajan fuera de Estados Unidos y sus territorios acceso a servicios de asistencia médica urgente y de emergencia, médicos y hospitales en más de 200 países en todo el mundo. Si tiene preguntas sobre qué atención médica está incluida cuando viaja, llame al Servicio al Cliente o acceda a la información en www.bcbsglobalcore.com.
- Un asegurado puede pagar algunos aranceles adicionales por utilizar los gastos compartidos de la opción fuera de la red.

¿Qué ocurre si un especialista u otro proveedor que forma parte de la red se retira de nuestro plan?

Podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Si su médico o especialista abandona el 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 notificaremos que su proveedor abandona nuestro plan para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
 - Si su proveedor de salud conductual o de atención primaria deja nuestro plan, le notificaremos si ha consultado a ese proveedor dentro de los últimos tres años.
 - Si alguno de sus otros proveedores deja nuestro plan, le notificaremos si usted está asignado al proveedor, si actualmente recibe su atención o si lo ha consultado dentro de los últimos tres meses.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado que forma parte de la red al que pueda tener acceso para continuar con la atención.
- Si se encuentra bajo tratamiento médico o terapias con su actual proveedor, tiene derecho a solicitar que el tratamiento de necesidad médica o las terapias que recibe no se interrumpan, y trabajaremos con usted para garantizar que esto ocurra.
- Le proporcionaremos información sobre los diferentes períodos de inscripción disponibles y las opciones que puede tener para cambiar de plan.

Capítulo 3 Cómo usar los servicios médicos incluidos en el plan

- Nosotros coordinaremos cualquier beneficio incluido de necesidad médica fuera de nuestra red de proveedores, pero con gastos compartidos dentro de la red, cuando un proveedor que forma parte de la red o beneficio no está disponible o es inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas.
- Si se entera de que su médico o especialista abandona su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un proveedor nuevo y gestionar su atención.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que no se está gestionando su atención de forma adecuada, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO, en inglés), una inconformidad con la calidad de atención al plan, o ambas. Consulte el capítulo 7.

Si necesita ayuda para encontrar un proveedor, contáctese con Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento).

Sección 2.2 Cómo recibir atención médica de proveedores que no forman parte de la red

Como asegurado de nuestro plan, puede elegir recibir atención de profesionales de la salud que no forman parte de la red. Sin embargo, tenga en cuenta que los proveedores que no tienen contrato con nosotros no tienen la obligación de tratarlo, excepto en situaciones de emergencia. Nuestro plan cuenta con los servicios incluidos de los proveedores que forman parte de la red o proveedores que no forman parte de la red, siempre que los servicios sean beneficios incluidos y sean de necesidad médica. Estos son otros datos importantes que debe saber sobre las consultas con proveedores que no forman parte de la red:

- Puede recibir atención de un proveedor que no forma parte de la red; sin embargo, en la mayoría de los casos, ese proveedor debe ser elegible para participar en Medicare. Excepto por la atención médica de emergencia, nosotros no podemos pagarle a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare. Si recibe atención de un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare, usted quizás tenga que pagar el costo total de los servicios que reciba. Consulte a su proveedor antes de recibir los servicios a fin de confirmar que sea elegible para participar en Medicare.
- No necesita obtener un referido del médico o autorización previa cuando recibe atención de proveedores que no forman parte de la red. Sin embargo, antes de recibir servicios de proveedores que no forman parte de la red, es posible que desee solicitar una decisión de cobertura previa a la consulta para

Capítulo 3 Cómo usar los servicios médicos incluidos en el plan

confirmar que los servicios que recibe estén incluidos y sean de necesidad médica. (Consulte la sección 4 del capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura). Esto es importante porque:

- Sin una decisión de cobertura previa a la consulta, si más adelante determinamos que los servicios no están incluidos o que no eran de necesidad médica, podemos rechazar la cobertura, y usted será responsable del costo total. Si le informamos que estos servicios no están incluidos, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no incluir su atención. Consulte el capítulo 7 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja*) para saber cómo presentar una apelación.
- Lo mejor es pedirle a un proveedor que no forma parte de la red que primero facture al plan. Sin embargo, si usted ya pagó por los servicios incluidos, le reembolsaremos nuestra parte del costo. O si un proveedor que no forma parte de la red le envía una factura que usted considera que debemos pagar, puede enviárnosla para que efectuemos el pago. Consulte el capítulo 5 (*Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos incluidos*) para obtener información sobre qué hacer si recibe una factura o si necesita solicitar un reembolso.
- Si utiliza un proveedor que no forma parte de la red para recibir atención médica de emergencia, servicios requerido urgentemente o diálisis fuera del área, es posible que no deba pagar un monto de gastos compartidos más alto. Consulte la sección 3 para obtener más información sobre estas situaciones.

SECCIÓN 3 **Cómo obtener servicios si tiene una emergencia o necesita atención médica inmediata, o durante una situación de desastre**

Sección 3.1 Cómo obtener atención en casos de emergencia médica

¿Qué es una emergencia médica y cómo proceder en caso de tener una?

Una **emergencia médica** ocurre cuando usted u otra persona prudente no experta, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, consideran que presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar el fallecimiento (y, si se trata de una mujer embarazada, fallecimiento del bebé nonato), la pérdida de una extremidad o de una función de esta, o la pérdida o incapacitación grave de las funciones corporales. 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 acuda a la sala de emergencias o al hospital más cercano. Llame para solicitar una ambulancia en caso de necesitar una. Usted *no* necesita obtener primero la aprobación ni el referido de su PCP. No es necesario que use un médico de la red. Puede obtener atención médica de emergencia incluida cuando la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con una licencia estatal adecuada, incluso si no forman parte de nuestra red.
- **En cuanto pueda, verifique que se haya informado a nuestro plan acerca de su emergencia.** Debemos realizar el seguimiento de su atención médica de emergencia. Usted u otra persona deberá llamarnos para informarnos de su atención médica de emergencia, generalmente dentro de un plazo de 48 horas. Comuníquese con Servicio al Cliente al 1-877-842-7562 (TTY: 711). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama entre el 1.º de abril y el 30 de septiembre, se usarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días feriados.

¿Qué servicios están incluidos en una emergencia médica?

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

Los médicos que le proveen atención médica de emergencia determinarán cuándo su afección 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 afección continúe estable. Sus médicos continuarán tratándolo hasta que se comuniquen con nosotros y nos informen los planes de atención adicional. El cuidado de seguimiento está incluido por nuestro plan.

¿Qué ocurre si no era una emergencia médica?

A veces, es difícil determinar cuándo una situación corresponde a una emergencia médica. Por ejemplo, usted podría consultar por una atención médica 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.

Sección 3.2 Cómo obtener atención en caso de servicios urgentemente necesarios
--

¿Qué son los servicios requeridos urgentemente?

Un servicio incluido por el plan que requiera atención médica inmediata que no sea una emergencia es un servicio requerido urgentemente si usted está fuera del área de servicio del plan de forma provisional, o si no es razonable dado su tiempo, lugar, y las circunstancias para obtener este servicio de los proveedores que forman parte de la red con los que el plan tiene contratos. Ejemplos de servicios requeridos urgentemente son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de las afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina de necesidad médica al proveedor, tales como chequeos anuales, no se consideran urgentemente necesarias, incluso si usted está fuera del área de servicio del plan o la red del plan no está disponible de forma provisional.

¿Qué sucede si se encuentra fuera del área de servicio del plan cuando requiere atención médica inmediata?

Si ocurre una situación urgente, debe ir directamente al centro de atención médica más cercano para recibir tratamiento. Incluiremos el servicio de acuerdo con su beneficio. Consulte el capítulo 4, Tabla de Beneficios Médicos, para obtener más detalles.

¿Qué sucede si usted está fuera del área de servicio del plan cuando tiene una necesidad urgente de atención?

Como asegurado de nuestro plan, puede elegir recibir atención de profesionales de la salud que forman o no forman parte de la red. Nuestro plan cuenta con servicios incluidos de los proveedores que forman parte de la red o proveedores que no forman parte de la red, siempre que los servicios sean beneficios incluidos y sean de necesidad médica. Los gastos compartidos son los mismos para los proveedores dentro o fuera de la red.

Nuestro plan incluye servicios de atención médica inmediata y de emergencia en todo el mundo fuera de Estados Unidos en las siguientes circunstancias:

Si se encuentran fuera de Estados Unidos, los asegurados solo pueden obtener servicios que se clasificarían como servicios de emergencia y servicios requeridos urgentemente si estuvieran incluidos dentro de Estados Unidos. Esta cobertura también puede incluir servicios de ambulancia en todo el mundo. Comuníquese con el plan para obtener más información al 1-877-842-7562.

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre

Si el gobernador de su estado, la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos o el presidente de 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.bcbstx.com/retiree-medicare-ut para obtener información sobre cómo recibir la atención médica necesaria durante un desastre.

En general, si no puede consultar con un proveedor que forma parte de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener atención de proveedores que no forman parte de la red con los gastos compartidos dentro de la red.

SECCIÓN 4 ¿Cómo proceder si usted recibe la factura directamente por los gastos totales de los servicios?

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

Si pagó un monto mayor que el monto de gastos compartidos de su plan por los servicios incluidos, o si recibió una factura por el costo total de los servicios médicos incluidos, consulte el capítulo 5 (*Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos incluidos*) para obtener información sobre lo que debe hacer.

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

UT CARE Medicare (PPO) incluye todos los servicios de necesidad médica, según se enumeran en la Tabla de Beneficios Médicos, en el Capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios sin cobertura de nuestro plan o servicios obtenidos fuera de la red y no fueron autorizados, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

En el caso de servicios incluidos que tienen una limitación de beneficios, usted también pagará el monto total por el costo de cualquier servicio que usted reciba después de haber agotado el beneficio para ese tipo de servicio incluido. Solo los beneficios incluidos por Medicare se tienen en cuenta para un gasto máximo de bolsillo.

SECCIÓN 5 ¿Cómo se incluyen 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 llamado *ensayo clínico*) es una de las formas en que los médicos y científicos prueban nuevos tipos de atención médica, como qué tan buenos resultados tiene un medicamento nuevo 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 haya aprobado el estudio y usted haya expresado su interés en participar, alguien que trabaje en el estudio se comunicará con usted para brindarle más información al respecto y verificar que reúna los requisitos establecidos por los científicos que realizan el estudio. Puede participar en el estudio siempre y cuando reúna los requisitos para este y comprenda y acepte por completo las condiciones de participación en el estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare se hace responsable del pago de la mayor parte de los costos de los servicios incluidos que reciba como parte del estudio. Si nos informa que usted está en un ensayo clínico calificado, entonces solo es responsable de los gastos compartidos dentro de la red por los servicios en ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó el monto de gastos compartidos de Original Medicare, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y los gastos compartidos 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) a través de nuestro plan.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* necesita informarlo ni obtener nuestra aprobación. *No* es necesario 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 abarca los beneficios de los que es responsable nuestro plan que incluyen, como componente, un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio. Estos incluyen ciertos beneficios especificados en las determinaciones de cobertura nacional que requieren cobertura con desarrollo de evidencia (NCD-CED, en inglés) y estudios de exención para dispositivos en investigación (IDE, en inglés), 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 inscritos de Original Medicare

Capítulo 3 Cómo usar los servicios médicos incluidos en el plan

para Medicare Advantage, lo alentamos a que nos notifique con anticipación cuando decida participar en ensayos clínicos calificados por Medicare.

Si tiene intención de participar en un estudio de investigación clínica, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento) para informar que participará en un ensayo clínico y obtener detalles más específicos acerca de la parte que pagará su plan.

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 le incluye los artículos y servicios de rutina que recibe como parte del estudio, que incluyen lo siguiente:

- Habitación y comidas por una estadía en un 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 adversos 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 los gastos compartidos de Original Medicare y sus gastos compartidos dentro de la red como asegurado 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, debe presentar documentación que demuestre cuántos gastos compartidos pagó. Consulte el capítulo 5 para obtener más información sobre el envío de solicitudes de pago.

Este es un ejemplo de cómo funcionan los gastos compartidos: digamos que se le realiza una prueba de laboratorio que cuesta \$100 como parte del estudio de investigación. Supongamos también que su parte del costo de estos análisis es de \$20 conforme a Original Medicare, pero la prueba solo sería de \$10 si se aplicaran los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría \$80 para la prueba y nosotros pagaríamos los \$20 de copago requeridos conforme a Original Medicare. Luego, usted notificará a su plan que recibió un servicio de ensayo clínico calificado y enviará documentación como una factura del proveedor al plan. Luego, el plan le pagaría directamente \$10. Por lo tanto, su pago neto es de \$10, el mismo monto que pagaría conforme a los beneficios de nuestro plan. Tenga en

Capítulo 3 Cómo usar los servicios médicos incluidos en el plan

cuenta que, para recibir el pago de su plan, debe presentar documentación a su plan, como una 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 incluya el artículo o servicio incluso si usted *no* participara en un estudio.
- Artículos o servicios provistos exclusivamente para recopilar datos y no utilizados de manera directa para su atención médica. Por ejemplo, Medicare no cubre los gastos por una tomografía computarizada mensual que se realizan como parte del estudio si su afección médica normalmente requeriría solo una tomografía computarizada.
- Artículos y servicios proporcionados habitualmente por los patrocinadores de la investigación de forma gratuita para cualquier inscrito en el ensayo.

¿Desea recibir más información?

Puede obtener más información acerca de unirse a un estudio de investigación clínica visitando el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación *Medicare y los Estudios de Investigación Clínica*. (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en un centro religioso no médico dedicado a la salud

Sección 6.1 ¿Qué es un centro religioso no médico dedicado a la salud?

Un centro religioso no médico dedicado a la salud 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 asegurado, nuestro plan proporcionará cobertura para atención en un centro religioso no médico dedicado a la salud. Este beneficio se provee únicamente en el caso de servicios para pacientes internados de la Parte A (servicios de atención que no sean médicos).

Sección 6.2 Obtener atención médica en un centro religioso no médico dedicado a la salud

Para recibir atención en un centro religioso no médico dedicado a la salud, deberá firmar un documento legal en el que declare que se opone por razones de conciencia a recibir tratamientos médicos **no exceptuados**.

- La atención o los tratamientos médicos **no exceptuados** se refieren a cualquier tipo de atención o tratamiento médico *voluntario* y *no exigido* por las leyes federales, estatales o locales.
- Los tratamientos médicos **exceptuados** se refieren a cualquier tipo de atención o tratamiento médico que usted reciba que *no sea voluntario* o *sea exigido* conforme a las leyes federales, estatales o locales.

Para estar incluido en nuestro plan, el cuidado que usted recibe de un centro religioso no médico dedicado a la salud 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:
 - Debe tener una afección médica que le permitiría recibir servicios incluidos para atención hospitalaria para pacientes internados o atención en centros de enfermería especializada.
 - – Y – debe obtener aprobación previa de nuestro plan antes de ingresar al centro; de lo contrario, su internación no estará incluida.

No hay límite en la cantidad de días incluidos por el plan por cada período de beneficios. Consulte la sección Hospital para pacientes internados en el capítulo 4, Tabla de Beneficios Médicos, para obtener más detalles.

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

Sección 7.1 ¿Será propietario del equipo médico duradero después de realizar una determinada cantidad de pagos conforme a nuestro plan?

Los equipos médicos duraderos (DME, en inglés) incluyen artículos tales como equipos y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de

Capítulo 3 Cómo usar los servicios médicos incluidos en el plan

colchones eléctricos, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos de asistencia para el habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas hospitalarias ordenados por un proveedor para usar en el hogar. El asegurado siempre será propietario de ciertos artículos, como las prótesis. En esta sección, analizamos otros tipos de DME que debe alquilar.

En Original Medicare, las personas que alquilan determinados tipos de DME se convierten en propietarios del equipo después de abonar los copagos por el artículo durante 13 meses. Sin embargo, como asegurado de UT CARE Medicare (PPO) generalmente no será propietario de artículos rentados de DME sin importar cuántos copagos haga por el artículo mientras sea asegurado de nuestro plan, ni siquiera si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de DME en Original Medicare antes de inscribirse en nuestro plan. En determinadas circunstancias limitadas, transferiremos el derecho de propiedad del DME a usted. Llame a Servicio al Cliente 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 artículo de 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 inscrito en su plan no cuentan.

Si realizó menos de 13 pagos por el artículo DME bajo Original Medicare antes de unirse a nuestro plan, sus pagos anteriores tampoco se tomarán en cuenta para los 13 pagos consecutivos. Tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos después de regresar a Original Medicare para ser dueño del artículo. No hay excepciones para este caso cuando regresa a Original Medicare.

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

¿Qué beneficios de oxígeno le corresponden?

Si es elegible para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare, UT CARE Medicare (PPO) incluirá:

- Renta del equipo de oxígeno.
- Entrega y contenido de oxígeno.
- Tubos y accesorios relacionados para la entrega y el contenido de oxígeno.
- Mantenimiento y reparación del equipo de oxígeno.

Capítulo 3 Cómo usar los servicios médicos incluidos en el plan

Si abandona UT CARE Medicare (PPO) o ya no necesita el equipo de oxígeno por motivos médicos, entonces este equipo se deberá devolver al propietario.

¿Qué sucede si usted abandona su plan y, luego, vuelve a Original Medicare?

Original Medicare exige que un proveedor de oxígeno le proporcione servicios durante cinco años. Durante los primeros 36 meses, usted renta el equipo. Los 24 meses restantes, el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago para 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 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 incluidos y lo que usted debe pagar)

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

SECCIÓN 1 Explicación de los gastos de bolsillo por servicios incluidos

En este capítulo, se proporciona una Tabla de Beneficios Médicos en la que se enumeran los servicios incluidos y se le indica el monto que debe pagar por cada servicio incluido como asegurado de UT CARE Medicare (PPO). Más adelante en este capítulo, encontrará información sobre los servicios médicos sin cobertura.

Sección 1.1 Tipos de gastos de bolsillo que debe pagar por servicios incluidos

Para comprender la información de pago que incluimos en este capítulo, debe conocer los tipos de gastos de bolsillo que puede pagar por los servicios incluidos.

- El **deducible** es el monto que usted debe pagar por los servicios médicos antes de que nuestro plan comience a pagar su parte. (En la Sección 1.2 encontrará más información sobre el deducible de su plan).
- El **copago** es el monto fijo que usted abona cada vez que recibe determinados servicios médicos. Debe abonar 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). (Algunos planes no tienen copagos. Consulte la Sección 2 y la Tabla de Beneficios Médicos para obtener más información sobre los copagos).
- El **coseguro** es el 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). (Algunos planes no tienen coseguro. Consulte la Sección 2 y la Tabla de Beneficios Médicos para obtener más información sobre los coseguros).

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

Sección 1.2 ¿Cuál es el deducible de su plan?

Este plan no tiene un deducible para servicios médicos.

Sección 1.3 ¿Cuál es el monto máximo que deberá pagar por los servicios médicos incluidos?

Debido a que está inscrito en un plan Medicare Advantage, existe un límite en cuanto al monto que debe pagar de bolsillo cada año por servicios médicos

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

dentro y fuera de la red que están incluidos dentro de nuestro plan. El monto máximo que deberá pagar de bolsillo por los servicios incluidos dentro y fuera de la red se indica a continuación.

Su monto máximo de gastos de bolsillo combinado es \$0. Este es el monto máximo que paga durante el año calendario por los servicios incluidos recibidos tanto de proveedores que forman parte de la red como proveedores que no forman parte de la red. Los montos que paga en concepto de deducibles (si su plan tiene un deducible), copagos y coseguro por servicios incluidos están dentro de este monto máximo de gastos de bolsillo combinado. Los montos que paga por las primas de su plan y por sus medicamentos con receta de la Parte D no se aplican al monto máximo de gastos de bolsillo combinado. Además, los montos que usted paga por algunos servicios, tales como beneficios suplementarios y medicamentos que no están dentro de la Parte D de Medicare no cuentan para su monto máximo de gastos de bolsillo combinado. Si pagó \$0 por los servicios incluidos, tendrá una cobertura del 100% y no deberá pagar ningún gasto de bolsillo durante el resto del año por los servicios incluidos. Sin embargo, debe continuar pagando su prima del plan y la prima de Medicare Parte B (a menos que Medicaid o un tercero paguen la prima de la Parte B por usted).

Sección 1.4 Nuestro plan no permite que los proveedores le facturen saldo adicional

Como asegurado de UT CARE Medicare (PPO), un factor de protección importante para usted es que, después de alcanzar los deducibles aplicables, solo deberá pagar el monto de gastos compartidos cuando reciba servicios incluidos en nuestro plan. Los proveedores no pueden agregar cargos adicionales independientes, conocidos como **factura con saldo adicional**. 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 el monto de los gastos compartidos es un copago (una cantidad fija en dólares, por ejemplo, \$15.00), usted solo debe pagar ese monto por cualquier servicio incluido de un proveedor que forma parte de la red. Por lo general, tendrá copagos más altos cuando reciba atención de proveedores que no forman parte de la red.
- Si sus gastos compartidos son un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), nunca pagará más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor que visite:

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

- Si recibe servicios incluidos de un proveedor que forma parte la red, 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 obtiene servicios incluidos de un proveedor que no forma parte de la red y participa en Medicare, debe pagar el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes.
 - Si recibe servicios incluidos de un proveedor que no forma parte de la red y no participa en Medicare, debe pagar el monto del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes.
- Si cree que un proveedor le *facturó saldo adicional*, llame a Servicio al Cliente.

SECCIÓN 2 Use la *Tabla de Beneficios Médicos* para saber cuáles son los servicios incluidos y qué deberá pagar

Sección 2.1 Sus beneficios médicos y costos como asegurado del plan

En la Tabla de Beneficios Médicos en las siguientes páginas, se enumeran los servicios que incluye UT CARE Medicare (PPO) y lo que usted debe pagar de gasto de bolsillo por cada servicio. Los servicios enumerados en la Tabla de Beneficios médicos se incluyen solo cuando se reúnen los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios incluidos por Medicare deben proporcionarse según las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Los servicios (que incluyen atención médica, servicios, suministros, equipos y medicamentos con receta de la Parte B) *deben* ser de necesidad médica. De necesidad médica significa que los servicios, suministros o medicamentos se necesitan para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de la afección médica, y cumplen con estándares aceptados de la práctica médica.
- Para los nuevos inscritos, su plan de atención coordinada de MA debe proporcionar un período de transición mínimo de 90 días, durante el cual el nuevo plan de MA puede no requerir autorización previa para ningún curso de tratamiento activo, incluso si el curso de tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor que no forma parte de la red.
- Algunos de los servicios enumerados en la Tabla de Beneficios Médicos están incluidos como servicios dentro de la red *solamente* si su médico u otro proveedor que forma parte de la red obtiene una aprobación previa (a veces llamada “autorización previa”) de UT CARE Medicare (PPO).

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

- Los servicios incluidos que necesitan aprobación por adelantado para estar incluidos como servicios dentro de la red están marcados en **negrita** en la Tabla de Beneficios Médicos.
- Nunca necesita aprobación previa para los servicios fuera de la red de proveedores que no forman parte de la red.
- Si bien no necesita aprobación previa para los servicios fuera de la red, usted o su médico pueden solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura por adelantado.
- Si su plan de atención coordinada proporciona la aprobación de una solicitud de autorización previa para un curso de tratamiento, la aprobación debe ser válida durante el tiempo médicamente razonable (servicios incluidos y lo que usted debe pagar) y necesario para evitar interrupciones en la atención de acuerdo con los criterios de cobertura aplicables, sus antecedentes médicos y la recomendación del proveedor de tratamiento.

Otros puntos importantes que considerar sobre nuestra cobertura:

- Para los beneficios en los que sus gastos compartidos son un porcentaje del coseguro, el monto que usted paga depende del tipo de proveedor del que recibe los servicios:
 - Si recibe servicios incluidos de un proveedor que forma parte de la red, usted pagará el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (según se determine en el contrato entre el proveedor y el plan).
 - Si recibe servicios incluidos de un proveedor que no forma parte de la red y participa en Medicare, debe pagar el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes.
 - Si recibe servicios incluidos de un proveedor que no forma parte de la red y no participa en Medicare, debe pagar el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes.

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


- Al igual que todos los seguros de gastos médicos de Medicare, incluimos 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 obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare y Usted 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).
- En el caso de todos los servicios de prevención que están incluidos sin costo conforme a Original Medicare, también incluimos el servicio sin costo alguno para usted.
- Si Medicare agrega cobertura para cualquier nuevo servicio durante 2025, Medicare o nuestro plan cubrirá dichos servicios.



Verá esta manzana junto a los servicios de prevención en la tabla de beneficios:

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

Tabla de Beneficios Médicos

Servicios incluidos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Línea de asistencia telefónica de enfermería 24/7</p> <p>Llame al: 1-800-631-7023, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> <p>Los enfermeros están disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana. Pueden ayudarlo con sus inquietudes de salud y darle consejos de salud general. Obtenga orientación confiable sobre posible atención médica de emergencia, atención médica inmediata, atención familiar y más.</p>	<p>\$0 de copago para el uso de la línea de asistencia telefónica de enfermería.</p>
<p> Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Un solo examen de detección de ultrasonido para personas en riesgo. El plan solo incluye este examen de detección si tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene un referido de su médico, asistente médico, enfermero profesional o enfermero especialista profesional.</p> <p><i>Pueden aplicarse reglas de autorización</i></p>	<p><u>Dentro de la Red</u> Los miembros elegibles para este examen preventivo no deben pagar coseguros, copagos ni deducibles.</p> <p><u>Fuera de la Red</u> \$0 de copago para servicios incluidos por Medicare.</p>
<p>Acupuntura para dolor lumbar crónico</p> <p>Los servicios incluidos comprenden los siguientes:</p> <p>Se incluyen hasta 12 consultas en 90 días para los beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias:</p> <p>A los fines de este beneficio, el dolor lumbar crónico es un dolor con las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tiene una duración de 12 semanas o más. • es inespecífico, es decir, no tiene ninguna causa sistémica identificable (no se asocia 	<p><u>Dentro de la Red</u> \$0 de copago para cada consulta incluida por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la Red</u> \$0 de copago para cada consulta incluida por Medicare.</p>



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

Servicios incluidos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.).</p> <ul style="list-style-type: none"> • no está asociado con cirugía. • no está asociado con el embarazo. <p>Se incluirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que muestren una mejora. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura al año.</p> <p>El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o empeora.</p> <p><i>Pueden aplicarse reglas de autorización</i></p> <p>Requisitos del proveedor:</p> <p>Los médicos, según se define en el artículo 1861(r)(1) de la Ley de Seguro Social (la Ley), pueden proporcionar servicios de acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales correspondientes.</p> <p>Los médicos asociados (PA), los enfermeros profesionales (NP, en inglés), los enfermeros clínicos especializados (CNS, en inglés) (según se identifican en el artículo 1861[aa][5] de la Ley) y el personal asociado pueden proporcionar servicios de acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y si cuentan con los siguientes documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un máster o doctorado en acupuntura o Medicina Oriental de una institución acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM, en inglés). • una licencia actualizada, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un estado, territorio o estado libre asociado (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos, o en el Distrito de Columbia. 	

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

Servicios incluidos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>El personal asociado que proporciona los servicios de acupuntura debe estar bajo el nivel apropiado de supervisión de un médico, un PA o un NP/CNS, de acuerdo con lo que exigen nuestras reglamentaciones en 42 CFR §§ 410.26 y 410.27.</p>	
<p>Servicios de ambulancia</p> <p>Los servicios de ambulancia incluidos, ya sea para una situación de emergencia o no, incluyen servicios de ala fija, de ala rotatoria, y servicios de ambulancia terrestre, al centro apropiado más cercano que pueda proporcionar atención solo si se proporciona a un asegurado cuya afección médica es tal que otro medio de transporte podría poner en peligro la salud de la persona o si el plan lo autoriza. Si los servicios de ambulancia incluidos no son para una situación de emergencia, se debe documentar que la afección del asegurado es tal que otro medio de transportación podría ser peligroso para la salud del paciente y el traslado en ambulancia es de necesidad médica.</p> <p><i>Pueden aplicarse reglas de autorización</i></p>	<p>\$0 de copago para cada servicio de transportación terrestre de ida incluido por Medicare.</p> <p>\$0 de copago para cada servicio de transportación aéreo de ida incluido por Medicare.</p>
<p>Examen físico anual</p> <p>El examen físico de rutina de una persona es una evaluación exhaustiva de la atención médica preventiva y de gestión, que incluye un historial apropiado para la edad y el sexo, un examen práctico y orientación anticipatoria/intervenciones para la reducción de los factores de riesgo.</p> <p><i>Pueden aplicarse reglas de autorización</i></p>	<p><u>Dentro de la Red</u> \$0 de copago para un examen físico anual.</p> <p><u>Fuera de la Red</u> \$0 de copago para un examen físico anual.</p>



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

Servicios incluidos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Consulta preventiva anual</p> <p>Si tuvo la Parte B durante más de 12 meses, puede acceder a una consulta preventiva anual para elaborar o actualizar un plan de prevención personalizado basado en su salud actual y sus factores de riesgo. Esto está incluido una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: Su primera consulta preventiva anual no se puede realizar en los 12 meses posteriores a su consulta preventiva de <i>Bienvenida a Medicare</i>. Sin embargo, no es necesario que haya asistido a una consulta de <i>Bienvenida a Medicare</i> para incluir consultas preventivas anuales luego de tener la Parte B durante 12 meses.</p> <p>Pueden aplicarse reglas de autorización</p>	<p><u>Dentro de la Red</u> No hay coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva anual.</p> <p><u>Fuera de la Red</u> \$0 de copago para servicios incluidos por Medicare.</p>
<p> Mediciones de masa ósea</p> <p>Para las personas elegibles (en general, las personas en riesgo de perder masa ósea o de padecer osteoporosis), los siguientes servicios están incluidos cada 24 meses o con mayor frecuencia si son de necesidad médica: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar la pérdida ósea o determinar la calidad ósea, incluida la interpretación de los resultados por parte del médico.</p> <p>Pueden aplicarse reglas de autorización</p>	<p><u>Dentro de la Red</u> No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por la medición de masa ósea incluida por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la Red</u> \$0 de copago para servicios incluidos por Medicare.</p>
<p> Examen de detección de cáncer de mama (mamografías)</p> <p>Los servicios incluidos comprenden los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía de base entre los 35 y 39 años. • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres mayores de 40 años. • Un examen clínico de mamas cada 24 meses. <p>Pueden aplicarse reglas de autorización</p>	<p><u>Dentro de la Red</u> No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por las mamografías de detección incluidas.</p>


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

Servicios incluidos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
	<p><u>Fuera de la Red</u> \$0 de copago para servicios incluidos por Medicare.</p>
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca</p> <p>Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y asesoramiento están incluidos con el referido de un médico para los miembros que cumplan ciertos requisitos. El plan también incluye programas intensivos de rehabilitación cardíaca que, por lo general, son más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p> <p>Máximo de 2 sesiones de una hora por día, hasta 36 sesiones en 36 semanas. Límite de 36 por año.</p> <p>Un máximo de 72 sesiones de rehabilitación cardíaca intensiva incluida por Medicare por año.</p> <p><i>Pueden aplicarse reglas de autorización</i></p>	<p><u>Dentro de la Red</u> \$0 de copago para servicios de rehabilitación cardíaca incluidos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago para servicios de rehabilitación cardíaca intensiva incluidos por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la Red</u> \$0 de copago para servicios de rehabilitación cardíaca incluidos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago para servicios de rehabilitación cardíaca intensiva incluidos por Medicare.</p>
<p> Consulta para reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento de enfermedades cardiovasculares)</p> <p>Incluimos una consulta por año con su profesional de atención primaria para ayudarlo a reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, el médico puede dialogar con usted acerca del uso de la aspirina (si corresponde), controlarle la presión y darle consejos para asegurarse de que esté comiendo saludablemente.</p> <p><i>Pueden aplicarse reglas de autorización</i></p>	<p><u>Dentro de la Red</u> No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo de terapia conductual intensiva para enfermedad cardiovascular.</p> <p><u>Fuera de la Red</u> \$0 de copago para servicios incluidos por Medicare.</p>

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

Servicios incluidos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Detección de enfermedades cardiovasculares</p> <p>Pruebas de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas con un riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada cinco años (60 meses).</p> <p><i>Pueden aplicarse reglas de autorización</i></p>	<p><u>Dentro de la Red</u> No se aplica ningún coseguro, copago o deducible por las pruebas de enfermedad cardiovascular incluidas una vez cada 5 años.</p> <p><u>Fuera de la Red</u> \$0 de copago para servicios incluidos por Medicare.</p>
<p> Examen de detección de cáncer vaginal y del cuello uterino</p> <p>Los servicios incluidos comprenden los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: se incluyen pruebas de Papanicolaou y tactos vaginales una vez cada 24 meses. • Si tiene un alto riesgo de padecer cáncer cervical o vaginal, o está en edad fértil y tuvo una prueba de Papanicolaou anormal en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses. <p><i>Pueden aplicarse reglas de autorización</i></p>	<p><u>Dentro de la Red</u> No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para los exámenes preventivos de Papanicolaou y pélvicos incluidos por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la Red</u> \$0 de copago para servicios incluidos por Medicare.</p>
<p>Servicios quiroprácticos</p> <p>Los servicios incluidos comprenden los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solo incluimos la manipulación manual de la columna para corregir subluxaciones. <p><i>Pueden aplicarse reglas de autorización</i></p>	<p><u>Dentro de la Red</u> \$0 de copago para servicios incluidos por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la Red</u> \$0 de copago para servicios incluidos por Medicare.</p> <p>Servicios quiroprácticos suplementarios</p> <p><u>Dentro de la red y fuera de la red</u> \$0 de copago para 35 consultas quiroprácticas de rutina cada año.</p>



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

Servicios incluidos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Examen de detección de cáncer colorrectal</p> <p>Se incluyen los siguientes exámenes de detección:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La colonoscopia no tiene límite de edad mínimo o máximo y está incluida una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no son de alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no están en alto riesgo de cáncer colorrectal y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa o un enema de bario. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para pacientes que no están en alto riesgo después de que el paciente recibiera un examen de detección de colonoscopia. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario. • Examen de detección de sangre oculta en las heces para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • ADN de heces multiobjetivo para pacientes de 45 a 85 años que no cumplan con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años que no cumplan los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Enema de bario como alternativa a la colonoscopia en pacientes de alto riesgo y 24 meses desde el último enema de bario o el último examen de detección de colonoscopia. • Enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes que no están en alto riesgo y tienen 45 años o 	<p><u>Dentro de la Red</u></p> <p>No se aplica ningún coseguro, copago o deducible para un examen de detección de cáncer colorrectal incluido por Medicare.</p> <p>\$0 de copago para cada enema de bario incluido por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la Red</u></p> <p>\$0 de copago para cada examen de detección de cáncer colorrectal incluido por Medicare.</p> <p>\$0 de copago para cada enema de bario incluido por Medicare.</p>

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

Servicios incluidos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>más. Una vez, al menos, 48 meses después del último examen de detección por enema de bario de selección o sigmoidoscopia flexible.</p> <p>Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal con base en heces no invasivo incluido por Medicare arroje un resultado positivo.</p> <p><i>Pueden aplicarse reglas de autorización</i></p>	
<p>Servicios dentales (incluidos por Medicare)</p> <p>En general, los servicios dentales preventivos (como las limpiezas, los exámenes dentales de rutina y las radiografías dentales) no están incluidos 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 afección médica primaria de un beneficiario. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, extracciones dentales realizadas como la preparación para el tratamiento de radiación para el cáncer que afecta a la mandíbula o los exámenes orales antes del trasplante de riñón. Además, cubrimos algunos servicios odontológicos preventivos y servicios dentales integrales de restauración básica.</p> <p><i>Pueden aplicarse reglas de autorización</i></p>	<p><u>Dentro de la Red</u> \$0 de copago para servicios incluidos por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la Red</u> \$0 de copago para servicios incluidos por Medicare.</p>

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

Servicios incluidos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Examen de detección de depresión</p> <p>Incluimos un examen de detección de depresión por año. El examen de detección debe realizarse en un centro de atención primaria que pueda proporcionar tratamiento de seguimiento o referidos.</p> <p><i>Pueden aplicarse reglas de autorización</i></p>	<p><u>Dentro de la Red</u> No se aplica coseguro, copago ni deducible para una consulta anual de examen de detección de depresión.</p> <p><u>Fuera de la Red</u> \$0 de copago para servicios incluidos por Medicare.</p>
<p> Examen de detección de diabetes</p> <p>Incluimos este examen de detección (incluidas las pruebas de glucosa en ayunas) si tiene cualquiera de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de niveles altos de azúcar en sangre (glucosa). Las pruebas también pueden estar incluidas si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Usted puede ser elegible para hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses después de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.</p> <p><i>Pueden aplicarse reglas de autorización</i></p>	<p><u>Dentro de la Red</u> No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por los exámenes de detección de diabetes incluidos por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la Red</u> \$0 de copago para servicios incluidos por Medicare.</p>
<p> Servicios, suministros y capacitación para el autocontrol de la diabetes</p> <p>Para todas las personas que padecen diabetes (insulinodependientes o no). Los servicios incluidos comprenden los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para medir la glucosa en sangre: glucómetro, tiras reactivas para medir la glucosa en sangre, dispositivos de punción y lancetas, y soluciones para el control de la 	<p><u>Dentro de la Red</u> 0% de gastos compartidos para todos los suministros para las pruebas de la diabetes (medidores, tiras y lancetas) obtenidos a través de la farmacia. Los</p>


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

Servicios incluidos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>glucosa para verificar la exactitud de las tiras reactivas y los glucómetros.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para las personas con diabetes que tienen pie diabético grave: un par de zapatos terapéuticos moldeados a medida por año calendario (incluidas las plantillas proporcionadas con dichos zapatos) y dos pares adicionales de plantillas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas (sin incluir las plantillas extraíbles no personalizadas proporcionadas con dichos zapatos). La cobertura incluye los ajustes. • En determinadas condiciones, está incluida la capacitación para el autocontrol de la diabetes. 	<p>productos de monitoreo continuo de la glucosa (MCG) obtenidos a través de la farmacia están sujetos a un 0% de gastos compartidos.</p> <p>0% del costo total para zapatos o insertos terapéuticos para diabéticos incluidos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago para servicios de entrenamiento de autocontrol de la diabetes incluidos por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la Red</u></p> <p>0% de gastos compartidos para todos los suministros para las pruebas de la diabetes (medidores, tiras y lancetas) obtenidos a través de la farmacia. Los productos de monitoreo continuo de la glucosa (MCG) obtenidos a través de la farmacia están sujetos a un 0% de gastos compartidos.</p> <p>0% del costo total para zapatos o insertos terapéuticos para diabéticos incluidos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago para servicios de entrenamiento de autocontrol de la diabetes incluidos por Medicare.</p>

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

Servicios incluidos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados</p> <p>(La definición de “equipo médico duradero” se incluye en el capítulo 10 de este documento y también en la sección 7 del capítulo 3).</p> <p>Los artículos incluidos incluyen, entre otros: sillas de ruedas, muletas, colchones eléctricos, suministros para personas con diabetes, camas de hospital ordenadas por un proveedor para su uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipos de oxígeno, nebulizadores, y andadores.</p> <p>Incluimos todos los DME de necesidad médica incluidos por Original Medicare. Si uno de nuestros proveedores en su área no vende una marca o no trabaja con un fabricante en particular, puede solicitarle que haga un pedido especial para usted.</p> <p>Pueden aplicarse reglas de autorización</p>	<p><u>Dentro de la Red</u> \$0 de copago para equipos médicos duraderos y suministros incluidos por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la Red</u> \$0 de copago para equipos médicos duraderos y suministros incluidos por Medicare.</p> <p>Si el costo es superior a \$2,500 se requerirá una autorización.</p>
<p>Atención Médica de Emergencia</p> <p>La atención médica de emergencia se refiere a los servicios que tienen las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Son proporcionados por un proveedor capacitado para prestar servicios de emergencia. • Son necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia. <p>Una emergencia médica ocurre cuando usted u otra persona prudente no experta, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, considera que presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar el fallecimiento (y, si se trata de una mujer embarazada, fallecimiento del bebé nonato), la pérdida de una extremidad o de una función de</p>	<p><u>Dentro y fuera de la red</u> \$0 de copago para las visitas a la sala de emergencias incluidas por Medicare.</p> <p><u>Cobertura en el extranjero</u> \$0 de copago para servicios de diálisis.</p>

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

Servicios incluidos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>esta. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor grave o una afección médica que empeora rápidamente.</p> <p>Los gastos compartidos para servicios de emergencia necesarios prestados fuera de la red son los mismos que para dichos servicios prestados dentro de la red.</p> <p>Los servicios de atención médica de emergencia en el extranjero están incluidos.</p>	
<p> Programas educativos de salud y bienestar</p> <p>Ser asegurado de SilverSneakers®</p> <p>SilverSneakers puede ayudarlo a vivir una vida más saludable y activa mediante el acondicionamiento físico y la conexión social.</p> <p>Se incluye un beneficio de acondicionamiento físico a través de SilverSneakers en línea y en los centros participantes¹. Usted tiene acceso a una red nacional de ubicaciones participantes donde puede tomar clases² y usar equipo de ejercicios y otros servicios. Inscríbase en tantas ubicaciones como desee y en cualquier momento.</p> <p>También tiene acceso a instructores que dirigen clases en línea de ejercicios en grupo especialmente diseñados, siete días a la semana con SilverSneakers LIVE. Además, SilverSneakers Community le ofrece opciones para estar activo fuera de los gimnasios tradicionales en centros recreativos, centros comerciales y otras instalaciones de vecindarios locales.</p> <p>SilverSneakers también lo conecta con una red de apoyo y recursos en línea a través de videos de SilverSneakers On-Demand y nuestra aplicación móvil, SilverSneakers GO.</p>	<p>\$0 de copago para este programa de bienestar.</p>


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

Servicios incluidos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Usted también tiene acceso a Burnalong[®] con una comunidad virtual de apoyo, miles de clases para todos los intereses y habilidades. Su calidad de asegurado de SilverSneakers también le proporciona GetSetUp³, con cientos de clases interactivas en línea de una hora o menos, que van desde la nutrición a la conciencia plena y más. Active su cuenta en línea gratuita en SilverSneakers.com para ver su número de asegurado de SilverSneakers y explore todo lo que SilverSneakers tiene para ofrecerle. Si tiene más preguntas, visite SilverSneakers.com o llame al 1-888-423-4632 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este</p> <p>Consulte siempre con su médico antes de comenzar un programa de ejercicios.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Las ubicaciones participantes (PL, en inglés) no son propiedad de Tivity Health, Inc. ni están operadas por ella ni sus filiales. El uso de centros y servicios de las PL se limita a los términos y condiciones de ser asegurado básico de las PL. Los centros y los servicios varían según la PL. 2. Ser asegurado incluye clases de acondicionamiento físico grupales guiadas por instructores de SilverSneakers. Algunas ubicaciones ofrecen clases adicionales a los asegurados. Las clases varían según la ubicación. <p>GetSetUp es un proveedor de servicios externo y no es propiedad de Tivity Health, Inc. ("Tivity") ni sus filiales y no está operado por ellas. Los usuarios deben contar con servicio de Internet para poder usar el servicio de 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.</p>	

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

Servicios incluidos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Burnalong[®] es una marca comercial registrada de Burnalong, Inc.</p> <p>SilverSneakers es una marca comercial registrada de Tivity Health, Inc. © 2025 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados.</p> <p><i>Pueden aplicarse reglas de autorización</i></p>	
<p>Servicios para la audición</p> <p>Los exámenes de diagnóstico de la audición y el equilibrio realizados por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico se incluyen como atención para pacientes no hospitalizados cuando los realiza un médico, audiólogo u otro proveedor capacitado.</p> <p>Cubrimos los siguientes beneficios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios incluidos por Medicare • Examen de audición suplementario (no incluido por Medicare) • Audífonos suplementarios (no incluido por Medicare) <p><i>Pueden aplicarse reglas de autorización</i></p>	<p><i>Servicios incluidos por Medicare:</i></p> <p><u>Dentro de la Red</u></p> <p>\$0 de copago para cada examen de audición incluido por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la Red</u></p> <p>\$0 de copago para cada examen de audición incluido por Medicare.</p> <p><i>Cobertura Suplementaria para la Audición:</i></p> <p><u>Dentro de la Red</u></p> <p>\$0 de copago para 1 examen de audición de rutina por año.</p> <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>\$0 de copago para 1 examen de audición de rutina por año.</p> <p><i>Cobertura suplementaria para audífonos:</i></p> <p><u>Dentro y fuera de la red</u></p> <p>\$2,000 de asignación combinados dentro y fuera de la red para audífonos cada 3 años.</p>

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

Servicios incluidos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Examen de detección del VIH</p> <p>Para las personas que solicitan una prueba de detección del VIH o que tienen un mayor riesgo de contraer una infección por VIH, incluimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un examen de detección cada 12 meses. <p>Para las mujeres que están embarazadas, incluimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • hasta tres exámenes de detección durante el embarazo. <p><i>Pueden aplicarse reglas de autorización</i></p>	<p><u>Dentro de la Red</u> No se aplica coseguro, copago ni deducible a los asegurados elegibles para el examen de detección preventivo de VIH incluido por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la Red</u> \$0 de copago para servicios incluidos por Medicare.</p>
<p>Atención de una agencia de atención médica a domicilio</p> <p>Antes de recibir servicios de atención médica a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita servicios de atención médica a domicilio y ordenará que una agencia de atención médica a domicilio los brinde. Debe estar confinado en casa, lo cual significa que salir de su casa representa un esfuerzo mayor.</p> <p>Los servicios incluidos comprenden, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería especializada y de atención médica en el hogar a tiempo parcial o intermitentes (que se incluirán conforme al beneficio médico; los servicios de enfermería especializada y de atención médica a domicilio 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. <p><i>Pueden aplicarse reglas de autorización</i></p>	<p><u>Dentro de la Red</u> \$0 de copago para servicios incluidos por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la Red</u> \$0 de copago para servicios incluidos por Medicare.</p>


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

Servicios incluidos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Terapia de infusión en el hogar</p> <p>La terapia de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en el hogar. Los componentes necesarios para realizar la infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, los antivirales, la inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, una bomba) y suministros (por ejemplo, tubos y catéteres).</p> <p>Los servicios incluidos comprenden, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con el plan de atención. • El entrenamiento y la capacitación del paciente no incluidos en el beneficio de equipo médico duradero. • Monitoreo remoto. • Servicios de monitoreo para la prestación de terapia de infusión en el hogar y medicamentos para este tratamiento que haya suministrado un proveedor capacitado en terapia de infusión en el hogar. <p><i>Pueden aplicarse reglas de autorización</i></p>	<p><u>Dentro de la Red</u></p> <p>\$0 de copago para servicios profesionales incluidos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago para los suministros incluidos por Medicare.</p> <p>0% del costo total para medicamentos para infusión en el hogar incluidos por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la Red</u></p> <p>\$0 de copago para servicios profesionales incluidos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago para los suministros incluidos por Medicare.</p> <p>0% del costo total para medicamentos para infusión en el hogar incluidos por Medicare.</p>
<p>Cuidados paliativos</p> <p>Usted es elegible para el beneficio de cuidados paliativos si su médico y el director médico del centro de cuidados paliativos le dieron un pronóstico terminal en el que se certifica que usted es un enfermo terminal y tiene 6 meses o menos de vida si su enfermedad continúa su avance normal. Puede recibir atención de cualquier programa de centros de cuidados paliativos certificado por Medicare. Su plan está</p>	<p>Cuando se inscribe en un programa de un centro paliativo certificado por Medicare, el pago de los cuidados paliativos y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal lo efectúa Original Medicare y no UT CARE Medicare (PPO).</p>

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

Servicios incluidos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>obligado a ayudarlo a encontrar programas de centros de cuidados paliativos certificados por Medicare en el área de servicios del plan, incluidos aquellos que la organización MA posee o controla, o en los que tiene una participación financiera. Su médico del centro de cuidados paliativos puede ser un proveedor que forma parte de la red o un proveedor que no forma parte de la red.</p> <p>Los servicios incluidos comprenden los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para el control de síntomas y el alivio de dolor. • Atención médica de relevo a corto plazo. • Atención a domicilio. <p>Cuando es admitido en un centro de cuidados paliativos, tiene derecho a permanecer en su plan; y si decide hacerlo, debe continuar pagando las primas correspondientes.</p> <p><u>Para servicios de cuidados paliativos y servicios que están incluidos por la Parte A o B de Medicare y están relacionados con su pronóstico terminal:</u> Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor de cuidados paliativos por los cuidados de este tipo y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionado con su pronóstico terminal. Mientras se encuentre en el programa de cuidados paliativos, su proveedor de cuidados paliativos facturará a Original Medicare los servicios pagados por Original Medicare. Se le facturarán los gastos compartidos de Original Medicare.</p> <p><u>Para los servicios que están incluidos por Medicare Parte A o B y no están relacionados con su pronóstico terminal:</u> si necesita servicios que no son de emergencia ni servicios requeridos urgentemente que están incluidos en la Parte A o B de Medicare y que no están relacionados con su pronóstico terminal, el costo de estos servicios depende de si acude a un proveedor que forma</p>	

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

Servicios incluidos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>parte de la red de nuestro plan y sigue las normas del plan (como, por ejemplo, si hay un requisito para obtener una autorización previa).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si recibe servicios incluidos por un proveedor que forma parte de la red y sigue las normas para obtener estos servicios, solamente paga el monto de gastos compartidos del plan para servicios dentro de la red. • Si recibe servicios incluidos de parte de un proveedor que no forma parte de la red, solamente paga la suma de gastos compartidos del plan por los servicios que no forman parte de la red. <p><u>Para los servicios que están incluidos por UT CARE Medicare (PPO), pero no están incluidos por Medicare Parte A o B:</u> UT CARE Medicare (PPO) continuará incluyendo los servicios incluidos por el plan sin cobertura bajo la Parte A o B, más allá de que estén o no relacionados con su pronóstico terminal. Usted paga el monto de los gastos compartidos de su plan por estos servicios.</p> <p>Nota: Si necesita cuidados no paliativos (cuidados que no estén relacionados con su pronóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios.</p> <p>Nuestro plan incluye servicios de consulta de cuidados paliativos (solo por una vez) para los enfermos terminales que no hayan elegido el beneficio de cuidados paliativos.</p>	
<p> Vacunas</p> <p>Los servicios incluidos de Medicare Parte B incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacuna contra la pulmonía. • Vacunas contra la gripe, una vez cada temporada de gripe en otoño e invierno, y vacunas adicionales contra la gripe si es de necesidad médica. 	<p><u>Dentro de la Red</u></p> <p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por las vacunas contra la pulmonía, la gripe, la hepatitis B y la COVID-19.</p>

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

Servicios incluidos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Vacuna contra la hepatitis B para pacientes en riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. • Vacuna contra el COVID-19. • Otras vacunas, si corre riesgo y estas responden a las normas de cobertura de Medicare Parte B. <p>También se cubren otras vacunas conforme a nuestros beneficios de medicamentos con receta de la Parte D.</p> <p><i>Pueden aplicarse reglas de autorización</i></p>	<p><u>Fuera de la Red</u> \$0 de copago para servicios incluidos por Medicare.</p>
<p>Atención hospitalaria para pacientes internados</p> <p>Incluye hospitales de cuidados agudos para pacientes internados, de rehabilitación para pacientes internados, de atención médica a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención hospitalaria 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.</p> <p>El plan incluye una cantidad ilimitada de días por período de beneficios. Los servicios incluidos comprenden, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es de necesidad médica). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería de rutina. • Costos de unidades de cuidados especiales (como las unidades de cuidados intensivos o coronarios). • Medicamentos. • Pruebas de laboratorio. • Radiografías y otros servicios de radiología. 	<p>Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días para una estadía en un hospital como paciente internado.</p> <p><u>Dentro de la Red</u> \$0 de copago por estadía.</p> <p><u>Fuera de la Red</u> \$0 de copago por estadía.</p>


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

Servicios incluidos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas. • Costos de quirófano y habitación de recuperación. • Fisioterapia, terapia ocupacional, y terapia del habla y del lenguaje. • Servicios de trastornos por consumo de sustancias para pacientes internados. • En ciertas condiciones, se incluyen 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 que forman parte 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 el arancel de Original Medicare. Si UT CARE Medicare (PPO) proporciona 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. • El reembolso se proporciona para hasta \$10,000 de gastos elegibles de transportación y alojamiento para los trasplantes incluidos por Medicare por lo menos a 100 millas de distancia de su 	


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

Servicios incluidos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>domicilio legal al centro de trasplante. Este beneficio solo incluye los gastos de transportación y alojamiento para usted y un acompañante para la evaluación inicial y anual, la inyección de células madre y la recolección de células, y el trasplante real. El beneficio de alojamiento y transportación no es aplicable para consultas de seguimiento o posoperatorias, ni para admisiones de pacientes internados relacionadas con un trasplante después de que usted reciba su trasplante, excepto para reingresos que ocurran durante el secuestro (tiempo necesario para estar cerca de un centro y lejos de su casa) inmediatamente después de un trasplante incluido. Comuníquese con el Servicio al Cliente para obtener información sobre los detalles y las restricciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sangre (incluidas la conservación y administración). La cobertura de sangre completa y concentrada de glóbulos rojos (así como otros componentes de la sangre) comienza a partir de la primera pinta de sangre que necesite. • Servicios proporcionados por un médico. <p>Nota: Para que usted pase a ser un paciente internado, su proveedor debe redactar una orden para que usted quede formalmente internado en el hospital. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se lo considere un <i>paciente no hospitalizado</i>. Si no está seguro de si es paciente internado o paciente no hospitalizado, consulte al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare titulada <i>¿Es usted un paciente internado o no hospitalizado? Si tiene Medicare, ¡pregunte!</i> Esta hoja de datos está disponible en el sitio web en</p>	

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

Servicios incluidos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf, o bien puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).</p> <p><i>Pueden aplicarse reglas de autorización</i></p>	
<p>Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico</p> <p>Entre los servicios incluidos se encuentran los servicios de salud mental que requieren una estadía en un hospital. Nuestro plan incluye hasta 190 días en toda la vida de servicios de salud mental para pacientes internados en un hospital psiquiátrico. El límite de atención hospitalaria para pacientes internados no se aplica a los servicios de salud mental proporcionados en un hospital general.</p> <p><i>Pueden aplicarse reglas de autorización</i></p>	<p><u>Dentro de la Red</u></p> <p>\$0 de copago por estadía. (los días del 191 en adelante son complementarios)</p> <p><u>Fuera de la Red</u></p> <p>\$0 de copago por estadía. (los días del 191 en adelante son complementarios) Si recibe atención como paciente internado en un hospital fuera de la red luego de que su afección de emergencia se estabilice, su costo son los gastos compartidos que pagaría en un hospital de la red.</p>
<p> Terapia de nutrición médica</p> <p>Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedad renal (del riñón) (pero que no necesitan diálisis) o después de un trasplante de riñón cuando lo refiera su médico.</p> <p>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 de forma posterior.</p>	<p><u>Dentro de la Red</u></p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los asegurados elegibles por los servicios de terapia de nutrición médica incluidos por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la Red</u></p> <p>\$0 de copago para servicios incluidos por Medicare.</p>

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

Servicios incluidos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, tal vez pueda recibir más horas de tratamiento con el referido de un médico. Un médico debe recetarle estos servicios y renovar su referido cada año si necesita continuar el tratamiento el próximo año calendario.</p> <p><i>Pueden aplicarse reglas de autorización</i></p>	
<p> Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>Los servicios del Programa de Prevención de la Diabetes (MDPP, en inglés) estarán incluidos para los beneficiarios elegibles de Medicare en todos los seguros de gastos médicos de Medicare.</p> <p>El MDPP es una intervención médica estructurada para el cambio de comportamiento que proporciona una capacitación práctica en cambios en la dieta a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar retos de mantenimiento de la pérdida de peso y de un estilo de vida saludable.</p> <p><i>Pueden aplicarse reglas de autorización</i></p>	<p><u>Dentro de la Red</u> No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.</p> <p><u>Fuera de la Red</u> \$0 de copago para servicios incluidos por Medicare.</p>
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</p> <p>Estos medicamentos están incluidos conforme a la Parte B de Original Medicare. Los asegurados de nuestro plan reciben cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos incluidos comprenden los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que normalmente no son autoadministrados por el paciente mediante inyección o infusión mientras usted recibe servicios de médicos, de hospitales para pacientes no hospitalizados o de centros quirúrgicos para pacientes no hospitalizados. 	<p>Los medicamentos de la Parte B <i>pueden</i> estar sujetos a requisitos de terapia escalonada.</p> <p><u>Dentro de la Red</u> 0% del costo total para medicamentos de quimioterapia de la Parte B de Medicare. 0% del costo total para otros medicamentos incluidos en la Parte B de Medicare.</p>


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

Servicios incluidos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Insulina suministrada a través de un artículo de un equipo médico duradero (como una bomba de insulina de necesidad médica). • Otros medicamentos administrados por medio de un equipo médico duradero (como nebulizadores) autorizados por el plan. • El medicamento para la enfermedad de Alzheimer, Leqembi[®], (nombre genérico lecanemab), que se administra por vía intravenosa. Además de los costos de los medicamentos, es posible que necesite exploraciones y pruebas adicionales antes del tratamiento o durante este, lo que podría aumentar sus costos generales. Hable con su médico. • Factores de coagulación que se autoadministra mediante inyección, si tiene hemofilia. • Medicamentos inmunosupresores/trasplantes: Medicare incluye la terapia de medicamentos para trasplantes si Medicare pagó por su trasplante de órganos. Usted debe tener la Parte A en el momento del trasplante incluido, y debe tener la Parte B en el momento en que reciba los medicamentos inmunosupresores. Tenga en cuenta que la cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D) cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre. • 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. • Algunos antígenos: Medicare incluye los antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente instruida (que podría 	<p>No pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina que nuestro plan incluya.</p> <p><u>Fuera de la Red</u> 0% del costo total para medicamentos de quimioterapia de la Parte B de Medicare. 0% del costo total para otros medicamentos incluidos en la Parte B de Medicare.</p> <p>No pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina que nuestro plan incluya.</p> <p><i>Se puede requerir una autorización previa o una terapia escalonada.</i></p>

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

Servicios incluidos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión apropiada.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ciertos medicamentos antineoplásicos orales: Medicare incluye algunos medicamentos orales contra el cáncer que usted toma por vía oral si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo ingrediente activo que se encuentra en el medicamento inyectable) del medicamento inyectable. A medida que se disponga de nuevos medicamentos orales para el cáncer, la Parte B puede incluirlos. Si la Parte B no los incluye, la Parte D sí. • Medicamentos antináuseas orales: Medicare incluye los medicamentos orales contra las náuseas que usted usa como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes, durante o dentro de las 48 horas de la quimioterapia o se utilizan como un reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas. • Ciertos medicamentos orales para la Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD, en inglés) si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable y el beneficio de ESRD de la Parte B lo incluye. • Medicamentos calcimiméticos bajo el sistema de pago de ESRD, incluidos el medicamento intravenoso Parsabiv[®] y el medicamento oral Sensipar[®]. • Ciertos medicamentos para diálisis domiciliaria, incluidos la heparina, el antídoto para la heparina, cuando sea de necesidad médica, y anestésicos tópicos. 	

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

Servicios incluidos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare incluye la eritropoyetina por inyección si usted tiene enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, en inglés) o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con ciertas otras afecciones [los planes pueden eliminar cualquiera de los siguientes medicamentos que no estén incluidos en el plan] (como Epogen[®], Procrit[®], Retacrit[®], Epoetina Alfa, Aranesp[®], Darbepoetina Alfa, Mircera[®] o Metoxi polietilenglicol-epoetina beta) • Inmunoglobulina endovenosa para el tratamiento en el hogar de enfermedades de inmunodeficiencia primaria • Nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por sonda) <p>El siguiente enlace lo llevará a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a Terapia Escalonada: getbluetx.com/mapd.</p> <p>También se cubren otras vacunas conforme a nuestros beneficios de medicamentos con receta de la Parte B.</p>	
<p> Examen de detección de obesidad y tratamiento para promover una pérdida de peso constante</p> <p>Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, incluimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está incluido si lo recibe en un centro de atención primaria, en el que se puede coordinar con su plan de prevención integral. Hable con su profesional de atención primaria o proveedor médico para obtener más información.</p> <p><i>Pueden aplicarse reglas de autorización</i></p>	<p><u>Dentro de la Red</u> No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para el examen de detección de obesidad y tratamiento preventivo de esta.</p> <p><u>Fuera de la Red</u> \$0 de copago para servicios incluidos por Medicare.</p>

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

Servicios incluidos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios del Programa de Tratamiento de Opioides</p> <p>Los asegurados de nuestro plan con un trastorno por consumo de opioides (OUD, en inglés) pueden recibir cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Programa de Tratamiento de Opioides (OTP) en el que se incluyan los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los medicamentos para el tratamiento asistido por medicamentos (MAT, en inglés) de agonistas y antagonistas opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, en inglés) de Estados Unidos. • Surtido y administración de medicamentos para el MAT (si corresponde). • Asesoramiento sobre el consumo de sustancias. • Tratamiento individual y grupal. • Pruebas toxicológicas. • Actividades de admisión. • Pruebas periódicas. <p><i>Pueden aplicarse reglas de autorización</i></p>	<p><u>Dentro de la Red</u> \$0 de copago para los servicios del programa de tratamiento de opioides incluidos por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la Red</u> \$0 de copago para los servicios del programa de tratamiento de opioides incluidos por Medicare.</p>
<p>Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes no hospitalizados</p> <p>Los servicios incluidos comprenden, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías. • Radioterapia (con isótopos y radio), incluidos los materiales y suministros del técnico. • Suministros quirúrgicos, como apósitos. • Férulas, yesos y otros dispositivos usados para reducir fracturas y dislocaciones. • Pruebas de laboratorio. • Sangre (incluidas la conservación y administración). La cobertura de sangre completa y concentrada de glóbulos rojos 	<p><u>Dentro de la Red</u> Servicios de radiografía diagnóstica para pacientes no hospitalizados incluidos por Medicare: \$0 de copago. Servicios de radiología terapéutica incluidos por Medicare: \$0 de copago. Suministros médicos incluidos por Medicare: \$0 de copago.</p>

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

Servicios incluidos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>(así como otros componentes de la sangre) comienza a partir de la primera pinta de sangre que necesite.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Otras pruebas de diagnóstico para pacientes no hospitalizados. <p>Pueden aplicarse reglas de autorización</p>	<p>Servicios de laboratorio para pacientes no hospitalizados incluidos por Medicare: \$0 de copago.</p> <p>Servicios de sangre para pacientes no hospitalizados incluidos por Medicare: \$0 de copago.</p> <p>Procedimientos o pruebas de diagnóstico incluidos por Medicare: \$0 de copago.</p> <p>Servicios de radiología diagnóstica incluidos por Medicare: (como resonancias magnéticas y tomografías computarizadas) \$0 de copago</p> <p><u>Fuera de la Red</u></p> <p>Servicios de radiografía diagnóstica para pacientes no hospitalizados incluidos por Medicare: \$0 de copago.</p> <p>Servicios de radiología terapéutica incluidos por Medicare: \$0 de copago.</p> <p>Suministros médicos incluidos por Medicare: \$0 de copago.</p> <p>Servicios de laboratorio para pacientes no hospitalizados incluidos por Medicare: \$0 de copago.</p> <p>Servicios de sangre para pacientes no hospitalizados incluidos por Medicare: \$0 de copago.</p>

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

Servicios incluidos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
	<p>Procedimientos o pruebas de diagnóstico incluidos por Medicare: \$0 de copago.</p> <p>Servicios de radiología diagnóstica incluidos por Medicare: (como resonancias magnéticas y tomografías computarizadas) \$0 de copago</p>
<p>Servicios hospitalarios de observación para pacientes no hospitalizados</p> <p>Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes no hospitalizados que se brindan para determinar si usted debe ser hospitalizado como paciente internado o puede ser dado de alta.</p> <p>Para que se incluyan los servicios hospitalarios de observación para pacientes no hospitalizados, deben cumplir con los criterios de Medicare y ser considerados razonables y necesarios. Los servicios de observación están incluidos 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 no hospitalizados.</p> <p>Nota: A menos que el proveedor haya redactado una orden para admitir su estadía en un hospital para pacientes internados, usted es un paciente no hospitalizado y debe pagar los montos de gastos compartidos por los servicios de atención hospitalaria para pacientes no hospitalizados. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se lo considere un paciente no hospitalizado. Si no está seguro de ser un paciente no hospitalizado, consulte al personal del hospital.</p>	<p><u>Dentro de la Red</u></p> <p>\$0 de copago para servicios de observación incluidos por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la Red</u></p> <p>\$0 de copago para servicios de observación incluidos por Medicare.</p>

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

Servicios incluidos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare titulada <i>¿Es usted un paciente internado o no hospitalizado? 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 deberán llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números gratuitos las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> <p><i>Pueden aplicarse reglas de autorización</i></p>	
<p>Servicios hospitalarios para pacientes no hospitalizados</p> <p>Incluimos los servicios de necesidad médica que recibe en el departamento para pacientes no hospitalizados de un hospital para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Los servicios incluidos comprenden, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en un departamento de emergencias o en una clínica para pacientes no hospitalizados, como servicios de observación o cirugía para pacientes no hospitalizados. • 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 como paciente internado sin ella. • Radiografías y otros servicios de radiología normalmente facturados por el hospital. 	<p><u>Dentro de la Red</u></p> <p>\$0 de copago para servicios de hospital para pacientes no hospitalizados incluidos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago para servicios quirúrgicos para pacientes no hospitalizados incluidos por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la Red</u></p> <p>\$0 de copago para servicios de hospital para pacientes no hospitalizados incluidos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago para servicios quirúrgicos para pacientes no hospitalizados incluidos por Medicare.</p>

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

Servicios incluidos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Suministros médicos, como férulas y yesos. • Determinados medicamentos y productos biológicos que usted no puede suministrarse a sí mismo. <p>Nota: A menos que el proveedor haya redactado una orden para admitir su estadía en un hospital para pacientes internados, usted es un paciente no hospitalizado y debe pagar los montos de gastos compartidos por los servicios de atención hospitalaria para pacientes no hospitalizados. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se lo considere un paciente no hospitalizado. Si no está seguro de ser un paciente no hospitalizado, consulte al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare titulada <i>¿Es usted un paciente internado o no hospitalizado? 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 deberán llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números gratuitos las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> <p><i>Pueden aplicarse reglas de autorización</i></p>	
<p>Atención de salud mental para pacientes no hospitalizados</p> <p>Los servicios incluidos comprenden los siguientes: servicios de salud mental brindados por un psiquiatra o médico con licencia estatal, psicólogo clínico, trabajador social clínico, enfermero especialista profesional, consejero profesional con licencia (LPC, en inglés), terapeuta profesional para parejas y familias (LMFT, en inglés), enfermero profesional (NP), asistente médico (PA) u otro</p>	<p><u>Dentro de la Red</u></p> <p>\$0 de copago para servicios de psiquiatría individuales incluidos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago para servicios de psiquiatría grupales incluidos por Medicare.</p>

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

Servicios incluidos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>profesional de la salud mental calificado por Medicare según lo permitido por las leyes estatales aplicables.</p> <p>Pueden aplicarse reglas de autorización</p>	<p>\$0 de copago para servicios individuales de salud mental incluidos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago para servicios de salud mental grupales incluidos por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la Red</u></p> <p>\$0 de copago para servicios de psiquiatría individuales incluidos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago para servicios de psiquiatría grupales incluidos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago para servicios individuales de salud mental incluidos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago para servicios de salud mental grupales incluidos por Medicare.</p>
<p>Servicios para pacientes no hospitalizados de rehabilitación</p> <p>Los servicios incluidos comprenden los siguientes: fisioterapia, terapia ocupacional, y terapia del habla y del lenguaje.</p> <p>Los servicios de rehabilitación para pacientes no hospitalizados se prestan en varios centros para pacientes no hospitalizados, como los departamentos para pacientes no hospitalizados de un hospital, los consultorios de terapeutas independientes y los Centros de Rehabilitación Integral para Pacientes No Hospitalizados (CORF).</p> <p>Pueden aplicarse reglas de autorización</p>	<p><u>Dentro de la Red</u></p> <p>\$0 de copago para servicios de terapia ocupacional incluidos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago para los servicios de fisioterapia y del habla incluidos por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la Red</u></p> <p>\$0 de copago para servicios de terapia ocupacional incluidos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago para los servicios de fisioterapia y del habla incluidos por Medicare.</p>

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

Servicios incluidos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de trastornos por consumo de sustancias para pacientes no hospitalizados</p> <p>La cobertura conforme a Medicare Parte B está disponible para servicios de tratamiento que se brindan en el departamento para pacientes no hospitalizados de un hospital a pacientes que, por ejemplo, han sido dados de alta de una internación para el tratamiento contra el abuso de sustancias o que requieren tratamiento, pero que no requieren la disponibilidad ni la intensidad de los servicios que solo se encuentran en el ámbito hospitalario para pacientes internados.</p> <p>Pueden aplicarse reglas de autorización</p>	<p><u>Dentro de la Red</u></p> <p>\$0 de copago para el tratamiento individual para el abuso de sustancias incluido por Medicare.</p> <p>\$0 de copago para el tratamiento para el abuso de sustancias grupal incluido por Medicare.</p> <p>\$0 de copago para servicios de hospitalización parcial incluidos por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la Red</u></p> <p>\$0 de copago para el tratamiento individual para el abuso de sustancias incluido por Medicare.</p> <p>\$0 de copago para el tratamiento para el abuso de sustancias grupal incluido por Medicare.</p> <p>\$0 de copago para servicios de hospitalización parcial incluidos por Medicare.</p>
<p>Cirugía para pacientes no hospitalizados, incluidos servicios proporcionados en centros hospitalarios y centros quirúrgicos para pacientes no hospitalizados</p> <p>Nota: Si se va a someter a una cirugía en un centro hospitalario, debe verificar con su proveedor si será un paciente internado o no hospitalizado. A menos que el proveedor redacte una orden para admitir su hospitalización, usted</p>	<p><u>Dentro de la Red</u></p> <p>\$0 de copago para servicios quirúrgicos para pacientes no hospitalizados incluidos por Medicare.</p>

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

Servicios incluidos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>es un paciente no hospitalizado y debe pagar los montos de gastos compartidos por la cirugía para pacientes no hospitalizados. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se lo considere un <i>paciente no hospitalizado</i>.</p> <p><i>Pueden aplicarse reglas de autorización</i></p>	<p>\$0 de copago para servicios de hospital para pacientes no hospitalizados incluidos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago para servicios de observación incluidos por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la Red</u></p> <p>\$0 de copago para servicios quirúrgicos para pacientes no hospitalizados incluidos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago para servicios de hospital para pacientes no hospitalizados incluidos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago para servicios de observación incluidos por Medicare.</p>
<p>Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes no hospitalizados</p> <p>La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo que se brinda como un servicio para pacientes no hospitalizados en un hospital o en un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta profesional para parejas y familias (LMFT, en inglés) o consejero profesional con licencia, y es una alternativa a la hospitalización para pacientes internados.</p> <p>El <i>servicio intensivo para pacientes no hospitalizados</i> es un programa estructurado de tratamiento de salud conductual (mental) activa que se brinda en un departamento para pacientes no hospitalizados de un hospital, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud</p>	<p><u>Dentro de la Red</u></p> <p>\$0 de copago para servicios de hospitalización parcial incluidos por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la Red</u></p> <p>\$0 de copago para servicios de hospitalización parcial incluidos por Medicare.</p>

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

Servicios incluidos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>acreditado por el Gobierno federal o una clínica rural; es más intensivo que la atención recibida en el consultorio del médico, terapeuta, terapeuta profesional para parejas y familias (LMFT) o consejero profesional con licencia, pero menos intensivo que la hospitalización parcial.</p> <p><i>Pueden aplicarse reglas de autorización</i></p>	
<p>Servicios de médicos y proveedores médicos, incluidas las visitas al consultorio médico</p> <p>Los servicios incluidos comprenden los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios quirúrgicos o de atención médica de necesidad médica brindados en el consultorio de un médico, un centro quirúrgico para pacientes no hospitalizados certificado, el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital o cualquier otro lugar. • Consulta, diagnóstico y tratamiento por parte de un especialista. • Exámenes de audición y equilibrio básicos realizados por su especialista, si su médico lo solicita, para determinar si necesita tratamiento médico. • Ciertos servicios de telesalud que incluyen el tratamiento de dolor de garganta, fiebre, tos, náuseas y otras enfermedades que no sean de emergencia. <ul style="list-style-type: none"> ○ 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 acudir a un proveedor que forma parte de la red que ofrezca el servicio por telesalud. ○ Este servicio de telesalud se ofrece a través de MDLive. Los asegurados deberán completar la inscripción y se 	<p><u>Dentro de la Red</u></p> <p>\$0 de copago para servicios de un médico de atención primaria incluidos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago para servicios de médicos especialistas incluidos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago para servicios realizados por un médico de atención primaria y \$0 de copago para servicios realizados por un especialista tanto para servicios incluidos por Medicare o servicios proporcionados por otros profesionales de la salud, tales como enfermeros profesionales, asistentes médicos, etc.</p> <p><u>Fuera de la Red</u></p> <p>\$0 de copago para servicios de un médico de atención</p>

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

Servicios incluidos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>les pedirá que completen un cuestionario médico en la primera visita al portal MDLive. Comuníquese con MDLive al 1-888-680-8646 o visite el sitio web de MDLive en www.mdlive.com/bcbstx-medicare. El acceso al servicio de telesalud se puede completar a través de una computadora, una tableta, un teléfono inteligente o un teléfono tradicional, y puede incluir video basado en la Web.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Algunos servicios de telesalud, que incluyen consulta, diagnóstico y 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 asegurados con diálisis domiciliaria en centros de diálisis renal de hospitales, hospitales de acceso crítico, centros de diálisis renal o en el domicilio del asegurado. • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un derrame cerebral, independientemente de su ubicación. • Servicios de telesalud para asegurados con un trastorno por el consumo de sustancias o trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación. • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental si se cumplen las siguientes condiciones: 	<p>primaria incluidos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago para servicios de médicos especialistas incluidos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago para servicios realizados por un médico de atención primaria y \$0 de copago para servicios realizados por un especialista tanto para servicios incluidos por Medicare o servicios proporcionados por otros profesionales de la salud, tales como enfermeros profesionales, asistentes médicos, etc.</p>


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

Servicios incluidos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> ○ Tiene una consulta en persona dentro de los 6 meses anteriores a su primera consulta de telesalud. ○ Tiene una consulta en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud. ○ Se pueden hacer excepciones a lo anterior en determinadas circunstancias. ● Servicios de telesalud para consultas de salud mental provistos por Clínicas Rurales y Centros de Salud Acreditados por el Gobierno Federal. ● Se podrán realizar chequeos médicos virtuales (por ejemplo, por teléfono o videollamada) con una duración de 5 a 10 minutos con su médico, si se cumplen las siguientes condiciones: <ul style="list-style-type: none"> ○ 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 las 24 horas o a la cita médica disponible más próxima. ● Se realizará una evaluación del video o las imágenes que envíe a su médico, y este las interpretará y realizará un seguimiento médico en un plazo de 24 horas si se cumplen las siguientes condiciones: <ul style="list-style-type: none"> ○ no es un paciente nuevo; y ○ la evaluación no está relacionada con una visita al consultorio que se haya realizado en los últimos 7 días; y ○ la evaluación no deriva en una visita al consultorio dentro de las 24 horas o a la cita médica más próxima disponible. 	

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

Servicios incluidos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Consultas que su médico realiza a otros médicos por teléfono, por internet o a los registros electrónicos de salud. • Una segunda opinión de otro proveedor que forma parte de la red antes de una cirugía. • Atención dental no rutinaria (los servicios incluidos 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 incluirían al ser provistos por un médico). <p><i>Pueden aplicarse reglas de autorización</i></p>	
<p>Servicios de podiatría</p> <p>Los servicios incluidos comprenden los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolón calcáneo). • Cuidado de los pies de rutina para asegurados con determinadas afecciones médicas que afectan las extremidades inferiores. <p><i>Pueden aplicarse reglas de autorización</i></p>	<p><u>Dentro de la Red</u> \$0 de copago para servicios incluidos por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la Red</u> \$0 de copago para servicios incluidos por Medicare.</p>
<p>Enfermería de servicio privado</p> <p>La enfermería de servicio privado se brinda a las personas que necesitan atención especializada y requieren atención de enfermería individualizada que sea más intensa que lo que está disponible conforme al beneficio médico a domicilio.</p>	<p><u>Dentro y fuera de la red</u> \$10,000 de asignación cada año</p>

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

Servicios incluidos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Hasta 2 horas de servicios de enfermería de servicio privado (PDN, en inglés) se considerarán como 1 consulta.</p> <p>La PDN no incluye los servicios prestados por asistentes médicos, ayudantes de enfermería, ayudantes de atención médica a domicilio u otros cuidadores que no son enfermeros a nivel profesional ni se encuentran dentro del alcance de la práctica.</p> <p><i>Pueden aplicarse reglas de autorización</i></p>	
<p> Exámenes de detección de cáncer de próstata</p> <p>Para hombres mayores de 50 años, los servicios incluidos comprenden lo siguiente, una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen rectal digital. • Prueba de Antígeno Prostático Específico (PSA, en inglés). <p><i>Pueden aplicarse reglas de autorización</i></p>	<p><u>Dentro de la Red</u> No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por una prueba anual de PSA.</p> <p>\$0 de copago para un examen rectal digital anual incluido por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la Red</u> \$0 de copago para servicios incluidos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago para un examen rectal digital anual incluido por Medicare.</p>
<p>Suministros protésicos y ortopédicos y suministros relacionados</p> <p>Dispositivos (que no sean dentales) que reemplazan la totalidad o parte de una función o parte del cuerpo. Estos incluyen, entre otros, pruebas, ajustes o entrenamiento en el uso de dispositivos protésicos y ortóticos; así como: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, soportes, zapatos ortopédicos,</p>	<p><u>Dentro de la Red</u> \$0 de copago para dispositivos ortopédicos incluidos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago para servicios de suministros médicos incluidos por Medicare.</p>

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

Servicios incluidos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluyen ciertos suministros relacionados con los dispositivos de ortótica y prótesis y la reparación o el reemplazo de dispositivos de ortótica y prótesis. También incluyen cierto grado de cobertura después de una extirpación de cataratas o cirugía de cataratas; consulte Cuidado de la vista más adelante en esta sección para obtener más información.</p> <p>Pueden aplicarse reglas de autorización</p>	<p><u>Fuera de la Red</u> \$0 de copago para dispositivos ortopédicos incluidos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago para servicios de suministros médicos incluidos por Medicare.</p> <p>Si el costo es superior a \$2,500 se requerirá una autorización.</p>
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Se incluyen programas integrales de rehabilitación pulmonar para los asegurados que tengan enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave y un referido para rehabilitación pulmonar del médico que está tratando la enfermedad respiratoria crónica.</p> <p><i>Pueden aplicarse reglas de autorización</i></p>	<p><u>Dentro de la Red</u> \$0 de copago para servicios de rehabilitación pulmonar incluidos por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la Red</u> \$0 de copago para servicios de rehabilitación pulmonar incluidos por Medicare.</p>
<p> Examen de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol</p> <p>Incluimos un examen de detección de abuso de alcohol para adultos con Medicare (incluidas las mujeres embarazadas) que abusan del alcohol, pero que no son dependientes de este.</p> <p>Si se detecta que usted consume alcohol en forma inadecuada, puede recibir hasta cuatro sesiones presenciales breves de asesoramiento por año (si es competente y está alerta durante el asesoramiento) proporcionadas por un médico de atención primaria o proveedor médico calificados en un entorno de atención médica primaria.</p> <p><i>Pueden aplicarse reglas de autorización</i></p>	<p><u>Dentro de la Red</u> No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por el beneficio de atención preventiva de examen de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol incluidos por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la Red</u> \$0 de copago para servicios incluidos por Medicare.</p>

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

Servicios incluidos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computada de baja dosis (LDCT, en inglés)</p> <p>Los asegurados elegibles son: personas de entre 50 y 77 años que no presentan signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de fumar al menos 20 cajetillas/año de tabaco y que fuman actualmente o han dejado de fumar en los últimos 15 años, que reciban una orden para la LDCT durante una consulta de asesoramiento y toma de decisiones compartida para un examen de detección de cáncer de pulmón que cumpla con los criterios de Medicare para dichas consultas y sea proporcionado por un médico o un profesional no médico capacitado.</p> <p><i>Para los exámenes de detección de cáncer de pulmón de LDCT después del examen de detección de LDCT inicial:</i> el asegurado tiene que recibir una orden para un examen de detección de cáncer de pulmón de LDCT que puede ser proporcionada durante cualquier consulta adecuada a un médico o profesional no médico capacitado. Si un médico o profesional no médico calificado opta por proporcionar una consulta de asesoramiento sobre el examen de detección de cáncer de pulmón y toma de decisiones compartida para los exámenes preventivos posteriores de cáncer de pulmón con LDCT, la consulta debe cumplir los criterios de Medicare para dichas consultas.</p> <p><i>Pueden aplicarse reglas de autorización</i></p>	<p><u>Dentro de la Red</u> No hay coseguro, copago ni deducible para la consulta de asesoramiento y toma de decisiones compartida o para la LDCT incluidas por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la Red</u> \$0 de copago para servicios incluidos por Medicare.</p>
<p> Examen de detección para infecciones de transmisión sexual (STI, en inglés) y asesoramiento para prevenirlas</p> <p>Incluimos exámenes de detección de infecciones de transmisión sexual (STI) para clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estos exámenes de</p>	<p><u>Dentro de la Red</u> No se aplica ningún coseguro, copago ni</p>

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

Servicios incluidos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>detección están incluidos para mujeres embarazadas y ciertas personas que tienen un mayor riesgo de contraer una STI cuando las pruebas son ordenadas por un profesional de la salud primaria. Incluimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en determinados momentos durante el embarazo.</p> <p>También incluimos hasta dos sesiones presenciales individuales por año, de asesoramiento conductual intensivo, de 20 a 30 minutos de duración, para adultos sexualmente activos con alto riesgo de STI. Solamente incluimos estas sesiones de asesoramiento como servicio de prevención si son provistas por un profesional de la salud primaria y se realizan en un entorno de atención primaria médica, como el consultorio de un médico.</p> <p><i>Pueden aplicarse reglas de autorización</i></p>	<p>deducible por el beneficio de atención preventiva de examen de detección de STI y asesoramiento para prevenirlas incluidos por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la Red</u> \$0 de copago para servicios incluidos por Medicare.</p>
<p>Servicios para el tratamiento de enfermedades renales</p> <p>Los servicios incluidos comprenden los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios educativos sobre enfermedades renales para enseñar sobre el cuidado renal y ayudar a que los asegurados tomen decisiones fundamentadas acerca de su atención. Para asegurados con enfermedad renal crónica en etapa IV, siempre que cuenten con una remisión por parte de su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre enfermedades renales de por vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes no hospitalizados (incluidos los tratamientos de diálisis cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el capítulo 3, o cuando su proveedor de este servicio no se encuentre disponible o no pueda acceder a su proveedor temporalmente). 	<p><u>Dentro de la Red</u> \$0 de copago para servicios educativos sobre enfermedades renales incluidos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago para servicios de diálisis incluidos por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la Red</u> \$0 de copago para servicios educativos sobre enfermedades renales incluidos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago para servicios de diálisis incluidos por Medicare.</p>


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

Servicios incluidos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Tratamientos de diálisis para pacientes internados (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 el hogar). • Equipos y suministros para diálisis en el hogar. • Ciertos servicios de apoyo en el hogar (tales como, cuando sea necesario, visitas de técnicos en diálisis capacitados para controlar la diálisis en el hogar, ayudar en casos de emergencia y efectuar una revisión de su equipo de diálisis y suministro de agua). <p>Ciertos medicamentos para diálisis están incluidos conforme a sus beneficios de medicamentos de Medicare Parte B. Para obtener información sobre la cobertura de Medicamentos de la Parte B, consulte la sección Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare.</p> <p><i>Pueden aplicarse reglas de autorización</i></p>	
<p>Atención en centros de enfermería especializada (SNF)</p> <p>(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).</p> <p>El plan incluye 100 días por período de beneficios. Los servicios incluidos comprenden, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es de necesidad médica). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería especializada. 	<p><u>Dentro de la Red</u></p> <p>\$0 de copago por día desde el día 1 al 20.</p> <p>\$0 de copago por día desde el día 21 al 100.</p> <p>(los días del 101 al 180 son complementarios)</p> <p><u>Fuera de la Red</u></p> <p>\$0 de copago por día desde el día 1 al 20.</p>

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

Servicios incluidos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Medicamentos que se le administran como parte de su plan de atención (incluye las sustancias que están naturalmente presentes en el cuerpo, como los factores de coagulación de la sangre). • Sangre (incluidas la conservación y administración). La cobertura de sangre completa y concentrada de glóbulos rojos comienza a partir de la primera pinta de sangre que necesite. Todos los demás componentes de la sangre están incluidos desde la primera pinta utilizada. • Suministros médicos y quirúrgicos normalmente proporcionados por los SNF. • Pruebas de laboratorio normalmente proporcionadas por los SNF. • Radiografías y otros servicios de radiología normalmente proporcionados por los SNF. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, normalmente proporcionados por los SNF. • Servicios de médicos o proveedores médicos. 	<p>\$0 de copago por día desde el día 21 al 100.</p> <p>(los días del 101 al 180 son complementarios)</p>
<p>En general, recibirá atención de SNF en los centros que forman parte de la red. Sin embargo, en ciertas condiciones como las que se enumeran a continuación, usted podrá pagar los gastos compartidos dentro de la red si elige un centro que no es un proveedor que forma parte de la red, solo si el centro acepta los montos de pago establecidos de nuestro plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un hogar de servicios de enfermería o una comunidad de jubilación de cuidado continuo donde usted vivía justo antes de ingresar al hospital (siempre que se proporcione atención de un centro de enfermería especializada). 	

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

Servicios incluidos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Un SNF donde su cónyuge o pareja en unión libre esté viviendo en el momento en que usted deje el hospital. <p><i>Pueden aplicarse reglas de autorización</i></p>	
<p> Dejar de fumar y de consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco)</p> <p><u>Si consume tabaco, pero no presenta signos ni síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco:</u> incluimos dos intentos de asesoramiento para dejar de fumar dentro de un período de 12 meses como servicio de prevención sin costo para usted. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro consultas personales.</p> <p><u>Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando un medicamento que puede resultar afectado por el tabaco:</u> incluimos servicios de asesoramiento para dejar de fumar. Incluimos dos intentos con asesoramiento para dejar de fumar en un período de 12 meses; sin embargo, usted pagará los gastos compartidos correspondientes. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro consultas personales.</p> <p><i>Pueden aplicarse reglas de autorización</i></p>	<p><u>Dentro de la Red</u> No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco incluidos por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la Red</u> \$0 de copago para servicios incluidos por Medicare.</p>
<p>Terapia de ejercicio supervisada (SET)</p> <p>La SET se incluye para los asegurados con enfermedad arterial periférica (PAD, en inglés) sintomática y un referido para PAD del médico responsable del tratamiento contra la PAD.</p> <p>Se incluyen hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET.</p>	<p><u>Dentro de la Red</u> \$0 de copago para una terapia de ejercicios supervisados incluida por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la Red</u> \$0 de copago para una terapia de ejercicios</p>



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

Servicios incluidos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>El programa SET debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Constar de 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 no hospitalizados o en el consultorio de un médico. • Estar a cargo de personal auxiliar calificado necesario para asegurarse de que los beneficios excedan los daños, y que estén capacitados en terapia de ejercicio para la PAD. • Estar bajo la supervisión directa de un médico, un asistente médico, o un enfermero profesional o enfermero especialista profesional que deben estar entrenados en técnicas de auxilio vital básicas y avanzadas. <p>La SET puede estar incluida hasta por 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 médica lo considera de necesidad médica.</p> <p><i>Pueden aplicarse reglas de autorización</i></p>	<p>supervisados incluida por Medicare.</p>
<p>Servicios suplementarios de telesalud</p> <p>Los servicios incluidos comprenden los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Algunos servicios de telesalud incluyen la atención médica inmediata y los servicios de salud conductual. <ul style="list-style-type: none"> ○ 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 acudir a un proveedor que forma parte de la red que ofrezca el servicio por telesalud. 	<p><u>Dentro de la Red</u></p> <p>Atención médica inmediata virtual: \$0 de copago (solo a través de MDLive); servicios virtuales especializados de salud mental: \$0 de copago (solo a través de MDLive); servicios psiquiátricos virtuales: \$0 de copago (solo a través de MDLive)</p>

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

Servicios incluidos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> Este servicio de telesalud se ofrece a través de MDLive. Los asegurados deberán completar la inscripción y se les pedirá que completen un cuestionario médico en la primera visita al portal MDLive. Comuníquese con MDLive al 1-888-680-8646 o visite el sitio web de MDLive en www.mdlive.com/bcbstx-medicare. El acceso al servicio de telesalud se puede completar a través de una computadora, una tableta, un teléfono inteligente o un teléfono tradicional, y puede incluir video basado en la Web. 	<p><u>Fuera de la Red</u> Sin cobertura.</p>
<p>Servicios Requeridos Urgentemente</p> <p>Un servicio incluido por el plan que requiera atención médica inmediata que no sea una emergencia es un servicio requerido urgentemente si usted está fuera del área de servicio del plan de forma provisional, o incluso si usted está dentro del área de servicio del plan, o si no es razonable dado su tiempo, lugar, y las circunstancias para obtener este servicio de los proveedores que forman parte de la red con los que el plan tiene contratos. Su plan debe incluir los servicios requeridos urgentemente y solo cobrarle gastos compartidos dentro de la red. Ejemplos de servicios requeridos urgentemente son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de las condiciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina de necesidad médica al proveedor, tales como chequeos anuales, no se consideran urgentemente necesarias, incluso si usted está fuera del área de servicio del plan o la red del plan no está disponible de forma provisional.</p> <p>Los servicios de atención médica inmediata en el extranjero están incluidos.</p>	<p>\$0 de copago para servicios incluidos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago para consultas virtuales de atención médica inmediata a través de MDLive.</p> <p><u>Cobertura en el extranjero</u> \$0 de copago para servicios urgentes en cada consulta.</p> <p>El costo se exime si usted es admitido en el hospital dentro de 3 días por la misma afección.</p>

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

Servicios incluidos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Cuidado de la vista</p> <p>Los servicios incluidos comprenden los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos para pacientes no hospitalizados para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones oculares, incluido el tratamiento contra la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no incluye exámenes de la vista de rutina (refracciones oculares) por anteojos o lentes de contacto. • Para las personas con alto riesgo de glaucoma, incluiremos un examen de detección de glaucoma cada año. Las personas con alto riesgo de glaucoma incluyen: pacientes con antecedentes familiares de glaucoma, diabéticos, pacientes afroamericanos de 50 años de edad y más e hispanicos estadounidenses que tienen 65 años de edad o más. • Para las personas con diabetes, el examen de detección de retinopatía diabética está incluido una vez por año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluye la inserción de un lente intraocular (si se somete a dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos anteojos después de la segunda cirugía). <p><i>Pueden aplicarse reglas de autorización</i></p>	<p><i>Servicios incluidos por Medicare:</i></p> <p><u>Dentro de la Red</u></p> <p>\$0 de copago para servicios incluidos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago para un examen anual de detección del glaucoma.</p> <p>\$0 de copago para 1 par de anteojos incluidos por Medicare (lentes y armazones) o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas.</p> <p><u>Fuera de la Red</u></p> <p>\$0 de copago para servicios incluidos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago para un examen anual de detección del glaucoma.</p> <p>\$0 de copago para 1 par de anteojos (cristales y armazones) o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas.</p>
<p> Consulta preventiva de Bienvenida a Medicare</p> <p>El plan incluye la consulta preventiva de <i>Bienvenida a Medicare</i> por única vez. La consulta incluye una revisión de su salud, así como educación y</p>	<p><u>Dentro de la Red</u></p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible por la</p>

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

Servicios incluidos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>asesoramiento sobre los servicios de prevención que necesita (incluidos determinados exámenes de detección y vacunas) y referidos para otra atención, si es necesario.</p> <p>Importante: Incluimos la consulta preventiva de <i>Bienvenida a Medicare</i> únicamente durante los primeros 12 meses en que tiene Medicare Parte B. Cuando agende su cita, informe al consultorio de su médico que desea programar su consulta preventiva de <i>Bienvenida a Medicare</i>.</p>	<p>consulta preventiva de <i>Bienvenida a Medicare</i>.</p> <p>Fuera de la Red \$0 de copago para servicios incluidos por Medicare.</p>
<p>Cobertura de urgencia/atención inmediata en todo el mundo</p> <p>La cobertura en el extranjero está disponible solo para servicios de emergencia y urgentes. Para obtener información sobre servicios internacionales urgentes o de emergencia, visite el sitio web www.bcbsglobalcore.com o llame al número gratuito 1-800-810-Blue (2583) o realice una llamada por cobro revertido al 1-804-673-1177. Además de comunicarse con Blue Cross Blue Shield Global Core, llame a su compañía de BCBS para obtener certificación o autorización previa. También puede consultar con el plan para obtener más detalles sobre cómo acceder a este beneficio.</p>	<p>\$0 de copago.</p> <p>La cobertura en el extranjero es solo para atención médica de emergencia y atención médica inmediata.</p>

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

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

Sección 3.1 Servicios que *no* incluimos (exclusiones)

En esta sección, se describen los beneficios *excluidos* de la cobertura de Medicare y que, por lo tanto, este plan no incluye. Que un servicio esté “excluido” significa que este plan no incluye el servicio.

En el siguiente gráfico, se describen los servicios y suministros sin cobertura bajo ningún concepto y que están incluidos solamente en ciertas situaciones.

Si recibe servicios que están excluidos (sin cobertura), deberá pagar por ellos. No pagaremos por los servicios médicos excluidos enumerados en la siguiente tabla, excepto en las condiciones específicas mencionadas. Única excepción: pagaremos en caso de que determinemos que un servicio de la tabla es un servicio médico que deberíamos haber pagado o incluido por su situación en particular tras una apelación. (Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación cuando hemos determinado que no nos corresponde incluir un servicio médico, consulte el Capítulo 7, Sección 5.3, de este documento).

Todas las exclusiones o limitaciones sobre los servicios se describen en la Tabla de Beneficios.

Incluso cuando reciba los servicios excluidos en un centro de atención médica de emergencia, estos no estarán incluidos y nuestro plan no pagará por ellos.

Servicios sin cobertura de Medicare	Sin cobertura bajo ningún concepto	Incluidos solo en condiciones específicas
Acupuntura		Disponible para personas con dolor lumbar crónico en determinadas circunstancias.
Cirugía o procedimientos cosméticos		<ul style="list-style-type: none"> Incluidos en caso de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un asegurado con una malformación. Incluidos para todas las etapas de reconstrucción para las mamas después de una mastectomía, incluso en la mama no afectada para lograr una apariencia simétrica.

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

Servicios sin cobertura de Medicare	Sin cobertura bajo ningún concepto	Incluidos solo en condiciones específicas
<p>Cuidado de custodia</p> <p>El cuidado de custodia es la atención personal que no requiere la atención constante del personal médico o un paramédico capacitado, por ejemplo, cuidados que ayudan al paciente con actividades de la vida cotidiana, tales como bañarse o vestirse.</p>	<p>Sin cobertura bajo ningún concepto</p>	
<p>Procedimientos, equipos y medicamentos quirúrgicos y médicos experimentales.</p> <p>Los procedimientos y suministros experimentales son aquellos suministros y procedimientos que generalmente no son aceptados por la comunidad médica según Original Medicare.</p>		<p>Pueden estar incluidos por Original Medicare en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan.</p> <p>(Lea la sección 5 del capítulo 3 para obtener más información sobre estudios de investigación clínica).</p>
<p>Los honorarios por atención cobrados por sus familiares directos o personas que viven en su casa.</p>	<p>Sin cobertura bajo ningún concepto</p>	
<p>Atención de enfermeros de tiempo completo en su domicilio.</p>	<p>Sin cobertura bajo ningún concepto</p>	
<p>Comidas a domicilio</p>	<p>Sin cobertura bajo ningún concepto</p>	
<p>Los servicios domésticos incluyen ayuda con las tareas domésticas básicas, incluidas la</p>	<p>Sin cobertura bajo ningún concepto</p>	

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

Servicios sin cobertura de Medicare	Sin cobertura bajo ningún concepto	Incluidos solo en condiciones específicas
limpieza ligera o la preparación de comidas básicas.		
Servicios de especialista en naturopatía (uso de tratamientos naturales o alternativos).	Sin cobertura bajo ningún concepto	
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.
Artículos de uso personal en su habitación de hospital o centro de enfermería especializada, como un teléfono o una televisión.	Sin cobertura bajo ningún concepto	
Sala privada en un hospital		Solo está incluida cuando es de necesidad médica.
Anulación de procedimientos de esterilización o suministros anticonceptivos sin receta médica.	Sin cobertura bajo ningún concepto	
Atención quiropráctica de rutina		Se incluye la manipulación manual de la columna para corregir subluxaciones.
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otros tipos de asistencia para la visión disminuida.	Sin cobertura bajo ningún concepto	
Cuidado de los pies de rutina		Cierta cobertura limitada suministrada de conformidad con las pautas de Medicare, (p. ej., en caso de diabetes).

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

Servicios sin cobertura de Medicare	Sin cobertura bajo ningún concepto	Incluidos solo en condiciones específicas
Servicios considerados no razonables ni necesarios, de acuerdo con los estándares de Original Medicare	Sin cobertura bajo ningún concepto	

CAPÍTULO 5:

*Cómo solicitarnos que paguemos
nuestra parte de una factura
que recibió por servicios
médicos incluidos*

Capítulo 5 Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos incluidos

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

A veces, cuando recibe una atención médica, es posible que deba pagar el costo total inmediatamente. 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 parte de un proveedor. En cualquiera de estos casos, usted puede pedir a nuestro plan que le reintegre dichos montos (devolverle el dinero es llamado con frecuencia *reembolsarle*). Usted tiene derecho a recibir el reintegro de nuestro plan cuando ha pagado más de la parte que le corresponde por el costo de servicios médicos incluidos en 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 los gastos compartidos, como se explica en este 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 incluirse. Si decidimos que deben incluirse, le pagaremos al proveedor directamente. Si decidimos no pagarlo, notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más que los gastos compartidos permitidos 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 reembolso de nuestro plan o que paguemos una factura que usted recibió:

1. Cuando recibe atención médica de un proveedor fuera de la red de nuestro plan

Cuando reciba atención médica de un proveedor externo a nuestra red, solo será responsable del pago de su parte del costo. (Su parte del costo puede ser mayor para un proveedor que no forma parte de la red que para un proveedor que forma parte de la red). Solicite al proveedor que facture al plan nuestra parte del costo.

- Los proveedores de emergencia están legalmente obligados a proporcionar atención médica de emergencia. Usted solo es responsable de pagar su parte del costo de los servicios de emergencia o servicios requeridos urgentemente. Si usted paga el monto total en el momento en que recibe la atención, deberá solicitarnos un reembolso por nuestra parte del costo. Envíenos la factura, junto con todos los comprobantes de pago que haya efectuado.

Capítulo 5 Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos incluidos

- 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.
- Tenga en cuenta lo siguiente: Si bien puede recibir atención médica de un proveedor que no forma parte de la red, el proveedor debe ser elegible para participar en Medicare. Excepto por la atención médica de emergencia, nosotros no podemos pagarle a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare. Si el proveedor no es elegible para participar en Medicare, usted será responsable de pagar el costo total de los servicios que reciba.

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

Los proveedores que forman parte 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 por los servicios.

- Usted únicamente tiene que pagar su monto de gastos compartidos cuando se le brindan servicios incluidos. No permitimos a los proveedores agregar cargos adicionales independientes, conocidos como facturas con saldo adicional. Este factor de protección (por el cual nunca paga más del monto de gastos compartidos) 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.
- Cuando recibe una factura de un proveedor que forma parte de la red que considera que es por un monto mayor que el que le corresponde pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos con el proveedor directamente para resolver el problema.
- Si ya ha pagado la factura a un proveedor que forma parte 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.

Capítulo 5 Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos incluidos

3. Si se inscribe en nuestro plan de forma retroactiva

A 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 se inscribió en forma retroactiva en nuestro plan y pagó de su bolsillo por cualquiera de los servicios incluidos después de su fecha de inscripción, puede solicitarnos que le reintegremos su parte de los costos. Deberá enviarnos documentación, como recibos o 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 contiene información sobre cómo presentar una apelación.

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

Puede solicitarnos que le hagamos un reembolso mediante el envío de una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíe la factura o la documentación que dé cuenta del pago que realizó. Es buena idea conservar una copia de la factura y los recibos para sus registros.

Para asegurarse de que nos está brindando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, usted puede completar el formulario de reclamaciones para solicitar el pago.

- No está obligado a usar este formulario, pero nos ayudará a que podamos procesar la información más rápidamente.
- Llame a Servicio al Cliente y solicite el formulario.

En caso de **reclamaciones médicas**, envíe su solicitud de pago por correo junto con cualquier factura o recibo pagado a la siguiente dirección:

Medical Claims Payment Request
P.O. Box 4195
Scranton, PA 18505

En caso de **reclamaciones por emergencias internacionales o de atención médica inmediata**, envíe la solicitud por correo junto con cualquier factura o recibo pagado a la siguiente dirección:

Blue Cross Blue Shield Global Care Service Center
P.O. Box 2048
Southeastern, PA 19399

Capítulo 5 Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos incluidos

Debe presentar su reclamación dentro de los 12 meses posteriores a la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y le responderemos afirmativa o negativamente**Sección 3.1 Verificamos si nos corresponde cubrir el servicio o medicamento 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 incluida y usted siguió todas las normas, pagaremos nuestra parte del costo. Si ya ha pagado por el servicio, le enviaremos por correo el reembolso por nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado por el servicio, enviaremos por correo el pago directamente al proveedor.
- Si decidimos que la atención médica *no* está incluida o que usted *no* siguió las normas, no pagaremos nuestra parte de los costos. Le enviaremos una carta con las razones por las que no le enviamos el pago que usted solicita y los derechos que tiene para apelar esa 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 si no está de acuerdo con 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 límite 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 sensibilidades culturales como asegurado del plan

Sección 1.1	We must provide information in a way that works for you and consistent with your cultural sensitivities (in languages other than English, in braille, in large print, or other alternate formats, etc.). Debemos proporcionar información de una manera que funcione para usted y de acuerdo con sus sensibilidades culturales (en idiomas que no sean inglés, en braille, en español, en letra grande u otros formatos alternativos, etc.)
--------------------	--

Your plan is required to ensure that all services, both clinical and non-clinical, are provided in a culturally competent manner and are accessible to all enrollees, including those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and ethnic backgrounds. Examples of how a plan may meet these accessibility requirements include, but are not limited to provision of translator services, interpreter services, teletypewriters, or TTY (text telephone or teletypewriter phone) connection.

Our plan has free interpreter services available to answer questions from non-English speaking members. We can also give you information in braille, in Spanish, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We are required to give you information about the plan's benefits in a format that is accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, please call Customer Service.

Our plan is required to give female enrollees the option of direct access to a women's health specialist within the network for women's routine and preventive health care services.

If providers in the plan's network for a specialty are not available, it is the plan's responsibility to locate specialty providers outside the network who will provide you with the necessary care. In this case, you will only pay in-network cost sharing. If you find yourself in a situation where there are no specialists in the plan's network that cover a service you need, call the plan for information on where to go to obtain this service at in-network cost sharing.

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, please call to file a grievance with UT CARE Medicare (PPO) at 1-877-842-7562. You may also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights 1-800-368-1019 or TTY 1-800-537-7697.

Capítulo 6 Sus derechos y responsabilidades

Nuestro plan cuenta con servicios de intérpretes gratuitos disponibles para responder preguntas de miembros discapacitados y de aquellos que no hablan inglés. También podemos brindarle información en sistema braille, en español, 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 nuestra parte de una manera que la pueda comprender, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento)

Nuestra aseguradora cuenta con personas y servicios gratuitos de interpretación para responder preguntas de asegurados con alguna discapacidad o que no hablen inglés. Si lo necesita, también podemos proporcionarle sin costo información en braille, en letra grande u otros formatos. Tenemos la obligación de proporcionarle información sobre los beneficios de la cobertura en un formato accesible, eficaz y apropiado para usted. Comuníquese con Atención al Miembro para recibir información en un formato eficaz para usted (los números telefónicos aparecen en la contraportada de este folleto).

Nuestro plan debe brindar a las mujeres inscritas la opción de acceso directo a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para los servicios de atención médica preventiva y de rutina de la mujer.

Si los proveedores de la red del plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad del plan ubicar proveedores especializados fuera de la red que le brindarán la atención necesaria. En este caso, solo pagará el costo compartido 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 necesita, llame al plan para obtener información sobre dónde ir para obtener este servicio con costos compartidos dentro de la red.

Si tiene dificultades para acceder a la información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, llame para presentar un reclamo ante UT CARE Medicare (PPO) al 1-877-842-7562. También puede presentar una queja con Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o puede presentarla directamente en la Oficina de Derechos Civiles. La información de contacto está incluida en esta Evidencia de Cobertura, o puede comunicarse al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697 para acceder a información adicional.

Sección 1.2 Debemos garantizarle el acceso oportuno a sus medicamentos incluidos

Tiene derecho de elegir un proveedor en la red del plan. También tiene derecho a consultar a un especialista en atención médica para la mujer (como un ginecólogo) sin un referido y seguir pagando los montos de gastos compartidos dentro de la red.

Como miembro del plan, tiene derecho a recibir consultas y servicios incluidos de sus proveedores *dentro de un período razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunamente de especialistas cuando necesita este tipo de atención.

Si considera que no está obteniendo su atención médica dentro de un período razonable, en el capítulo 7, sección 9 de este documento se le informa 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 la información personal que nos brindó cuando se inscribió en este plan, así como su expediente médico, 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 de salud. Le entregamos un aviso escrito, llamado *Aviso de Prácticas de Privacidad*, en el que se describen estos derechos y se explica cómo protegemos la privacidad de su información médica.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información médica?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no puedan leer ni cambiar sus registros.
- Excepto por las circunstancias 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 ella, *debemos obtener su permiso por escrito, o bien de alguien a quien usted haya otorgado poder legal para tomar decisiones por usted primero*.

Capítulo 6 Sus derechos y responsabilidades

- 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.
 - Como usted es asegurado de nuestro plan a través de Medicare, estamos obligados a proporcionarle a Medicare su información médica. 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 consultar 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 expediente médico. Si nos solicita que hagamos 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 protegida, llame a Servicio al Cliente.

Blue Cross and Blue Shield of Texas (BCBSTX) está obligado a proporcionarle un Aviso de Prácticas de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (HIPAA, en inglés), así como un Aviso de Prácticas de Privacidad del Estado. En el Aviso de Prácticas de Privacidad de la HIPAA se describe cómo BCBSTX puede usar o divulgar su información médica protegida y sus derechos sobre esa información conforme a la ley federal. En el Aviso de Prácticas de Privacidad Estatal se describe cómo BCBSTX puede usar o divulgar su información financiera personal no pública y sus derechos sobre esa información conforme a la ley estatal. Tómese unos minutos y revise estos avisos. Comuníquese con Servicio al Cliente para obtener más información.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE LA HIPAA:

Fecha de entrada en vigor 10/01/2022

REVISE ESTE AVISO CUIDADOSAMENTE. EN ÉL, SE EXPLICA CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE ACCEDER A ESTA.

Blue Cross and Blue Shield of Texas (BCBSTX) se compromete a proteger su privacidad y comprende la importancia de proteger la información médica. La HIPAA nos exige mantener la privacidad de su información médica protegida (PHI, en inglés) que le identifica o podría usarse para identificarle. La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (HIPAA, en inglés) también exige que proporcionemos este aviso de prácticas de privacidad que explica nuestras responsabilidades legales, prácticas de privacidad y sus derechos respecto a la PHI que BCBSTX recopila y almacena sobre usted. Además, la ley estatal exige que le proporcionemos un aviso estatal que explique cómo BCBSTX puede usar o divulgar su información financiera personal que no es pública y describe sus derechos sobre esta información.

Para recibir este aviso de forma electrónica, visite el portal Blue Access for MembersSM (BAMSM) en BCBSTX.com y regístrese.

En esta sección, se explican los DERECHOS que tiene con respecto a su PHI y nuestras obligaciones con respecto a estos derechos. Usted puede ejercer estos derechos enviándonos una solicitud por escrito; la información de contacto se encuentra al final de este aviso.

Derecho a solicitar una enmienda a su PHI

- Puede solicitar una enmienda a su PHI en un registro designado si cree que es incorrecta o está incompleta.
- Tenemos 60 días para responder a su solicitud; sin embargo, podemos disponer de 30 días adicionales si es necesario.
- Podemos rechazar su solicitud, por ejemplo, si determinamos que su PHI es correcta y completa o que nosotros no creamos la PHI. Le explicaremos el motivo del rechazo en la respuesta que le enviamos y usted tiene derecho a presentar una declaración de desacuerdo.

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede solicitar que nos comuniquemos con usted de una manera específica o en una dirección alternativa.
- Estamos obligados a satisfacer solicitudes razonables; sin embargo, tenemos derecho a pedirle información sobre cómo se manejará su pago, así como detalles específicos sobre sus alternativas de comunicación.

Capítulo 6 Sus derechos y responsabilidades

Derecho a solicitar una lista de personas o entidades que recibieron su PHI

- Puede solicitar un informe de divulgaciones, que es una lista de todas las divulgaciones que realizamos durante los seis años anteriores a su fecha de solicitud. La lista no incluirá todas las divulgaciones realizadas para tratamiento, pago, operaciones de atención médica, así como un par de otras situaciones (los detalles sobre estas situaciones se describen más adelante en el aviso).
- Puede solicitar 1 informe en cualquier período de 12 meses; si solicita otros en este período, podemos cobrar un arancel razonable basado en los costos. Se lo notificaremos antes de cobrarle; entonces podrá retirar o modificar su solicitud para evitar el arancel.
- Tenemos 60 días para responder a su solicitud; sin embargo, disponemos de 30 días adicionales si es necesario.

Derecho a solicitar una copia del Aviso

- Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento. Para solicitar una copia, envíe su solicitud por escrito con la información de contacto al final de este aviso.

Derecho a elegir a alguien para que actúe en su nombre

- Si le otorgó un poder médico a alguien o si alguien es su tutor legal, esta persona puede actuar en su nombre y tomar decisiones por usted.
- Confirmaremos que esta persona tiene derecho a actuar en su nombre antes de divulgar cualquier PHI.

Derecho a presentar una queja

- Puede presentar una queja directamente ante nosotros si cree que hemos violado sus derechos de privacidad mediante la información de contacto que aparece al final de este aviso.
 - También puede presentar una queja ante la Secretaría de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. llamando al 1-877-696-6775, visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/ o enviando una carta a la siguiente dirección:
200 Independence Ave., SW, Washington D. C. 20201.
 - No tomaremos ningún tipo de represalia contra usted por presentar una queja.
-

En esta sección, se explica cuándo debemos recibir su consentimiento antes de compartir su PHI.

Podemos compartir su PHI para estos fines con su consentimiento verbal o por escrito.

- Puede identificar a un familiar, amigo cercano u otra persona para ayudarlo con sus decisiones de atención médica; divulgaremos la PHI limitada necesaria para que esa persona lo ayude. (Si no puede dar su consentimiento y determinamos, según nuestro criterio profesional, que es lo mejor para usted, podemos usar o divulgar su PHI para ayudar a notificar a un miembro de la familia, a un representante personal u otra persona que pueda ayudarlo).
- Por nuestros esfuerzos de recaudación de fondos.

No podemos usar ni divulgar la PHI para estos fines sin su consentimiento por escrito.

- Para realizar marketing o para nuestro beneficio financiero.
 - Divulgar notas de psicoterapia.
- Es posible que haya otros usos y divulgaciones de su PHI además de los mencionados que pueden requerir su autorización si el uso o la divulgación no están permitidos ni son requeridos por la ley. Usted tiene derecho a revocar su autorización, por escrito, en cualquier momento, excepto en la medida en que ya hayamos utilizado o divulgado su PHI en función de esa autorización inicial.

En esta sección, se describen las situaciones en las que las leyes federales nos permiten usar o compartir su PHI.

Aunque no es exhaustiva, le dará una buena idea de los tipos de usos y divulgaciones de rutina que hacemos.

Administrar y apoyar la atención médica que recibe

- Podemos usar su PHI y compartirla con los profesionales de la salud que lo tratan, por ejemplo, cuando su proveedor nos envía información sobre su diagnóstico y plan de tratamiento a fin de que podamos programar servicios adicionales.

Administrar nuestra organización

- Podemos usar y divulgar su PHI para ayudarnos a administrar nuestras operaciones comerciales y cumplir nuestras obligaciones con nuestros clientes y asegurados, por ejemplo, usamos la PHI para la inscripción, los programas de atención médica, las actividades relacionadas con la creación, la renovación o el reemplazo de un seguro de gastos médicos, y el desarrollo de servicios de atención médica de mejor calidad. (No podemos utilizar información genética para denegar o rechazar la cobertura de un seguro de gastos médicos individual).
-

Capítulo 6 Sus derechos y responsabilidades

Pagar sus servicios de salud

- Podemos usar y divulgar su información de salud para procesar sus reclamaciones y pagarle a su proveedor, por ejemplo, cuando compartimos información sobre usted para coordinar los beneficios entre su plan dental y nuestro plan médico.

Administrar su plan

- Podemos divulgar su información médica al patrocinador de su seguro de gastos médicos con fines de administración del plan; por ejemplo, si su empresa nos contrata para que le proporcionemos su seguro de gastos médicos grupal, es posible que necesitemos proporcionarles ciertas estadísticas para explicar las primas que cobramos.

Los siguientes son ejemplos de cuándo podemos usar o divulgar su PHI sin autorización y sin que usted pueda oponerse a su uso o divulgación.

Actividades de salud pública

- Estamos autorizados a divulgar PHI con fines de salud pública. Esto incluye divulgaciones a una autoridad de salud pública u otro organismo gubernamental que tenga la autoridad para recopilar y recibir dicha información (por ejemplo, la Administración de Alimentos y Medicamentos).

Actividades de supervisión de la salud

- Podemos usar o divulgar su PHI en la medida en que lo exijan las leyes federales, estatales o locales para la supervisión sanitaria.

Abuso, negligencia o amenaza grave a la salud o seguridad

- Podemos divulgar la PHI a una agencia gubernamental o a una autoridad de salud pública autorizada por la ley para recibir información sobre adultos y niños que son víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- También podemos divulgar la PHI si, según nuestra opinión profesional, es necesario prevenir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad pública; sin embargo, la PHI solo se puede divulgar a alguien que creemos razonablemente que puede prevenir o reducir la amenaza.

Iniciativas de Investigación

- En ciertas situaciones, estamos autorizados a divulgar un conjunto limitado de datos para fines de investigación.

Requisito de la Secretaría de Salud y Servicios Humanos

- Es posible que se nos solicite divulgar la PHI a la Secretaría de Salud y Servicios Humanos para que puedan determinar nuestro cumplimiento de los requisitos de la regla final relacionada con las Normas de Privacidad de la Información de Salud Individualmente Identificable.

Cumplir con la ley

- En algunas situaciones, es posible que las leyes locales, estatales o federales pertinentes nos exijan divulgar su PHI.
-

Capítulo 6 Sus derechos y responsabilidades

Donantes de órganos, forenses y directores de funerarias

- Si usted es donante de órganos, podemos divulgar su PHI a una organización de obtención de órganos si es necesario para facilitar la donación o el trasplante de órganos.
- Podemos divulgar su PHI si es necesaria para que un examinador médico, un forense o un director de funeraria lleve a cabo tareas legalmente autorizadas.

Indemnización laboral

- Es posible que se nos exija compartir su PHI para cumplir con las leyes de indemnización laboral y otros programas similares.

Funciones gubernamentales especializadas; actividades de inteligencia y seguridad nacional

- Se nos puede pedir que divulguemos la PHI en determinadas situaciones, como la determinación de la elegibilidad para los beneficios ofrecidos por el Departamento de Asuntos de Veteranos.
- La ley también puede exigirnos que divulguemos la PHI a funcionarios federales autorizados por motivos de seguridad nacional, actividades de inteligencia o contrainteligencia, la protección del presidente y otras personas autorizadas o jefes de estado extranjeros según sea necesario.

Respuesta a demandas y acciones legales

- Podemos divulgar la PHI en respuesta a una orden administrativa o judicial, pero solo si la divulgación está expresamente autorizada.
- También podemos vernos obligados a divulgar la PHI para responder a una citación, solicitud de presentación de pruebas u otra solicitud similar.

Cumplimiento de la ley

- Podemos divulgar la PHI, si se cumplen los requisitos legales vigentes, a las fuerzas del orden para responder a un delito.

Reclusos

- Podemos usar o divulgar la PHI que hayamos creado o recibido en el transcurso del pago de los servicios sanitarios de los reclusos de un centro penitenciario.

Socios Comerciales

- Podemos divulgar la PHI a un Socio Comercial, que es una entidad o persona que realiza actividades o presta servicios en nuestro nombre que implican el uso, la divulgación, el acceso, la creación o el almacenamiento de la PHI. Exigimos a un socio comercial que aplique los acuerdos pertinentes antes de iniciar estas actividades o servicios.
-

Información Médica Adicional

- En algunas leyes federales o estatales, se incluyen requisitos adicionales para el uso o la divulgación de la información de ciertas afecciones médicas relacionadas. Seguimos los requisitos vigentes de estas leyes.

También tenemos estas responsabilidades y obligaciones legales para las siguientes situaciones:

- Mantener la privacidad y seguridad de la PHI.
 - Notificarle en caso de que se vea afectado por una violación de la PHI no protegida.
 - Proporcionarle una copia impresa de este aviso si lo solicita.
 - Cumplir los términos de este aviso vigente.
 - Abstenernos de usar o divulgar la PHI de cualquier manera no descrita en este aviso, a menos que usted nos autorice a hacerlo por escrito.
-

AVISO ESTATAL DE PRIVACIDAD

Fecha de entrada en vigor 10/01/2022

Blue Cross and Blue Shield of Texas (BCBSTX, en inglés) recopila información personal no pública sobre usted que se encuentra en su solicitud de seguro, reclamaciones de atención médica, información de pago y agencias de información al consumidor. BCBSTX realizará lo siguiente:

- **No** divulgará esta información a ningún tercero no afiliado, incluso si su relación de cliente con nosotros termina, excepto con su consentimiento o según lo permita la ley.
- **Restringirá** el acceso a esta información solo a aquellos empleados que realizan las funciones necesarias para administrar nuestro negocio y proporcionar servicios a nuestros clientes.
- **Mantendrá** las prácticas de seguridad y privacidad que incluyen medidas de protección físicas, técnicas y administrativas para proteger esta información del acceso no autorizado.
- **Usará** esta información solo para administrar su plan de seguro, procesar sus reclamaciones, garantizar una facturación adecuada, proporcionarle el Servicio al Cliente y cumplir con la ley.
- **Solo** compartirá esta información según lo requiera o permita la ley y, si es necesario, con los siguientes terceros:
 - afiliados de la empresa;
 - socios comerciales que proporcionan servicios en nuestro nombre (es decir, gestión de reclamaciones, marketing, asistencia clínica);
 - corredores o agentes de seguros, firmas de servicios financieros, compañía de reaseguros para la reducción de pérdidas, agencias reguladoras, gubernamentales y de aplicación de la ley;
 - seguro de Gastos Médicos Grupal del Empleador.

También tiene derecho a preguntarnos qué información financiera no pública tenemos sobre usted y a solicitar una copia de esta.

Capítulo 6 Sus derechos y responsabilidades

CAMBIOS EN ESTOS AVISOS

Nos reservamos el derecho de cambiar las prácticas de privacidad descritas en estos avisos y a implementar las nuevas prácticas en toda la PHI que mantenemos sobre usted. En caso de que hagamos un cambio, publicaremos los avisos modificados en nuestro sitio web. Siempre puede solicitar una copia en papel mediante la información de contacto que aparece a continuación. Según los cambios realizados en el Aviso, es posible que la ley aplicable nos exija enviarle una copia por correo.

INFORMACIÓN DE CONTACTO PARA ESTOS AVISOS

Si desea obtener información general sobre sus derechos de privacidad o si quiere una copia de estos avisos, visite: <http://www.BCBSTX.com/legal-and-privacy/privacy-notice-and-forms>. Si tiene alguna pregunta sobre este aviso o desea ejercer un derecho descrito en él, puede comunicarse con nosotros de las siguientes formas:

Llame al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación de asegurado o al 1-877-361-7594.

Escriba a: Executive Director,
Privacy Office
Blue Cross and Blue Shield of Texas
300 East Randolph Street
Chicago, IL 60601-5099

REVISADO: Agosto del 2024

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

Como asegurado de UT CARE Medicare (PPO), tiene derecho a obtener diversos tipos de información de nuestra parte.

Si desea cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicio al Cliente:

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan.
- **Información sobre los proveedores que forman parte de nuestra red.** Tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores de nuestra red, y la forma en que realizamos los pagos a los proveedores de nuestra red.

Capítulo 6 Sus derechos y responsabilidades

- **Información sobre su cobertura y las normas que debe seguir cuando usa su cobertura.** En los capítulos 3 y 4 se proporciona información sobre los servicios médicos.
- **Información sobre por qué algunos servicios no están incluidos y lo que puede hacer al respecto.** En el capítulo 7, se proporciona información sobre cómo solicitar una explicación por escrito de las razones por las que un servicio de atención no está incluido o si su cobertura está restringida. En el capítulo 7, también se 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 médicos 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.** Usted tiene derecho a conocer todas las opciones de tratamiento recomendadas para su afección, sin importar el costo ni si están incluidas por nuestro plan.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a conocer los riesgos relacionados con 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. Por supuesto, si usted rechaza un tratamiento, deberá aceptar toda la responsabilidad de lo que le pueda suceder a su cuerpo como resultado.

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:

Capítulo 6 Sus derechos y responsabilidades

- 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 quiere que ellos lleven a cabo su atención médica si llega a estar incapacitado para tomar esas decisiones.

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

Si desea definir sus instrucciones en una directiva avanzada, usted deberá realizar lo siguiente:

- **Obtener el formulario.** Puede obtener un formulario de directiva anticipada de su abogado, de un trabajador social o de algunos comercios que venden suministros para oficinas. A veces, puede obtener un formulario de directiva anticipada de organizaciones que brindan a las personas información sobre Medicare. También puede comunicarse con Servicio al Cliente para pedir los formularios.
- **Completarlo y llenarlo.** 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 médico y a la persona que usted designe en el formulario que puede tomar decisiones por usted en caso de que usted no pueda hacerlo. Si lo desea, puede entregar copias a amigos cercanos o a miembros de la familia. Conserve una copia en su hogar.

Si usted sabe anticipadamente que necesitará estar internado y firmó una directiva anticipada, **lleve una copia con usted al hospital.**

- El hospital le preguntará si ha firmado un formulario de directiva anticipada y si lo tiene consigo.
- Si no firmó 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 mientras se encuentra en el hospital). Las leyes establecen que nadie le puede rechazar la 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, podrá presentar una queja ante el Departamento de Salud Pública de Texas.

Sección 1.6 Tiene derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado

Si tiene algún problema, inquietud o queja y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, en el capítulo 7 de este documento se le indica qué puede hacer. Independientemente de lo que haga (solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja), **estamos obligados a tratarlo de manera justa.**

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, religión, sexo, estado de salud, grupo étnico, credo (creencias), 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, 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 sido tratado injustamente o que sus derechos no han sido respetados, y *no* por discriminación, puede obtener ayuda con su problema:

- Puede **llamar a Servicio al Cliente.**
- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP).** Para conocer detalles, consulte la sección 3 del capítulo 2.
- O bien **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 Servicio al Cliente.**

- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP)**. Para conocer detalles, consulte la sección 3 del capítulo 2.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Medicare Rights & Protections”. (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf.)
 - O bien 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 asegurado del plan

A continuación, se enumeran los pasos que debe seguir como asegurado del plan. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicio al Cliente.

- **Familiarícese con sus servicios incluidos y con las normas que debe seguir para obtenerlos.** Use este documento de *Evidencia de Cobertura* para conocer qué está incluido para usted y las normas que debe seguir para obtener sus servicios incluidos.
 - En los capítulos 3 y 4, se brindan detalles sobre sus servicios médicos.
- **Si tiene alguna otra cobertura de seguro médico además de nuestro plan o cobertura para medicamentos con receta le solicitamos que nos lo informe.** El capítulo 1 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.** Presente su tarjeta de asegurado al 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 de salud sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento e instrucciones que usted y su médico han acordado.
 - 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 para obtener una respuesta que pueda entender.

Capítulo 6 Sus derechos y responsabilidades

- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros asegurados respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que actúen de una manera en que ayuden a que las actividades en el consultorio de su médico, los hospitales y otros consultorios se desarrollen sin problemas.
- **Pague lo que debe.** Como asegurado del plan, usted es responsable de los siguientes pagos:
 - Debe pagar las primas de su plan.
 - Debe seguir pagando sus primas de la Parte B de Medicare para continuar como asegurado del plan.
 - Para la mayoría de sus servicios médicos incluidos por el plan, debe pagar su parte del costo cuando obtiene el servicio.
 - Si obtiene servicios médicos que no están incluidos por nuestro plan o por otro seguro que pueda tener, deberá pagar el costo total.
 - Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar la cobertura por un servicio, usted puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 7 de este documento para obtener información sobre cómo presentar una apelación.
- **Si se muda *dentro del área de servicio de nuestro plan*, debe informarnos** para que podamos mantener el documento que acredita como asegurado actualizado y saber cómo contactarlo.
- 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 un problema
o una queja (decisiones de cobertura,
apelaciones, quejas)*

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

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué hacer si tiene algún problema o alguna inquietud

En este capítulo se describen dos tipos de procesos para tratar problemas e inquietudes:

- Para algunos tipos de problemas, debe usar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros tipos de problemas, debe usar el **proceso de presentación de quejas**, también denominadas inconformidades.

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.

En la guía de la sección 3, encontrará ayuda para identificar el proceso que corresponde usar y qué debe hacer.

Sección 1.2 ¿Qué sucede con los términos legales?

En algunas normas, procedimientos y tipos de fechas límite explicados en este capítulo, se utilizan términos técnicos legales. La mayoría de las personas no conocen estos términos y pueden resultar difíciles de entender. Para facilitar las cosas, este capítulo usa lo siguiente:

- Utilice palabras más simples en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo generalmente se usa la frase “presentar una queja” en lugar de “presentar una inconformidad”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación como organización” y “Organización de Revisión Independiente” en lugar de *Entidad de revisión independiente*.
- También se usa la menor cantidad de abreviaciones posible.

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

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

SECCIÓN 2 Dónde puede obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos disponibles para prestarle asistencia. Incluso si tiene una queja sobre cómo lo tratamos, estamos obligados a respetar su derecho a quejarse. Por lo tanto, siempre debe comunicarse con Servicio al Cliente para obtener ayuda. Sin embargo, en algunos casos, también le convendrá solicitar asistencia u orientación a otras fuentes no relacionadas con nosotros. A continuación, se muestran dos entidades que pueden ayudarlo.

Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP)

Cada estado tiene un programa gubernamental con consejeros capacitados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o seguro de gastos médicos. 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 consejeros del SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono y enlaces del sitio web en la sección 3 del capítulo 2 de este documento.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda. Comuníquese 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.
- También puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe usar para abordar 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 lo ayudará.

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

Esto incluye problemas para determinar si ciertos servicios de atención médica (artículos médicos, servicios o medicamentos con receta de la Parte B) están incluidos o no, la modalidad de dicha cobertura y los problemas relacionados con el pago de la atención médica o los medicamentos con receta.

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

Diríjase a la siguiente sección de este capítulo, **Sección 4, Una guía de los conceptos básicos de decisiones de cobertura y apelaciones.**

No.

Diríjase a la **sección 9** que se encuentra al final de este capítulo: **Cómo presentar una queja por la calidad de atención, los tiempos de espera, el Servicio al Cliente u otros inconvenientes.**

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**

El proceso de las decisiones de cobertura y apelaciones sirve para abordar problemas relacionados con sus beneficios y cobertura de atención médica (servicios, artículos y medicamentos con receta de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar, generalmente a los artículos médicos, los servicios y los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare los denominamos **atención médica**. Utilice el proceso de solicitud de decisiones de cobertura y apelaciones para problemas tales como saber si la atención está incluida o no y la manera en que está incluida.

Cómo preguntar sobre las decisiones de cobertura antes de recibir los beneficios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y cobertura, o sobre el monto que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si el médico de la red del plan lo remite a un especialista médico que no está dentro de la red, este referido se considera una decisión de cobertura favorable, a menos que el médico de la red pueda demostrar que recibió un aviso de rechazo estándar para este especialista médico o la *Evidencia de Cobertura* establece que el servicio referido nunca está incluido 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 en particular o si se niega a proporcionarle la atención médica que usted considera que necesita. En otras palabras, si necesita saber si cubrimos un servicio de atención médica antes de recibirlo, puede solicitar una decisión de cobertura para su caso. En circunstancias limitadas, se descartará una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que

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

no revisaremos la solicitud. Entre los ejemplos de cuándo se descartará 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 descartó la solicitud y cómo se puede solicitar una revisión del rechazo.

Tomamos una decisión de cobertura por usted cada vez que decidimos qué servicios están incluidos para usted y cuánto debemos pagar. En algunos casos, podríamos decidir que un servicio de atención médica no está incluido o que ya no está incluido por Medicare para usted. 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 determinadas circunstancias, que trataremos más adelante, puede solicitar una *apelación rápida* o acelerada de una decisión de cobertura. Otros revisores, que no son los que tomaron la decisión original, son los encargados de manejar su apelación.

El proceso de apelar una decisión por primera vez, se denomina apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para verificar que estemos cumpliendo con todas las normas correctamente. Una vez que completamos la revisión, le comunicamos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, se descartará una apelación de Nivel 1, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Entre los ejemplos de cuándo se descartará 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 descartamos una solicitud de apelación de Nivel 1, enviaremos un aviso en el que se explicará por qué se descartó la solicitud y cómo se puede solicitar una revisión del rechazo.

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

- No necesita hacer nada para solicitar una apelación de Nivel 2. Las normas de Medicare requieren que enviemos de forma automática su apelación sobre la atención médica al Nivel 2 si no estamos totalmente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.

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

- Consulte la **sección 6.4** de este capítulo para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2.
- Para las apelaciones por medicamentos de la Parte D, si rechazamos la totalidad o parte de su apelación, deberá solicitar una apelación de Nivel 2. Las apelaciones de la Parte D se analizan con más detalle en la sección 7 de este capítulo.

Si no está satisfecho con la decisión tomada en la apelación de Nivel 2, puede continuar con los niveles adicionales de apelación (la sección 8 de este capítulo explica 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:

- **Puede llamarnos a Servicio al Cliente.**
- **Puede obtener ayuda gratuita** del Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico.
- **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 Servicio al Cliente y solicite el formulario para *Nombramiento de un 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 con receta de Parte 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* a fin de 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 al Servicio al Cliente 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 otorga a esa persona permiso para actuar 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.

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

- 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 antes de nuestra fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación, su solicitud de apelación será desestimada. En caso de que esto suceda, le enviaremos un aviso 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 contratar a su propio abogado o pedir el nombre de un abogado en la asociación de abogados local u otro servicio de referidos. También existen grupos que ofrecen servicios legales gratuitos si usted es elegible. 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 sección de este capítulo se brindan detalles para su 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 de una decisión de cobertura.
- **Sección 6** de este capítulo: Cómo solicitarnos la cobertura de una estadía en un hospital más prolongada para pacientes internados si usted considera que el médico le está dando el alta demasiado pronto.
- **Sección 7** de este capítulo: Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que la cobertura finaliza demasiado pronto (*esta sección se aplica solo a los siguientes servicios: atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un Centro de Rehabilitación para Pacientes no Hospitalizados [CORF, en inglés]*).

Si no está seguro de qué sección debe usar, llame a Servicio al Cliente. 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 sección, se describen los pasos a seguir si tiene algún problema para obtener la cobertura de atención médica o si usted debe solicitarnos un reintegro por el costo de su atención médica
--------------------	---

En esta sección, se describen sus beneficios por atención médica y servicios. Estos beneficios se describen en el capítulo 4 de este documento: *Tabla de Beneficios Médicos (servicios incluidos y lo que usted debe pagar)*. Para simplificar, generalmente a los artículos médicos, los servicios y los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare los denominamos como cobertura de atención médica. En algunos casos, se aplican diferentes reglas a una solicitud para un medicamento con receta de Parte B. En esos casos, explicaremos cómo las normas para los medicamentos con receta de Parte B son diferentes de las normas para los servicios y artículos médicos.

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

1. No recibe la atención médica que desea y considera que está incluida en nuestro plan. **Solicite 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 incluida por el plan. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
3. Ha recibido atención médica que considera que debe estar incluida por el plan, pero le hemos informado que no pagaremos por esta atención. **Presente una apelación. Sección 5.3.**
4. Ha recibido y pagado por la atención médica que considera que debe estar incluida 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. **Presente una apelación. Sección 5.3.**

Nota: Si la cobertura que se va a interrumpir es por servicios de atención en el hospital, atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada, servicios en un Centro de Rehabilitación para Pacientes no Hospitalizados (CORF, en inglés), debe leer las secciones 6 y 7 de este capítulo. Se aplican normas especiales a estos tipos de atención.

Capítulo 7 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Sección 5.2 Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura****Términos legales**

Cuando una decisión de cobertura afecta su atención médica, nos referimos a una **determinación de la organización**.

Una *decisión de cobertura rápida* se denomina **determinación acelerada**.

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

Una decisión de cobertura estándar generalmente se toma dentro de los 14 días calendario o las 72 horas para los medicamentos incluidos en la Parte B. Una decisión rápida sobre la cobertura generalmente se toma dentro de 72 horas para servicios de atención médica o 24 horas para medicamentos incluidos en la Parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:

- *Solo* puede solicitar cobertura para artículos o servicios de atención médica (no solicitudes de pago por artículos ni servicios ya recibidos).
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si al aplicar las fechas límite estándar, *su salud o su capacidad funcional resultan perjudicadas*.
- **Si su médico nos informa que su estado de salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente acordaremos otorgarle una decisión de cobertura rápida.**
- **Si usted mismo solicita una decisión de cobertura rápida, sin el respaldo de su médico, decidiremos si su estado de salud requiere que le otorguemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta con las siguientes características:
 - Se explica que usaremos las fechas límite estándares.
 - Explica que, si su médico solicita una decisión de cobertura rápida, automáticamente tomaremos una decisión de cobertura rápida.
 - Explica que puede presentar una *queja rápida* acerca de nuestra decisión de otorgarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó.

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

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

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

Paso 3: consideramos su solicitud por cobertura de atención médica y le informamos nuestra respuesta.

Para las decisiones de cobertura estándar, usamos las fechas límite estándares.

Significa que le comunicaremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud para un artículo o un servicio médico. Si su solicitud es por un **medicamento con receta de Medicare Parte B**, le daremos una respuesta **dentro de las 72 horas** después de recibir su solicitud.

- **Sin embargo**, si usted solicita una extensión o si necesitamos reunir más información que lo puede beneficiar, **podemos extender el plazo por hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si extendemos el plazo, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para formular una decisión si su solicitud es sobre un medicamento con receta de Medicare Parte B.
- Si considera que *no* debemos extender el plazo, puede presentar una *queja rápida*. Le daremos una respuesta a su queja 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 más información sobre quejas).

Para las decisiones de cobertura rápida, usaremos un plazo acelerado.

Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos dentro de las 72 horas si su solicitud es para un artículo o un servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento con receta de Medicare Parte B, le responderemos dentro de las 24 horas.

- **Sin embargo**, si usted solicita una extensión o si necesitamos reunir más información que lo puede beneficiar, **podemos extender el plazo por hasta 14 días más**. Si extendemos el plazo, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para formular una decisión si su solicitud es sobre un medicamento con receta de Medicare Parte B.
- Si considera que *no* debemos extender el plazo, puede presentar una *queja rápida*. (Consulte la sección 9 de este capítulo para obtener más información sobre quejas). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.

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

- Si rechazamos su solicitud de manera parcial o total, le enviaremos una declaración por escrito en la que le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa.

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

- Si rechazamos su solicitud, tiene el derecho a solicitar que reconsideremos esta decisión mediante una apelación. Esto significa volver a solicitar la cobertura de atención médica que desea. Presentar una apelación significa que su caso se trasladará al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 5.3 Paso a paso: Cómo solicitar una apelación de Nivel 1 (cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura de atención médica que tomó nuestro plan)

Términos legales

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

Una apelación rápida también se denomina **reconsideración acelerada**.

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

Una apelación estándar generalmente se realiza dentro de los 30 días calendario o 7 días calendario para los medicamentos de la Parte B. Una apelación rápida generalmente se realiza dentro de las 72 horas.

- Si presenta una apelación por una decisión que tomamos con respecto a una cobertura de atención médica que aún no recibió, usted o su médico deberán decidir si necesita una *apelación rápida*. Si su médico nos informa que su estado de salud requiere una *apelación rápida*, se la otorgaremos.
- Los requisitos para obtener una *apelación rápida* son los mismos que para obtener una *decisión de cobertura rápida* y están detallados 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, envíe su apelación estándar por escrito.
- Si solicita una apelación estándar rápida, presente su apelación por escrito o llámenos. En el capítulo 2, se encuentra la información de contacto.
- Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 65 días calendario a partir de la fecha que aparece en el aviso por escrito que le

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

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. Entre los ejemplos de justificaciones, se pueden incluir los siguientes: tiene una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o le proporcionamos 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 apoyar su apelación.** Se nos permite cobrar un arancel por copiar y enviarle esta información.

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

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, examinamos detalladamente toda la información. Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Posiblemente nos comunicaremos con usted o su médico para recopilar más información, en caso de ser necesario.

Fechas límite para una apelación rápida

- Si solicita una apelación rápida, debemos responderle **en un plazo de 72 horas después 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 por hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si extendemos el plazo, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional si su solicitud es sobre un medicamento con receta de Medicare Parte B.
 - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas (o al final de la extensión del período si tomamos días adicionales), estamos obligados a enviar su solicitud en forma automática al Nivel 2 del proceso de apelación, en el que será sometida a revisión por una organización de revisión independiente. La sección 5.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos su solicitud de manera parcial o total**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que hemos acordado dentro de las 72 horas de haber recibido su apelación.

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

- **Si rechazamos su solicitud de manera parcial o total**, le enviaremos por escrito nuestra decisión y su apelación pasará de forma automática 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.

Fechas límite para una apelación estándar

- Si solicita una apelación estándar, debemos responderle **en un plazo de 30 días calendario** después de haber recibido su apelación. Si su solicitud es por un medicamento con receta de Medicare Parte B que aún no recibió, le daremos una respuesta **dentro de los 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le informaremos sobre nuestra decisión en un plazo menor si su afección 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 por hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si extendemos el plazo, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para formular una decisión si su solicitud es sobre un medicamento con receta de Medicare Parte B.
 - Si considera que *no* debemos extender el plazo, puede presentar una queja rápida. Cuando presente una queja rápida, responderemos a su queja en un plazo de 24 horas. (Consulte la Sección 9 de este capítulo para obtener más información sobre quejas).
 - 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, en la que una organización de revisión independiente revisará la apelación. La sección 5.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos su solicitud de manera parcial o total**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura dentro de 30 días calendario si su solicitud es por un artículo o servicio médico, o **dentro de 7 días calendario** si su solicitud es por un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- **Si rechazamos su solicitud de manera parcial o total**, enviaremos de forma automática su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una apelación de Nivel 2.

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

Término legal

El nombre formal de la *Organización de Revisión Independiente* es **Entidad de Revisión Independiente**. A veces se denomina **IRE**.

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

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 decide si debiera cambiarse nuestra decisión. 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 su **expediente del caso**. **Usted tiene derecho a solicitar una copia de su expediente del caso**. Se nos permite cobrar un arancel por copiar y enviarle esta información.
- Tiene derecho a brindar información adicional a la Organización de Revisión Independiente para respaldar su apelación.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán detenidamente 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

- En el caso de la *apelación rápida*, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** a partir de la recepción de su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es por un artículo o un 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 con receta de Medicare Parte B.

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

- En el caso de la *apelación estándar*, si su solicitud es por un artículo o un servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de 30 días calendario** a partir de la recepción de su apelación. Si su solicitud es por un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** a partir de la recepción de su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es por un artículo o un 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 con receta de Medicare Parte B.

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

Paso 2: la Organización de Revisión Independiente le informa 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 acepta su solicitud de un artículo o servicio médico de manera parcial o total**, debemos autorizar la cobertura de atención médica dentro de las 72 horas o proporcionar el servicio dentro de los 14 días calendario de haber recibido la decisión de la organización de revisión para las solicitudes estándares. Para solicitudes aceleradas, tenemos 72 horas a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si la organización de revisión acepta una solicitud de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare de manera parcial o total**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento con receta de la Parte B en un plazo de **72 horas** después de haber recibido la decisión de la organización de revisión para **las solicitudes estándar**. Para **solicitudes aceleradas**, tenemos **24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si esta organización rechaza su apelación de manera parcial o total**, significa que está de acuerdo con nosotros 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:
 - Con la explicación de su decisión.
 - En la que se lo informa sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica que solicita cumple con el mínimo determinado. Mediante el aviso que reciba de la Organización de Revisión Independiente, se le informará el monto en dólares que debe alcanzar para continuar con el proceso de apelaciones.
 - En la que se le indica cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: si su caso cumple con los requisitos, puede decidir si desea continuar con el proceso de 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, revise los detalles de cómo proceder que se incluyen en el aviso escrito que recibió después de la Apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 la gestiona 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.

Capítulo 7 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**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 puede 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 es un servicio incluido. También verificaremos si usted cumplió con todas las normas para usar su cobertura de atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud:** si la atención médica está incluida y usted cumplió con todas las normas, le enviaremos el pago generalmente dentro de los 30 días calendario, pero no más tarde de 60 días calendario tras recibir su solicitud. Si no pagó por los servicios de atención médica, enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si rechazamos su solicitud:** Si la atención médica no tiene cobertura 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 los servicios de atención médica y los motivos por los cuales no pagaremos.

Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **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.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones descrito en la sección 5.3. Para apelaciones relacionadas con el reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle nuestra respuesta dentro de 60 días calendario después de haber recibido su apelación. Si 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 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es afirmativa en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviar el pago que ha solicitado a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

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

SECCIÓN 6 Cómo solicitarnos la cobertura de una estadía en un hospital más prolongada para pacientes internados si usted considera que el médico le está dando el alta demasiado pronto

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

Durante su estadía en un hospital incluida, el médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararlo para el día en que reciba el alta. Lo ayudarán a coordinar la atención que podrá requerir después del alta.

- El día en que usted se retira del hospital se denomina la **fecha de alta**.
- Cuando se haya determinado 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 estadía en un hospital más prolongada y su solicitud será considerada.

Sección 6.1 Durante su estadía en un hospital para pacientes internados, recibirá un aviso por escrito de Medicare en el que se le informan sus derechos

Dentro de los dos días calendario posteriores a su admisión en el hospital, recibirá un aviso escrito llamado *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas con Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien en el hospital (por ejemplo, un encargado del caso o un enfermero), pregúntele a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicio al Cliente al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 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. Le indica:

- Su derecho de recibir servicios incluidos por Medicare durante su estadía en un hospital y después de esta, 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 cualquier decisión sobre su estadía en un hospital.
- Dónde presentar sus inquietudes con respecto a la calidad de su atención hospitalaria.

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

- Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darle el alta si cree que le están dando el alta del hospital demasiado pronto. Esta es una manera formal y legal de solicitar una demora en su fecha de alta, para que podamos extender la cobertura de su atención en el hospital por más tiempo.

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

- Usted o alguien que actúe en su nombre deben firmar el aviso.
- Firmar el aviso *solo* demuestra que usted recibió la información sobre sus derechos. El aviso no indica su fecha de alta. Firmar el aviso **no significa** que usted está de acuerdo con una fecha de alta.

3. Conserve su copia del aviso para tener la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud por la calidad de atención) en caso de necesitarla.

- Si firma el aviso más de dos días calendario antes de la fecha del alta hospitalaria, recibirá otra copia antes de que le programen el alta.
- Para ver una copia de este aviso por anticipado, puede llamar a Servicio al Cliente 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 consultar el aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

<h3>Sección 6.2 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria</h3>
--

Si desea solicitar que extendamos el plazo de inclusión de sus servicios de hospital 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 preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicio al Cliente. También puede comunicarse con su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico, una organización gubernamental que proporciona asistencia personalizada.

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

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para el 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.

La **Organización para el Mejoramiento de la Calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el Gobierno federal para verificar y mejorar la calidad de la atención médica de personas con cobertura de Medicare. Esto incluye analizar las fechas de alta hospitalaria 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 solicite una revisión *inmediata* de su alta hospitalaria. Deberá actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

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

Actúe rápidamente:

- Para presentar la apelación, usted debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *antes* de retirarse del hospital y, **a más tardar, a la medianoche de su fecha de alta programada.**
 - **Si cumple esta fecha límite,** podrá permanecer en el hospital *después* de su fecha de alta *sin pagar por la estadía* mientras espera la decisión de su apelación de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.
 - **Si no cumple con esta fecha límite,** comuníquese con nosotros. Si decide permanecer en el hospital después de la fecha planificada para el alta, *es posible que deba pagar todos los costos* por la atención hospitalaria que reciba después de la fecha planificada para el alta.

Una vez que solicite una 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 se comunique con nosotros le daremos un *Aviso Detallado de Alta*. En este aviso, se indica la fecha planificada para el alta y se explican en detalle los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros creemos que es adecuado (médicamente adecuado) que usted sea dado de alta en esa fecha.

Puede obtener una muestra del *Aviso Detallado de Alta* si llama a Servicio al Cliente 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 consultar un modelo del aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNH/HospitalDischargeAppealNotices.

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

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

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (los *revisores*) le consultarán a usted (o a su representante) las razones por las que considera que se debe prolongar la cobertura de los servicios. 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 revisarán nuestra información y la del hospital.
- Para el mediodía del día después de que los revisores nos informen acerca de su apelación, usted recibirá un aviso por escrito que le proporciona su fecha programada de alta médica. El aviso explica las razones por las cuales su médico, el hospital y nosotros creemos que es adecuado (médicamente adecuado) que usted sea dado de alta en esa fecha.

Paso 3: dentro del día completo después de haber recibido toda la información necesaria, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le proporcionará la respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es afirmativa?

- Si la respuesta de la organización de revisión es *afirmativa*, **debemos continuar proporcionando sus servicios hospitalarios para pacientes internados incluidos por el tiempo que estos servicios sean de necesidad médica.**
- Deberá continuar pagando su parte de los costos (como los deducibles o copagos, si corresponde). Además, puede haber limitaciones para sus servicios incluidos de hospital.

¿Qué sucede si la respuesta es negativa?

- Si la respuesta de la organización de revisión 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 para el Mejoramiento de la Calidad le informe la respuesta de su apelación.
- Si la respuesta de la organización de revisión a su apelación es *negativa* y usted decide permanecer internado en el hospital, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba a partir del mediodía del día siguiente a que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le informe la respuesta a su apelación.

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

Paso 4: si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es negativa, debe decidir si desea presentar otra apelación.

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad ha *rechazado* su apelación, y usted continúa internado en el hospital después de la fecha de alta programada, podrá presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que su caso se enviará al *Nivel 2* del proceso de apelaciones.

Sección 6.3 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta hospitalaria

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

Paso 1: debe contactar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad nuevamente y solicitar otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** después del día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Usted puede solicitar esta revisión solo si 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 efectúa una segunda revisión de su caso.

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

Paso 3: dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de solicitud para una apelación de Nivel 2, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y se la harán saber.

Si la respuesta de la organización de revisión es afirmativa:

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que recibió a partir del mediodía del día posterior a la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechazó su primera apelación. **Debemos continuar proporcionando cobertura para la atención hospitalaria para pacientes internados, siempre que sea de necesidad médica.**

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

- 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.
- 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 negativa, deberá decidir si continuará 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 decide presentar una apelación de Nivel 3, revise los detalles de cómo proceder que se incluyen en el aviso escrito que recibió después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 la gestiona 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 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que la cobertura finaliza demasiado pronto

Sección 7.1 <i>Esta sección trata solo de tres servicios:</i> Servicios de atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un Centro de Rehabilitación para Pacientes no Hospitalizados (CORF)
--

Cuando recibe servicios incluidos de **atención médica a domicilio, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes No Hospitalizados)**, tiene el derecho de seguir recibiendo sus servicios por ese tipo de atención durante el tiempo necesario para realizar el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es momento de finalizar la inclusión para cualquiera de los tres tipos de atención que usted recibe, debemos informarle por anticipado. Cuando finalice su cobertura por esa atención, *dejaremos de pagar nuestra parte de los costos por su atención.*

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

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

Término legal

Aviso de No Cobertura de Medicare. Le indica cómo puede solicitar una **apelación por vía rápida**. Solicitar una apelación rápida es una manera formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura sobre cuándo finalizará su atención.

- 1. Usted recibe un aviso por escrito** al menos dos días calendario antes de que nuestro plan deje de incluir su atención. En el aviso se indica lo siguiente:
 - La fecha en que dejaremos de incluir la atención que recibe.
 - Cómo solicitar una *apelación por vía rápida* para solicitar que sigamos incluyendo su atención durante un período más prolongado.
- 2. Usted, o la persona que actúe en su nombre, deben firmar el aviso escrito como acuso 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 nuestro plan cubra su atención por más tiempo

Si desea solicitarnos que prolonguemos la cobertura de su atención, deberá recurrir al proceso de apelaciones para realizar 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 preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicio al Cliente. También puede comunicarse con su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico, una organización gubernamental que proporciona asistencia personalizada.

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

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

La **Organización para el Mejoramiento de la Calidad** es un grupo de médicos y otros expertos 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 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 su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicite una *apelación por vía rápida*. Deberá actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- Mediante el aviso escrito que recibió (*Aviso de no cobertura de Medicare*) se le informa cómo comunicarse con esta organización. O para conocer el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado, consulte el Capítulo 2.

Actúe rápidamente:

- Debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para iniciar su apelación al mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigor en el *Aviso de No Cobertura de Medicare*.
- Si no cumple con la fecha límite y desea presentar una apelación, todavía tiene derechos de apelación. Comuníquese con su Organización para el Mejoramiento de la Calidad.

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

Término legal
<i>Explicación Detallada de la No Cobertura.</i> Aviso que proporciona detalles sobre las razones para finalizar la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (los *revisores*) le consultarán a usted, o a su representante, las razones por las que considera que se debe prolongar la cobertura de los servicios. 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 revisará la información que nuestro plan le ha entregado.

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

- Al final del día, los revisores nos habrán informado sobre su apelación, también le proporcionaremos la *Explicación Detallada de No Cobertura* en la que se explican en detalle las razones por las cuales finalizamos la cobertura de sus servicios.

Paso 3: en un plazo de un día completo después de haber recibido toda la información que requieren, los revisores le informarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aprueban su apelación?

- Si los revisores *aprueban* su apelación, **debemos continuar proporcionando sus servicios incluidos mientras sean de necesidad médica.**
- Deberá continuar pagando su parte de los costos (como los deducibles o copagos, si corresponde). Además, puede haber limitaciones para sus servicios incluidos.

¿Qué sucede si los revisores rechazan la apelación?

- Si los revisores *rechazan* la apelación, **su cobertura finalizará en la fecha que le hayamos informado.**
- Si usted decide continuar recibiendo atención médica en el hogar o atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un Centro de Rehabilitación para Pacientes no Hospitalizados (CORF, en inglés) *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, debe decidir si desea presentar otra apelación.

- Si los revisores *rechazan* su apelación de Nivel 1 y usted decide seguir recibiendo atención después de la finalización de 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 nuestro plan cubra su atención por más tiempo
--

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad analizar nuevamente la decisión que tomó en su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, deberá pagar el costo total de los servicios de atención médica en el hogar, atención en centros de enfermería especializada o en Centros de Rehabilitación para Pacientes no Hospitalizados (CORF, en inglés) *después* de la fecha en que le informamos que su cobertura finalizaría.

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

Paso 1: debe contactar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad nuevamente y solicitar otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** posteriores a que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *rechace* 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 de atención médica.

Paso 2: la Organización para el Mejoramiento de la Calidad efectúa una segunda revisión de su caso.

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

Paso 3: dentro de los 14 días calendario de la recepción de su solicitud de apelación, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y se la informarán.

¿Qué sucede si la organización de revisión acepta la apelación?

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención médica que usted recibió desde la fecha en que le informamos que finalizaría su cobertura. **Debemos continuar proporcionando cobertura** de atención médica durante el tiempo que sea de necesidad médica.
- Usted debe continuar pagando su parte de los costos y se pueden aplicar limitaciones para la cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza la apelación?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que se tomó sobre 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, deberá decidir si desea continuar el proceso de 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, revise los detalles de cómo proceder que se incluyen en el aviso escrito que recibió después de la decisión de la apelación de Nivel 2.

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

- El Nivel 3 lo gestiona 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 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 dólar del artículo 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 por su apelación de Nivel 2 le explicará cómo proceder para 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 adjudicador que trabaja para el Gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el Juez de derecho administrativo o el abogado mediador aceptan su apelación, el proceso de apelaciones *puede o no* quedar concluido.** A diferencia de una decisión del Nivel 2, tenemos el derecho de apelar una decisión del Nivel 3 que sea favorable para usted. Si decidimos apelar, se enviará a una apelación de Nivel 4.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle la atención médica dentro de 60 días calendario después de recibida la decisión del Juez de derecho administrativo o del abogado mediador.
 - 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 proporcionar el servicio de atención médica en disputa.
- **Si el Juez de derecho administrativo o abogado mediador rechaza su apelación, el proceso de apelaciones *puede o no* quedar concluido.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.

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

- Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba, se le indicará qué debe hacer para una apelación de Nivel 4.

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

- **Si la respuesta es afirmativa o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable de apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones puede o no haber finalizado.** A diferencia de una decisión del Nivel 2, tenemos el derecho de apelar una decisión del Nivel 4 que sea favorable para usted. Decidiremos si apelar esta decisión al Nivel 5.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle la atención médica dentro de los 60 días calendario 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 rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones puede o no quedar concluido.**
 - 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, el aviso que reciba le informará si las normas le permiten continuar con una apelación de Nivel 5 y cómo hacer para continuar con una Apelación de Nivel 5.

Apelación de Nivel 5 Un juez del **Tribunal de Distrito Federal** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá *afirmativa* o *negativamente* a su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal de Distrito Federal.

PRESENTAR QUEJAS

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

SECCIÓN 9 Cómo presentar una queja por la calidad de atención, los tiempos de espera, el Servicio al Cliente u otros inconvenientes

Sección 9.1 ¿Qué tipos de problemas se manejan por el procedimiento para quejas?

El procedimiento para quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de atención, los tiempos de espera y el Servicio al Cliente. A continuación, describimos ejemplos de los tipos de problemas que se manejan en el procedimiento para quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No está conforme con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Conductas irrespetuosas, Servicio al Cliente deficiente u otras conductas negativas	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguna persona lo ha tratado de forma grosera o irrespetuosa? • ¿No está satisfecho con nuestro Servicio al Cliente? • ¿Siente que le han insinuado que debe dejar el plan?
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Tiene problemas para acordar una cita o ha tenido que esperar demasiado? • ¿Alguna vez ha tenido que esperar demasiado para que lo atendiera un médico, un farmacéutico u otro profesional de la salud? ¿O el personal de Servicio al Cliente o de otras áreas del plan? <ul style="list-style-type: none"> ○ Podemos mencionar los siguientes ejemplos: esperar demasiado al teléfono, en la sala de exámenes o en la sala de espera
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No está conforme con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o el consultorio de un médico?

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

Queja	Ejemplo
Información que recibe de nosotros	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No le enviamos un aviso obligatorio? • ¿Nuestra información escrita es difícil entender?
<p>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)</p>	<p>Si ya nos solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación y cree que no respondemos lo suficientemente rápido, también puede presentar una queja por nuestra lentitud. A modo de ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si nos solicitó una <i>decisión de cobertura rápida</i> o una <i>apelación rápida</i> y rechazamos la solicitud, puede presentar una queja. • Si usted cree que no estamos cumpliendo con las fechas límite para las decisiones de cobertura o apelaciones; puede presentar una queja. • Si usted cree que no estamos cumpliendo con las fechas límite para cubrir o reembolsarle ciertos artículos o servicios médicos que fueron aprobados; puede presentar una queja. • Si usted cree que no cumplimos con las fechas límite requeridas para enviar su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.

Sección 9.2 Cómo presentar una queja

Términos legales

- Una **Queja** también recibe el nombre de **inconformidad**.
- **Presentar una queja** también recibe el nombre de **presentar una inconformidad**.
- **Utilizar el proceso para presentar quejas** también se denomina **utilizar el proceso para presentar una inconformidad**.
- Una **queja rápida** también se denomina **inconformidad acelerada**.

Capítulo 7 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Sección 9.3 Paso a paso: presentar una queja****Paso 1: comuníquese con nosotros inmediatamente, por teléfono o por escrito.**

- **Generalmente, llamar a Servicio al Cliente es el primer paso.** Si hay algo más que usted deba hacer, Servicio al Cliente se lo informará.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no recibió una respuesta satisfactoria), puede presentar su queja por escrito y enviarlo a nuestras oficinas.** Si presenta su queja por escrito, se la responderemos por escrito.
- Las inconformidades recibidas verbalmente se responderán por escrito, a menos que usted solicite una respuesta verbal.
- Si bien podemos comunicarnos con usted verbalmente para dialogar sobre su inconformidad o la resolución, las inconformidades recibidas por escrito se responderán por escrito.
- Las inconformidades relacionadas con la calidad de la atención, independientemente de cómo se presenten, se responderán por escrito, incluida una descripción de su derecho a presentar una queja por escrito ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO).
- Todas las inconformidades (verbales y escritas) se responderán en los siguientes plazos:
 - Las Inconformidades Estándar (aquellas que no sean una queja acelerada, según lo definido anteriormente) se responderán tan rápido como lo requiera su caso, en función de su estado de salud, pero no más de 30 días después de que se reciba su inconformidad. UT CARE Medicare (PPO) puede extender el plazo de 30 días hasta un máximo de 14 días si usted solicita la extensión o si UT CARE Medicare (PPO) determina que se necesita información adicional, y que la demora es lo más conveniente para usted. Si hay una demora, UT CARE Medicare (PPO) le notificará por escrito el motivo.
 - Las inconformidades aceleradas pueden presentarse solo si UT CARE Medicare (PPO) rechaza su solicitud de una determinación de cobertura acelerada o de una redeterminación acelerada. Las inconformidades aceleradas se responderán en un plazo de 24 horas.
- La **fecha límite** para presentar una queja es de 60 días calendario a partir del momento en que tuvo el problema por el que desea quejarse.

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

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

- **Si es posible, le daremos una respuesta de inmediato.** Si nos llama por una queja, podríamos darle una respuesta durante el mismo llamado.
- **La mayoría de las quejas reciben una respuesta dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es en beneficio suyo o si usted pide una extensión, **podemos tardar hasta 14 días calendario más** (44 días calendario en total) para responder a su queja. Si decidimos extender el plazo, se lo informaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque denegamos su solicitud de una decisión de cobertura rápida o apelación rápida, automáticamente le daremos una queja rápida.** Si tiene una queja rápida, le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas.**
- **Si no estamos de acuerdo** con una parte o la totalidad de su queja, o no asumimos responsabilidad por el problema que motivó su queja, incluiremos las razones en nuestra respuesta.

Sección 9.4 También puede presentar quejas por la calidad de atención ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad

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

- **Puede presentar su queja directamente ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.**
 - La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica a los que les paga el Gobierno federal para verificar y mejorar la atención que se provee a los pacientes de Medicare. En el capítulo 2, se encuentra la información de contacto.

O

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

Sección 9.5 También puede informarle su queja a Medicare

Usted puede presentar una queja sobre UT CARE Medicare (PPO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 8:

Dejar de ser asegurado del plan

SECCIÓN 1 Introducción a la finalización de su condición de ser asegurado de nuestro plan

La finalización de su calidad de asegurado en UT CARE Medicare (PPO) puede ser **voluntaria** (porque usted lo decide) o **involuntaria** (sin que usted lo decida):

- Usted puede abandonar nuestro plan porque ha decidido que *desea* hacerlo. Las Secciones 2 y 3 proporcionan información sobre cómo dejar de ser asegurado de manera voluntaria.
- También existen situaciones limitadas en las que debemos poner fin a su calidad de asegurado. La sección 5 le informa las situaciones en las que estamos obligados a cancelar su calidad de asegurado.

Si abandona nuestro plan, nuestro plan debe continuar proporcionando su atención médica y usted continuará pagando su parte de los gastos compartidos hasta que finalice su calidad de asegurado.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede dejar de ser asegurado de nuestro plan?

Sección 2.1 Puede renunciar a ser asegurado del plan durante el Período de Inscripción Anual

Puede finalizar su calidad de asegurado de nuestro plan durante el Período Anual de Inscripción Abierta de su grupo. Durante este tiempo, revise su cobertura médica y de medicamentos, y decida sobre la cobertura para el año siguiente.

- **Consulte a su empleador o administrador de grupo para saber cuál es el período Anual de Inscripción Abierta del grupo.**
- **Puede elegir mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el siguiente año.** Si decide cambiar a un nuevo plan, podrá elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro seguro de gastos médicos de Medicare con o sin cobertura para medicamentos con receta.
 - Original Medicare *con* un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado.
 - *-u-* Original Medicare *sin* un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado.
- **Usted dejará de ser asegurado de nuestro plan** cuando la cobertura de su nuevo plan entre en vigor el 1 de enero.

Sección 2.2 En determinadas situaciones, usted puede renunciar a ser un asegurado del plan en un Período especial de inscripción

En ciertos casos, los asegurados de UT CARE Medicare (PPO) pueden ser elegibles para dejar de ser asegurados en otros momentos del año. Esto se conoce como un **Período Especial de Inscripción**.

Usted puede reunir los requisitos para renunciar a ser asegurado del plan durante un Período especial de Inscripción si se aplica cualquiera de las siguientes situaciones a su caso. Estos son solo ejemplos; para obtener una lista completa puede contactar al plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):

- Por lo general, cuando se ha mudado
- Si tiene Medicaid a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas
- Si infringimos el contrato con usted
- Si está recibiendo atención médica en una institución, como un hogar de servicios de enfermería o un hospital de atención médica a largo plazo (LTC)
- Si se inscribe en el Programa de Cuidado Total de Salud para Ancianos (PACE, en inglés)

Los períodos de inscripción varían según su situación.

Para conocer si es elegible para el Período Especial de Inscripción, 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 deberán llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para dejar de ser asegurado por un caso especial, puede optar por cambiar tanto su cobertura médica como su cobertura para medicamentos con receta de Medicare. Puede elegir:

- Otro seguro de gastos médicos de Medicare con o sin cobertura para medicamentos con receta.
- Original Medicare *con* un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado.
- - *u* - Original Medicare *sin* un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado.

Por lo general, usted dejará de ser asegurado del plan el primer día del mes después de que hayamos recibido su solicitud para cambiar de plan.

Sección 2.3 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede renunciar a ser asegurado del plan?

Si tiene alguna pregunta sobre cómo dejar de ser asegurado, puede hacer lo siguiente:

- **Llame a Servicio al Cliente.**
- Puede obtener información en el manual **Medicare y Usted 2025**.
- 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 dejar de ser asegurado de nuestro plan?

La siguiente tabla explica cómo finalizar su calidad de asegurado de nuestro plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a lo siguiente:	Esto es lo que debe hacer:
<ul style="list-style-type: none">• Otro seguro de gastos médicos de Medicare.	<ul style="list-style-type: none">• Inscribirse en el nuevo seguro de gastos médicos de Medicare. Su inscripción en UT CARE Medicare (PPO) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura del nuevo plan.
<ul style="list-style-type: none">• Original Medicare <i>con</i> un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado.	<ul style="list-style-type: none">• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare. Su inscripción en UT CARE Medicare (PPO) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura del nuevo plan.
<ul style="list-style-type: none">• Original Medicare <i>sin</i> un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado.	<ul style="list-style-type: none">• Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Comuníquese con Servicio al Cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo.

Si desea cambiar de nuestro plan a lo siguiente:

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 pedir que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Se le dará de baja de UT CARE Medicare (PPO) cuando comience su cobertura en Original Medicare.

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

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su calidad de asegurado, debe continuar recibiendo sus servicios médicos a través de nuestro plan

Hasta que finalice su calidad de asegurado y comience su nueva cobertura de Medicare, debe continuar recibiendo su atención médica y servicios médicos a través de nuestro plan.

- **Seguir usando nuestros proveedores que forman parte de la red para recibir atención médica.**
- **Si lo internan en el hospital el día en que deja de ser asegurado del plan, su estadía en un hospital estará incluida por nuestro plan hasta que le den el alta** (incluso si recibe el alta después de que entre en vigor su cobertura médica nueva).

SECCIÓN 5 UT CARE Medicare (PPO) debe terminar su calidad de asegurado en el plan en ciertas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos finalizar su calidad de asegurado del plan?
--

UT CARE Medicare (PPO) debe finalizar su calidad de asegurado en el plan si ocurre cualquiera de las siguientes situaciones:

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si lo encarcelan (va a prisión).
- Si ya no es ciudadano estadounidense ni reside legalmente en Estados Unidos.
- Si intencionalmente nos proporciona 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 se comporta continuamente de manera inapropiada y nos dificulta la provisión de atención médica a usted y a otros asegurados del 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 use su tarjeta de asegurado para obtener atención médica. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo, a menos que obtengamos permiso de Medicare primero).
 - Si ponemos fin a su calidad de asegurado por este motivo, Medicare podría pedir que el Inspector General investigue el caso.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna consulta o desea obtener más información sobre cuándo podemos cancelar su calidad de asegurado, llame a Servicio al Cliente.

Capítulo 8 Dejar de ser asegurado del plan

Sección 5.2 No podemos solicitarle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud

UT CARE Medicare (PPO) 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, 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 calidad de asegurado en nuestro plan

Si finalizamos su calidad de asegurado en nuestro plan, debemos comunicarle los motivos por escrito. También debemos explicarle cómo puede presentar una inconformidad o queja sobre nuestra decisión de finalizar su calidad de asegurado.

CAPÍTULO 9:

Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso de leyes aplicables

La ley principal que rige este documento de *Evidencia de Cobertura* es el Capítulo XVIII de la Ley de Seguro Social y los reglamentos creados en virtud de la Ley de Seguridad Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, o CMS. También pueden regir otras leyes federales y, en ciertos casos, las leyes del estado donde usted vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas o definidas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre la no discriminación

No discriminamos por motivos de raza, grupo étnico, nacionalidad, color, religión, 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 proporcionan planes de Medicare Advantage, como el nuestro, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido el Capítulo VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio y las demás leyes que rigen para organizaciones que obtienen fondos federales, y otras leyes y normas que correspondan por cualquier otra razón.

Para obtener más información o si tiene alguna duda sobre discriminación o trato injusto, 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 tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos a Servicio al Cliente. Si tiene alguna queja, por ejemplo, por un problema de acceso en silla de ruedas, Servicio al Cliente 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 incluidos por Medicare de los cuales Medicare no es el pagador primario. De acuerdo con las reglamentaciones de los CMS, incluidas en los artículos 422.108 y 423.462 del Título 42 del Código de Reglamentaciones Federales (CFR, en inglés), UT CARE Medicare (PPO), en calidad de organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce la Secretaría de acuerdo con las reglamentaciones de los CMS en las subdivisiones "B" a "D" de la parte 411 del Título 42 del CFR y las normas establecidas en esta sección suplantán a cualquier ley estatal.

CAPÍTULO 10:

Definiciones de términos importantes

Capítulo 10 Definiciones de términos importantes

Centro Quirúrgico para Pacientes No Hospitalizados: es una entidad que funciona exclusivamente con el objetivo de proporcionar servicios de cirugía para pacientes no hospitalizados y cuya estadía en el centro no superaría las 24 horas.

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

Apelación: es una medida que toma usted si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar una solicitud de cobertura de servicios de atención médica o el pago de servicios que usted ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de cancelar los servicios que está recibiendo.

Factura con Saldo Adicional: cuando un proveedor (como un médico o un hospital) le factura a un paciente un monto mayor que el monto de gastos compartidos permitido del plan. Como asegurado de UT CARE Medicare (PPO), usted solo debe pagar los montos de gastos compartidos de nuestro plan cuando reciba servicios incluidos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores *facturen saldo adicional* o cobren más del monto de gastos compartidos que su plan establece que 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, en inglés). 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 usted no haya recibido atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. 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. No hay un límite para la cantidad de períodos de beneficios.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, en inglés): es la agencia federal a cargo de la administración de Medicare.

Plan de Necesidades Especiales para 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 sobre la base de grupos de afecciones relacionadas clínicamente y, por lo general, con comorbilidad, según se especifica en 42 CFR 422.4(a)(1)(iv).

Capítulo 10 Definiciones de términos importantes

Coseguro: un monto porcentual que debe pagar como su parte del costo (por ejemplo, gastos compartidos del 20%) de los servicios después de pagar cualquier deducible correspondiente.

Monto Máximo de Gastos de Bolsillo Combinado: es el monto máximo que pagará en un año por todos los servicios que reciba de proveedores que forman parte de la red (preferido) y que no forman parte de la red (no preferido). Además del monto máximo de gastos de bolsillo para servicios médicos incluidos, también tenemos un monto máximo de gastos de bolsillo para ciertos tipos de servicios.

Queja: *hacer una queja* se conoce formalmente como *presentar una inconformidad*. El procedimiento para quejas se usa *solo* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de atención, los tiempos de espera y el Servicio al Cliente que usted recibe. También incluye las quejas si su plan no cumple con los plazos establecidos en el proceso de apelación.

Centros de Rehabilitación para Pacientes no Hospitalizados (CORF): es un centro que provee principalmente servicios de rehabilitación a pacientes que tuvieron una enfermedad o lesión y que, además, provee diversos servicios como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, servicios de patología del habla y el lenguaje, y servicios para la evaluación del contexto familiar.

Copago: el monto que debe pagar como parte del costo por servicios o suministros médicos tales como una consulta con el médico, una consulta en un centro hospitalario para pacientes no hospitalizados o una receta médica. El copago es un monto fijo (por ejemplo, \$10), en lugar de un porcentaje.

Gastos Compartidos: los gastos compartidos se refieren a los montos que un asegurado debe pagar cuando recibe servicios. (Esto se suma a la prima mensual del plan). Los gastos compartidos incluyen cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier monto deducible que un plan puede imponer antes de incluir los servicios; (2) cualquier monto fijo de *copago* que un plan exige cuando se reciben servicios específicos o (3) cualquier monto de *coseguro* que corresponde pagar como porcentaje del monto total pagado por un servicio, que el plan exige cuando se recibe un servicio específico.

Servicios incluidos: el término que usamos en esta Evidencia de Cobertura (EOC, en inglés) para referirnos a todos los servicios y suministros de atención médica incluidos en nuestro plan.

Cobertura Válida para Medicamentos con Receta: cobertura para medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que debe incluir, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura estándar para medicamentos con receta de Medicare. Los beneficiarios de este tipo de cobertura,

Capítulo 10 Definiciones de términos importantes

cuando se vuelven elegibles para Medicare, generalmente pueden conservar esa cobertura sin pagar una multa, si deciden inscribirse más adelante en la cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

Cuidados de Custodia: son cuidados personales brindados en un hogar de servicios de enfermería, centro de cuidados paliativos u otra instalación cuando usted no requiere atención médica especializada o atención de enfermería especializada. El cuidado de custodia es el cuidado personal que pueden proporcionar personas sin capacitación ni habilidades 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.

Servicio al Cliente: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre la calidad de asegurado, los beneficios, las quejas y las apelaciones.

Deducible: monto que debe pagar por atención médica antes de nuestro plan.

Cancelar o Cancelación de la Inscripción: el proceso de cancelar su calidad de asegurado en nuestro plan.

Planes de Necesidades Especiales para Personas Doblemente Elegibles (D-SNP, en inglés): los D-SNP inscriben a personas que tienen derecho tanto a Medicare (Título XVIII de la Ley de Seguro Social) como a la asistencia médica de un plan estatal conforme a Medicaid (Título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

Equipo Médico Duradero (DME): ciertos equipos médicos indicados por su médico para fines médicos. Los ejemplos incluyen caminadores, sillas de ruedas, 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 se trata de una mujer embarazada, fallecimiento del bebé nonato), la pérdida de una extremidad o de una función de esta, o la pérdida o incapacitación grave de las funciones corporales. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor grave o una afección médica que empeora rápidamente.

Capítulo 10 Definiciones de términos importantes

Atención Médica de Emergencia: servicios incluidos que presentan las siguientes características: 1) proporcionados por un proveedor calificado para administrar servicios de emergencia; y 2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Evidencia de Cobertura (EOC, en inglés) 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 asegurado de nuestro plan.

“Beneficio Adicional”: un programa estatal o de Medicare que ayuda a personas de bajos ingresos y recursos a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como primas, deducibles y coseguros.

Inconformidad: un tipo de queja que usted presenta en relación con nuestro plan o los proveedores, y que incluye quejas por la calidad de atención. Este tipo de queja no incluye disputas por cobertura o pagos.

Asistente Médico en el Hogar: una persona que proporciona servicios que no requieren las habilidades de un enfermero o terapeuta autorizado, como asistencia de cuidados personales (p. ej., para bañarse, ir al baño, vestirse o realizar los ejercicios indicados).

Centro para Enfermos Terminales: un beneficio que brinda tratamiento especial para un asegurado que ha sido certificado médicamente como con una enfermedad terminal, lo que significa tener 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 asegurado de nuestro plan. Aún puede obtener todos los servicios de necesidad médica, así como otros beneficios suplementarios que ofrecemos.

Internación en Hospital: estadía en un hospital que 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 no hospitalizado*.

Determinación del Ajuste mensual acorde a sus ingresos (IRMAA, en inglés): si su ingreso bruto ajustado modificado según se informó en su declaración anual de ingresos del IRS hace 2 años es superior a un monto determinado, pagará el monto de la prima estándar y un monto de Determinación del Ajuste Mensual Acorde a sus Ingresos, también conocido como IRMAA. IRMAA es un cargo adicional agregado a su prima. Menos del 5% de las personas con Medicare se ven afectadas; por lo tanto, la mayor parte no pagará una prima más alta.

Capítulo 10 Definiciones de términos importantes

Período de Inscripción Inicial: cuando es elegible por primera vez para Medicare, el período en el que puede inscribirse en la Parte A y B de Medicare. Si es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su Período de Inscripción Inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en el que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y finaliza 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Monto Máximo de Gastos de Bolsillo por Servicios Incluidos dentro de la Red: importe máximo que pagará por los servicios incluidos que reciba de proveedores que forman parte de la red (preferidos). Una vez que haya alcanzado este límite, no deberá pagar nada cuando reciba servicios incluidos de proveedores que forman parte de la red durante el resto del año de contrato. Sin embargo, hasta que alcance su monto combinado de gastos de bolsillo, debe continuar pagando su parte de los costos cuando busque atención de un proveedor que no forma parte de la red (no preferido). Además del monto máximo de gastos de bolsillo para servicios médicos incluidos, también tenemos un monto máximo de gastos de bolsillo para ciertos tipos de servicios.

Plan para Necesidades Especiales (SNP) Institucional: un plan que inscribe a personas elegibles que residen de forma continua o que se espera que residan de forma continua por 90 días o más en un centro de atención médica a largo plazo (LTC). Estos centros pueden incluir un centro de enfermería especializada (SNF), un centro de servicios de enfermería (NF), (SNF/NF), un centro de cuidados intermedios para personas con discapacidades intelectuales (ICF/IID, en inglés), un centro psiquiátrico para pacientes internados o centros aprobados por CMS que brinden servicios de atención médica a largo plazo similares que están incluidos en la Parte A de Medicare, la Parte B de Medicare o Medicaid; y cuyos residentes tienen necesidades y estados de atención médica similares a los otros tipos de centros mencionados. Un Plan para Necesidades Especiales Institucional debe contar con un acuerdo contractual con los centros de atención médica a largo plazo (LTC) específicos (o ser propietario y operar con uno).

Plan para Necesidades Especiales (SNP, en inglés) Institucional Equivalente: un plan que inscribe a personas elegibles que viven en la comunidad, pero que requieren un nivel de atención institucional según la evaluación estatal. La evaluación se debe realizar con la misma herramienta de evaluación de nivel de atención estatal correspondiente y administrar por medio de una entidad diferente de la organización que ofrece el plan. Este tipo de Plan para Necesidades Especiales puede restringir la inscripción a individuos que residen en un centro de hogar de vida asistida (ALF, en inglés) contratado, si es necesario para garantizar una entrega especializada uniforme.

Subsidio por Bajos Ingresos (LIS, en inglés): consulte “Beneficio Adicional”.

Capítulo 10 Definiciones de términos importantes

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 de Medicaid estatales varían, pero la mayoría de los costos de atención médica se encuentran incluidos si usted es elegible tanto para Medicare como para Medicaid.

De Necesidad Médica: 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 años, algunas personas menores de 65 años 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 de Medicare Advantage: período desde el 1 de enero al 31 de marzo en el que los asegurados 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 en un Plan de Medicamentos con Receta de Medicare en ese momento. El Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage también está disponible durante un período de 3 meses después de que una persona es elegible por primera vez para Medicare.

Plan Medicare Advantage (MA, en inglés): a veces llamado Medicare Parte C. Un plan ofrecido por una empresa privada a través de un contrato con Medicare para proporcionarle todos los beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un Plan de Medicare Advantage puede ser i) un HMO, ii) un PPO, iii) un Plan Privado de Arancel por cada Servicio (PFFS, en inglés) o iv) un Plan de Cuentas de Ahorros Médicos de Medicare (MSA, en inglés). Además de elegir entre estos tipos de planes, una cobertura Medicare Advantage HMO o cobertura PPO, también puede ser un Plan para Necesidades Especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes de Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura para medicamentos con receta). Estos planes se denominan **Planes de Medicare Advantage con Cobertura para Medicamentos con Receta**.

Servicios incluidos por Medicare: son los servicios incluidos por la Parte A y B de Medicare. Todos los seguros de gastos médicos de Medicare deben incluir todos los servicios que están incluidos por la Parte A y B de Medicare. El término Servicios incluidos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como los correspondientes a la visión, servicio dental o de audición, que un plan de Medicare Advantage puede ofrecer.

Capítulo 10 Definiciones de términos importantes

Seguro de Gastos Médicos de Medicare: un seguro de gastos médicos de Medicare ofrecido por una empresa privada que tiene contratos con Medicare para proporcionar beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriben en el plan. El término incluye todos los Planes Medicare Advantage, los Planes de Costos de Medicare, los Planes para Necesidades Especiales, los Programas de Demostración o Piloto y los Programas de Cuidado Total de Salud para Ancianos (PACE).

Cobertura para Medicamentos con Receta de Medicare (Parte D de Medicare): seguro de asistencia económica para la compra de medicamentos con receta, vacunas, compuestos biológicos y determinados suministros para pacientes no hospitalizados que no están incluidos por la Parte A o Parte B de Medicare.

Póliza Medigap (Seguro Suplementario de Medicare): seguro suplementario de Medicare que venden 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).

Asegurado (Asegurado de nuestro Plan o Asegurado del Plan): beneficiario de Medicare que es elegible para recibir servicios incluidos, que se inscribió en nuestro plan, y cuya inscripción confirmaron los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, en inglés).

Proveedor que Forma Parte de la Red: proveedor es el término general para referirnos a médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de salud autorizados o certificados por Medicare y por el estado para proporcionar servicios de atención médica. Los **proveedores que forman parte de la red** están contratados por nuestro plan para aceptar nuestro pago como el pago total y, en algunos casos, para coordinar y proporcionar servicios incluidos a los asegurados de nuestro plan. A los proveedores que forman parte de la red también se los llama *proveedores del plan*.

Determinación de la Organización: nuestro plan decide si los artículos o servicios están incluidos o cuánto le corresponde pagar a usted por los artículos o servicios incluidos. En este documento, las determinaciones de una organización se denominan *decisiones de cobertura*.

Original Medicare (Medicare Tradicional o Medicare de Arancel por cada servicio): el Gobierno ofrece Original Medicare, el cual no es un seguro de gastos médicos privado como los planes Medicare Advantage y planes de medicamentos con receta. Bajo Original Medicare, los servicios de Medicare son incluidos mediante el pago de los montos establecidos por el Congreso a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica. Puede 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: Parte A (Seguro de hospital) y Parte B (Seguro médico), y está disponible en todo Estados Unidos.

Capítulo 10 Definiciones de términos importantes

Proveedor que no forma parte de la red o Centro fuera de la Red: proveedor o centro que tiene un contrato con nosotros para la coordinación o provisión de servicios incluidos a los asegurados de nuestro plan. Los proveedores que no forman parte de la red son proveedores que no son empleados, de propiedad ni operados por nuestro plan.

Gastos de Bolsillo: consulte la definición anterior de *gastos compartidos*. El requisito de gastos compartidos debido al cual un asegurado debe pagar una parte de los servicios recibidos también se denomina requisito de *gastos de bolsillo* del asegurado.

Parte C: consulte Plan de Medicare Advantage (MA).

Parte D: el Programa de Beneficios de Medicamentos con Receta de Medicare voluntario.

Plan de Organización de Proveedores Participantes (PPO): plan de Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que acordaron brindar tratamiento a los asegurados del plan por el pago de un monto específico. Una cobertura PPO debe incluir todos los beneficios del plan, ya sea que se reciban de proveedores que forman parte de la red o de proveedores que no forman parte de la red. El monto de gastos compartidos correspondiente a los asegurados en general será más alto cuando se reciban los beneficios del plan a través de proveedores que no forman parte de la red. Las coberturas PPO tienen un límite anual de gastos de bolsillo por servicios recibidos de proveedores que forman parte de la red (preferidos) y un límite más alto de gastos de bolsillo totales combinados por servicios recibidos tanto de proveedores que forman parte de la red (preferidos) como de proveedores que no forman parte de la red (no preferidos).

Prima: el pago periódico que se efectúa a Medicare, una compañía de seguros o un seguro de gastos médicos por cobertura médica o para medicamentos con receta.

Autorización previa: aprobación por adelantado para obtener ciertos servicios incluidos. En la parte de la red de un PPO, algunos servicios médicos dentro de la red están incluidos solo si su médico u otro proveedor que forma parte de la red obtiene *autorización previa* de nuestro plan. En una cobertura PPO, no necesita autorización previa para obtener servicios fuera de la red. Sin embargo, es posible que desee consultar con el plan antes de obtener servicios de proveedores que no forman parte de la red para confirmar que el servicio está incluido por su plan y cuáles son sus gastos compartidos. Los servicios incluidos que necesitan autorización previa están señalados en la Tabla de Beneficios en el capítulo 4.

Capítulo 10 Definiciones de términos importantes

Prótesis y Ortótica: entre los elementos incluidos se incluyen aparatos ortopédicos para brazos, espalda, cuello, miembros y ojos artificiales; y aparatos necesarios para reemplazar una parte o una función corporal interna, como suministros ostómicos y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO): un grupo de médicos y otros expertos en atención médica a los que les paga 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 donde usted debe vivir para inscribirse en un seguro de gastos médicos 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 sean de emergencia). El plan debe cancelar su inscripción si se muda fuera del área de servicio del plan de modo permanente.

Atención en Centros de Enfermería Especializada (SNF): atención de enfermería especializada y servicios de rehabilitación provistos en un centro de enfermería especializada de forma diaria y continua. Entre algunos de los ejemplos de atención, podemos incluir fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por un enfermero profesional o un médico.

Período Especial de Inscripción: un lapso durante el cual los miembros pueden cambiar sus planes de salud o medicamentos a Original Medicare. Entre las situaciones en las que puede ser elegible para un Período Especial de Inscripción se incluyen las siguientes: si se muda fuera del área de servicio, si se muda a un hogar de servicios de enfermería o si infringimos 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, quienes residen en un hogar de servicios de enfermería o quienes padecen ciertas afecciones médicas crónicas.

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 requeridos urgentemente: un servicio incluido por el plan que requiere atención médica inmediata y que no es una emergencia es un servicio que se necesita con urgencia si se encuentra de forma provisional fuera del área de

Capítulo 10 Definiciones de términos importantes

servicio del plan, o si no es razonable dado su tiempo, lugar, y las circunstancias para obtener este servicio de los proveedores que forman parte de la red con los que el plan tiene contrato. Ejemplos de servicios requeridos urgentemente son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de las condiciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina de necesidad médica al proveedor, tales como chequeos anuales, no se consideran urgentemente necesarias, incluso si usted está fuera del área de servicio del plan o la red del plan no está disponible de forma provisional.

Anexo**Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP)**

Estado	Agencia de SHIP	Dirección	Ciudad, Estado, Código postal	Número de teléfono o TTY	Dirección Web
Alabama	State Health Insurance Assistance Program	201 Monroe Street, Suite 350	Montgomery, AL 36104	1-800-243-5463 TTY: 711	http://www.alabamaageline.gov
Alaska	Alaska State Health Insurance Assistance Program	550 W. 8th Avenue	Anchorage, AK 99501	1-800-478-6065 TTY: 1-800-770-8973	https://health.alaska.gov/dsds/Pages/medicare/ship.aspx
Arizona	Arizona State Health Insurance Assistance Program	1789 W Jefferson Street, Site Code 950A	Phoenix, AZ 85007	1-800-432-4040 TTY: 711	https://des.az.gov
Arkansas	Senior Health Insurance Information Program	1 Commerce Way	Little Rock, AR 72202	1-800-224-6330 TTY: 711	https://insurance.arkansas.gov/pages/consumer-services/senior-health/
California	Health Insurance Counseling & Advocacy Program (HICAP)	1300 National Drive, Suite 200	Sacramento, CA 95834	1-800-434-0222 TTY: 711	https://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/
Colorado	State Health Insurance Assistance Program	1560 Broadway, Suite 850	Denver, CO 80202	1-888-696-7213 TTY: 711	https://www.colorado.gov/dora/seniorhealthcare-medicare

Anexo

Estado	Agencia de SHIP	Dirección	Ciudad, Estado, Código postal	Número de teléfono o TTY	Dirección Web
Connecticut	CHOICES	55 Farmington Avenue, 12th Floor	Hartford, CT 06105	1-800-537-2549 TTY: 1-800-842-4524	https://portal.ct.gov/AgingAndDisability
Delaware	Delaware Medicare Assistance Bureau	841 Silver Lake Boulevard	Dover, DE 19904	1-800-336-9500 TTY: 711	https://insurance.delaware.gov/divisions/dmab/
District of Columbia	Health Insurance Counseling Project (HICP)	Dept. of Aging and Community Living 500 K Street NE	Washington, DC 20002	1-202-724-5626 TTY: 711	https://dcoa.dc.gov/service/dc-state-healthinsurance-assistanceprogram-ship
Florida	Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE)	4040 Esplanade Way, Suite 270	Tallahassee, FL 32399	1-800-963-5337 TTY: 1-800-955-8771	http://www.floridashine.org/
Georgia	Georgia SHIP	2 Peachtree Street, NW, Suite 33-101	Atlanta, GA 30303	1-866-552-4464 TTY: 711	https://aging.georgia.gov/georgia-ship
Hawaii	Hawaii State Health Insurance Assistance Program	250 S Hotel Street, Suite 406	Honolulu, HI 96813	1-888-875-9229 TTY: 1-866-810-4379	https://hawaiihip.org/
Idaho	Senior Health Insurance Benefits Advisors (SHIBA)	700 West State Street, P.O. Box 83720	Boise, ID 83720	1-800-247-4422 TTY: 711	https://doi.idaho.gov/shiba/

Anexo

Estado	Agencia de SHIP	Dirección	Ciudad, Estado, Código postal	Número de teléfono o TTY	Dirección Web
Illinois	Senior Health Insurance Program	320 W Washington Street, 5th Floor	Springfield, IL 62767	1-800-252-8966 TTY: 1-888-206-1327	https://www2.illinois.gov/aging/ship/Pages/default.aspx
Indiana	State Health Insurance Assistance Program	311 W. Washington Street, Suite 300	Indianapolis, IN 46204-2787	1-800-452-4800 TTY: 1-866-846-0139	https://www.in.gov/ship/index.htm
Iowa	Senior Health Insurance Information Program	601 Locust Street, 4 th Floor	Des Moines, IA 50309	1-800-351-4664 TTY: 1-800-735-2942	https://shiip.iowa.gov/
Kansas	Senior Health Insurance Counseling for Kansas (SHICK)	New England Building, 503 S. Kansas Avenue	Topeka KS 66603-3404	1-800-860-5260 TTY: 711	https://www.kdads.ks.gov
Kentucky	State Health Insurance Assistance Program	275 E. Main Street, 3E-E	Frankfort, KY 40621	1-877-293-7447 TTY: 1-888-642-1137	https://chfs.ky.gov/agencies/dail/Pages/ship.aspx
Louisiana	State Health Insurance Assistance Program	P.O. Box 94214	Baton Rouge, LA 70804	1-800-259-5300 TTY: 711	https://ldi.la.gov/consumers/senior-health-shiip

Anexo

Estado	Agencia de SHIP	Dirección	Ciudad, Estado, Código postal	Número de teléfono o TTY	Dirección Web
Maine	Maine State Health Insurance Assistance Program	41 Anthony Avenue	Augusta, ME 04333	1-800-262-2232 TTY: 1-800-606-0215	https://www.maine.gov/dhhs/oads/get-support/older-adults-disabilities/older-adult-services/ship-medicare-assistance
Maryland	State Health Insurance Assistance Program	301 W Preston Street, Suite 1007	Baltimore, MD 21201	1-800-243-3425 TTY: 1-800-637-4113	https://aging.maryland.gov/Pages/state-health-insurance-program.aspx
Massachusetts	Serving the Health Insurance Needs of Everyone (SHINE)	1 Ashburton Place, 5 th Floor	Boston, MA 02108	1-800-243-4636 TTY: 1-800-610-0241	https://www.mass.gov/info-details/serving-the-health-insurance-needs-of-everyone-shine-program
Michigan	Medicare/Medicaid Assistance Program (MMAP)	6105 W St. Joseph Highway, Suite 204	Lansing, MI 48917	1-800-803-7174 TTY: 711	http://mmapinc.org/
Minnesota	Senior LinkAge Line	540 Cedar Street, P.O. Box 64976	Saint Paul, MN 55164	1-800-333-2433 TTY: 711	https://mn.gov/senior-linkage-line/

Anexo

Estado	Agencia de SHIP	Dirección	Ciudad, Estado, Código postal	Número de teléfono o TTY	Dirección Web
Mississippi	State Health Insurance Assistance Program	200 South Lamar Street	Jackson, MS 39201	1-800-948-3090 TTY: 711	https://www.shiphelp.org/about-medicare/regional-ship-location/mississippi
Missouri	CLAIM	200 North Keene Street, Suite 101	Columbia, MO 65201	1-800-390-3330 TTY: 711	https://www.missouryclaim.org/
Montana	State Health Insurance Assistance Program	2030 11th Avenue, P.O. Box 4210	Helena, MT 59604	1-800-551-3191 TTY: 711	https://dphhs.mt.gov/SLTC/aging/SHIP
Nebraska	Senior Health Insurance Information Program	1526 K Street, Suite 201	Lincoln, NE 68508	1-800-234-7119 TTY: 1-800-833-7352	https://doi.nebraska.gov/ship-smp
Nevada	State Health Insurance Assistance Program	3416 Goni Road, Suite D-132	Carson City, NV 89706	1-800-307-4444 TTY: 711	https://adsd.nv.gov/Programs/Seniors/Medicare_Assistance_Program_(MAP)/MAP_Program/
New Hampshire	ServiceLink Resource Center	Gallen State Office Park, 129 Pleasant Street	Concord, NH 03301	1-866-634-9412 TTY: 1-800-735-2964	https://www.servicelink.nh.gov/medicare/index.htm

Anexo

Estado	Agencia de SHIP	Dirección	Ciudad, Estado, Código postal	Número de teléfono o TTY	Dirección Web
New Jersey	State Health Insurance Assistance Program	P.O. Box 807	Trenton, NJ 08625	1-800-792-8820 TTY: 711	https://www.nj.gov/humanservices/doas/services/q-z/ship/index.shtml
New Mexico	New Mexico ADRC	2550 Cerrillos Road	Santa Fe, NM 87505	1-800-432-2080 TTY: 1-505-476-3628	http://www.nmaging.state.nm.us/
New York	Health Insurance Information Counseling and Assistance Program (HIICAP)	2 Empire State Plaza, Agency Bldg. #2, 4 th Floor	Albany, NY 12223	1-800-701-0501 TTY: 711	https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-program-hiicap
North Carolina	Seniors' Health Insurance Information Program	325 N. Salisbury Street	Raleigh, NC 27603	1-855-408-1212 TTY: 1-800-735-2962	https://www.ncdoi.gov/consumers/medicare-and-seniors-health-insurance-information-program-shiip
North Dakota	State Health Insurance Counseling (SHIC)	600 East Blvd, State Capitol, Dept 401	Bismarck, ND 58505	1-888-575-6611 TTY: 1-800-366-6888	https://www.insurance.nd.gov/shic-medicare

Anexo

Estado	Agencia de SHIP	Dirección	Ciudad, Estado, Código postal	Número de teléfono o TTY	Dirección Web
Ohio	Ohio Senior Health Insurance Information Program (OSHIIP)	50 West Town Street, 3rd Floor, Suite 300	Columbus, OH 43215	1-800-686-1578 TTY: 1-614-644-3745	https://insurance.ohio.gov/about-us/divisions/oshiip
Oklahoma	Oklahoma Senior Health Insurance Counseling Program	400 NE 50 th Street	Oklahoma City, OK 73105	1-800-763-2828 TTY: 711	https://www.oid.ok.gov/consumers/information-for-seniors/senior-health-insurance-counseling-program-ship/
Oregon	Senior Health Insurance Benefits Assistance (SHIBA)	P.O Box, 14480	Salem, OR 97309	1-800-722-4134 TTY: 711	https://healthcare.oregon.gov/shiba/pages/index.aspx
Pennsylvania	PA MEDI	555 Walnut Street, 5 th Floor	Harrisburg, PA 17101	1-800-783-7067 TTY: 711	https://www.aging.pa.gov/aging-services/medicare-counseling/Pages/default.aspx
Rhode Island	Senior Health Insurance Program	Office of Healthy Aging 25 Howard Ave, Building 57	Cranston, RI 02920	1-401-462-3000 TTY: 1-401-462-0740	https://oha.ri.gov/Medicare

Anexo

Estado	Agencia de SHIP	Dirección	Ciudad, Estado, Código postal	Número de teléfono o TTY	Dirección Web
South Carolina	Insurance Counseling Assistance and Referrals for Elders (I-CARE)	1301 Gervais Street, Suite 350	Columbia, SC 29202	1-800-868-9095 TTY: 711	https://aging.sc.gov/
South Dakota	Senior Health Information & Insurance Education (SHIINE)	Center for Active Generations, 700 Governors Drive	Pierre, SD 57501	1-877-331-4834 TTY: 711	http://shiine.net/
Tennessee	State Health Insurance Assistance Program	502 Deaderick Street, 9th Floor	Nashville, TN 37243-0860	1-877-801-0044 TTY: 711	https://www.tn.gov/disability-and-aging/disability-aging-programs/tn-ship.html
Texas	Health Information Counseling and Advocacy Program (HICAP)	701 West 51st Street, MC: W352	Austin, TX 78751	1-800-252-9240 TTY: 1-800-735-2989	https://www.hhs.texas.gov/service/health/medicare
Utah	Senior Health Insurance Information Program	195 North 1950 West	Salt Lake City, UT 84116	1-800-541-7735 TTY: 711	https://daas.utah.gov/seniors/

Anexo

Estado	Agencia de SHIP	Dirección	Ciudad, Estado, Código postal	Número de teléfono o TTY	Dirección Web
Vermont	The Vermont State Health Insurance Assistance Program	HC 2 South 280 State Drive	Waterbury, VT 05671-2070	1-800-642-5119 TTY: 711	https://asd.vermont.gov/services/ship
Virginia	Virginia Insurance Counseling and Assistance Program (VICAP)	1610 Forest Avenue, Suite 100	Richmond, VA 23229	1-800-552-3402 TTY: 711	https://www.vda.virginia.gov/vicap.htm
Washington	Statewide Health Insurance Benefits Advisors (SHIBA)	5000 Capital Boulevard SE	Tumwater, WA 98501	1-800-562-6900 TTY: 1-360-586-0241	https://www.insurance.wa.gov/statewide-health-insurance-benefits-advisors-shiba
West Virginia	West Virginia State Health Insurance Assistance Program	1900 Kanawha Boulevard, E, 3rd Floor	Charleston, WV 25305	1-877-987-4463 TTY: 711	http://www.wvship.org/
Wisconsin	State Health Insurance Assistance Program	1 West Wilson Street	Madison, WI 53703	1-800-242-1060 TTY: 1-888-758-6049	https://www.dhs.wisconsin.gov/benefit-specialists/medicare-counseling.htm

Anexo

Estado	Agencia de SHIP	Dirección	Ciudad, Estado, Código postal	Número de teléfono o TTY	Dirección Web
Wyoming	Wyoming State Health Insurance Information Program	106 West Adams Avenue	Riverton, WY 82001	1-800-856-4398 TTY: 711	https://www.wyomingseniors.com/services/wyoming-state-health-insurance-information-program

Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO)

Estados	Agencia de QIO	Dirección	Ciudad, Estado, Código postal	Número de teléfono o TTY	Dirección Web
Alabama Florida Georgia Kentucky Mississippi North Carolina South Carolina Tennessee	Acentra Health	5201 West Kennedy Blvd., Suite 900	Tampa, FL 33609	1-888-317-0751 TTY: 711	https://www.acentraqio.com/
Alaska Idaho Oregon Washington	Acentra Health	5201 West Kennedy Blvd., Suite 900	Tampa, FL 33609	1-888-305-6759 TTY: 711	https://www.acentraqio.com/
Arizona California Hawaii Nevada	Livanta BFCC-QIO Program	10820 Guilford Road, Suite 202	Annapolis Junction, MD 20701	1-877-588-1123 TTY: 1-855-887-6668	https://livantaqio.com/en

Anexo

Estados	Agencia de QIO	Dirección	Ciudad, Estado, Código postal	Número de teléfono o TTY	Dirección Web
Arkansas Louisiana New Mexico Oklahoma Texas	Acentra Health	5201 West Kennedy Blvd., Suite 900	Tampa, FL 33609	1-888-315-0636 TTY: 711	https://www.acentraqio.com/
Colorado Montana North Dakota South Dakota Utah Wyoming	Acentra Health	5201 West Kennedy Blvd., Suite 900	Tampa, FL 33609	1-888-317-0891 TTY: 711	https://www.acentraqio.com/
Connecticut Maine Massachusetts New Hampshire Rhode Island Vermont	Acentra Health	5201 West Kennedy Blvd., Suite 900	Tampa, FL 33609	1-888-319-8452 TTY: 711	https://www.acentraqio.com/
Delaware District of Columbia Maryland Pennsylvania Virginia West Virginia	Livanta BFCC-QIO Program	10820 Guilford Road, Suite 202	Annapolis Junction, MD 20701	1-888-396-4646 TTY: 1-888-985-266	https://livantaqio.com/en
Illinois Indiana Michigan Minnesota Ohio Wisconsin	Livanta BFCC-QIO Program	10820 Guilford Road, Suite 202	Annapolis Junction, MD 20701	1-888-524-9900 TTY: 1-888-985-8775	https://livantaqio.com/en

Anexo

Estados	Agencia de QIO	Dirección	Ciudad, Estado, Código postal	Número de teléfono o TTY	Dirección Web
Iowa Kansas Missouri Nebraska	Livanta BFCC-QIO Program	10820 Guilford Road, Suite 202	Annapolis Junction, MD 20701	1-888-755-5580 TTY: 1-888-985-9295	https://livantaqio.com/en
New Jersey New York Puerto Rico Virgin Islands	Livanta BFCC-QIO Program	10820 Guilford Road, Suite 202	Annapolis Junction, MD 20701	1-866-815-5440 TTY: 1-866-868-2289	https://livantaqio.com/en

Agencias Estatales de Medicaid

Estados	Agencia de Medicaid	Dirección	Ciudad, Estado, Código postal	Número de teléfono o TTY	Dirección Web
Alabama	Alabama Medicaid Agency	501 Dexter Avenue, P.O. Box 5624	Montgomery, AL 36104	1-800-362-1504 TTY: 711 De 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora central	https://medicaid.alabama.gov/
Alaska	Alaska Department of Health and Social Services	3601 C Street, Suite 902	Anchorage, AK 99503-5923	1-800-770-5650 TTY: 1-907-586-4265 De 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora estándar de Alaska	http://dhss.alaska.gov/Pages/default.aspx

Anexo

Estados	Agencia de Medicaid	Dirección	Ciudad, Estado, Código postal	Número de teléfono o TTY	Dirección Web
Arizona	Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS)	801 E. Jefferson Street, MD 4100	Phoenix, AZ 85034	1-800-654-8713 TTY: 1-800-842-6520 De 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora estándar de la montaña	https://www.azahcccs.gov/
Arkansas	Arkansas Department of Human Services	Donaghey Plaza, P.O. Box 1437: slot S401	Little Rock, AR 72203	1-800-482-5431 TTY: 1-800-285-1131 De 8:00 a. m. a 4:30 p. m., hora central	https://humanservices.arkansas.gov/divisions-shared-services/medical-services/helpful-information-for-clients/
California	Medi-Cal	P.O. Box 997413, MS 4400	Sacramento, CA 95899-7413	1-800-541-5555 TTY: 1-800-896-2512 De 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del Pacífico	https://www.dhcs.ca.gov/individuals
Colorado	Health First Colorado (Department of Health Care Policy and Financing)	1570 Grant Street	Denver, CO 80203	1-800-221-3943 TTY: 711 De 7:30 a. m. a 5:15 p. m., hora estándar de la montaña	https://www.healthfirstcolorado.com/

Anexo

Estados	Agencia de Medicaid	Dirección	Ciudad, Estado, Código postal	Número de teléfono o TTY	Dirección Web
Connecticut	Connecticut Department of Social Services	55 Farmington Avenue	Hartford, CT 06105-3730	1-800-842-1508 TTY: 1-800-842-4524 De 7:30 a. m. a 4:00 p. m., hora estándar oriental	https://portal.ct.gov/dss
Delaware	Delaware Health and Social Services	1901 N. Du Pont Highway, Main Bldg.	New Castle, DE 19720	1-800-372-2022 TTY: 711 De 9:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar oriental	https://www.dhss.delaware.gov/dhss/dss/medicaid.html
District of Columbia	DC Department of Health Care Finance (DHCF)	441 4th St NW, 900S	Washington, DC 20001	1-202-442-5988 TTY: 711 De 8:15 a. m. a 4:45 p. m., hora estándar oriental	https://dhcf.dc.gov/
Florida	Florida Agency for Health Care Administration	2727 Mahan Drive Mail Stop #8	Tallahassee, FL 32308	1-888-419-3456 TTY: 1-800-955-8771 De 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora estándar oriental	https://ahca.myflorida.com/Medicaid/index.shtml
Georgia	Georgia Medicaid (Georgia Department of Community Health)	2 Peachtree Street NW	Atlanta, GA 30303	1-877-423-4746 TTY: 711 De 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora estándar oriental	https://medicaid.georgia.gov/

Anexo

Estados	Agencia de Medicaid	Dirección	Ciudad, Estado, Código postal	Número de teléfono o TTY	Dirección Web
Hawaii	Department of Human Services, Med-QUEST Division	1404 Kilauea Avenue	Hilo, HI 96720	1-800-316-8005 TTY: 1-800-603-1201 De 9:00 a. m. a 4:30 p. m., hora estándar de Hawaii	https://medquest.hawaii.gov/
Idaho	Idaho Department of Health and Welfare	150 Shoup Ave #19	Idaho Falls, ID 83402	1-877-456-1233 TTY: 711 De 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora estándar de la montaña	https://healthandwelfare.idaho.gov/Medical/Medicaid/tabid/123/Default.aspx
Illinois	Illinois Department of Healthcare and Family Services	201 South Grand Avenue East	Springfield, IL 62763-0001	1-800-843-6154 TTY: 1-866-324-5553 De 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora central	https://www.illinois.gov/hfs/Pages/default.aspx
Indiana	Office of Medicaid Policy and Planning (OMPP), Family and Social Services Administration (FSSA)	402 W. Washington Street P.O. Box 7083	Indianapolis, IN 46207-7083	1-800-457-8283 TTY: 711 De 8:00 a. m. a 4:30 p. m., hora estándar oriental	https://www.in.gov/fssa/2408.htm

Anexo

Estados	Agencia de Medicaid	Dirección	Ciudad, Estado, Código postal	Número de teléfono o TTY	Dirección Web
Iowa	Iowa Medicaid Enterprise	P.O. Box 36510	Des Moines, IA 50315	1-800-338-8366 TTY: 1-800-735-2942 De 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora central	https://dhs.iowa.gov/ime/members
Kansas	KanCare [Kansas Department of Health and Environment (KDHE), Division of Health Care Finance (DHCF)]	1000 SW Jackson, Suite 900 N	Topeka, KS 66612	1-888-369-4777 TTY: 1-800-766-3777 De 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora central	https://www.kancare.ks.gov/
Kentucky	Kentucky Medicaid [Cabinet for Health and Family Services, Department for Medicaid Services (DMS)]	275 East Main Street 1E-B	Frankfort, KY 40621	1-800-372-2973 TTY: 1-800-627-4702 De 8:00 a. m. a 4:30 p. m., hora estándar oriental	https://chfs.ky.gov/agencies/dms/Pages/default.aspx
Louisiana	Department of Health & Hospitals	P.O. Box 91278	Baton Rouge, LA 70821	1-888-342-6207 TTY: 711 De 8:00 a. m. a 4:30 p. m., hora central	http://ldh.la.gov/index.cfm/subhome/1/n/10

Anexo

Estados	Agencia de Medicaid	Dirección	Ciudad, Estado, Código postal	Número de teléfono o TTY	Dirección Web
Maine	MaineCare (Department of Health and Human Services)	Office of MaineCare Services, 11 State House Station	Augusta, ME 04333	1-800-977-6740 TTY: 711 De 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora estándar oriental	https://www.maine.gov/dhhs/ofii/programs-services/health-care-assistance
Maryland	Department of Health and Mental Hygiene, Health Care Financing	201 West Preston Street	Baltimore, MD 21201	1-877-463-3464 TTY: 1-800-735-2258 De 8:30 a. m. a 5:00 p. m., hora estándar oriental	https://mmcp.health.maryland.gov/Pages/home.aspx
Massachusetts	MassHealth, Health and Human Services	One Ashburton Place, 11 th Floor	Boston, MA 02108	1-800-841-2900 TTY: 1-800-497-4648 De 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora estándar oriental	https://www.mass.gov/topics/mashealth
Michigan	Michigan Department of Community Health (MDCH)	333 S. Grand Ave, P.O. Box 30195	Lansing, MI 48909	1-517-241-3740 TTY: 711 De 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora estándar oriental	www.michigan.gov/medicaid

Anexo

Estados	Agencia de Medicaid	Dirección	Ciudad, Estado, Código postal	Número de teléfono o TTY	Dirección Web
Minnesota	Minnesota Department of Human Services	P.O. Box 64249	St. Paul, MN 55164	1-800-657-3739 TTY: 1-800-627-3529 De 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora central	https://mn.gov/dhs/people-serve/adults/health-care/health-care-programs/programs-and-services/medical-assistance.jsp https://mn.gov/dhs/
Mississippi	Mississippi Division of Medicaid	550 High Street, Suite 1000	Jackson, MS 39201	1-800-421-2408 TTY: 711 De 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora central	https://medicaid.ms.gov/
Missouri	MO HealthNet (Medicaid) (Missouri Department of Social Services)	615 Howerton Court, P.O. Box 6500	Jefferson City, MO 65102-6500	1-800-348-6627 TTY: 1-800-735-2966 De 7:00 a. m. a 6:00 p. m., hora central	https://mydss.mo.gov/healthcare https://dss.mo.gov/mhd/index.htm
Montana	Montana Department of Public Health and Human Services (DPHHS)	111 North Sanders, Helena	Helena, MT 59601	1-800-362-8312 TTY: 711 De 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora estándar de la montaña	https://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/MemberServices https://dphhs.mt.gov/

Anexo

Estados	Agencia de Medicaid	Dirección	Ciudad, Estado, Código postal	Número de teléfono o TTY	Dirección Web
Nebraska	ACCESSNebraska (Department of Health and Human Services, Division of Medicaid and Long-Term Care)	301 Centennial Mall South, P.O. Box 95026	Lincoln, NE 68509	1-855-632-7633 TTY: 711 De 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora central	http://dhhs.ne.gov/pages/accessnebraska.aspx
Nevada	Nevada Dept. of Health & Human Services, Division of Health Care Financing and Policy (DHCFP)	3416 Goni Rd, Ste D-132	Carson City, NV 89706	1-800-992-0900 TTY: 711 De 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del Pacífico	http://dhcfp.nv.gov/
New Hampshire	NH Medicaid [New Hampshire Department of Health and Human Services (DHHS)]	129 Pleasant Street	Concord, NH 03301-3857	1-800-852-3345 TTY ext. 4344: 1-800-735-2964 De 8:00 a. m. a 4:30 p. m., de lunes a viernes, hora estándar oriental	https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid

Anexo

Estados	Agencia de Medicaid	Dirección	Ciudad, Estado, Código postal	Número de teléfono o TTY	Dirección Web
New Jersey	Dept. of Human Services, Division of Medical Assistance & Health Services	Quakerbridge Plaza, P.O. Box 712	Trenton, NJ 08625-0712	1-800-356-1561 TTY: 1-877-294-4356 De 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora estándar oriental	https://www.nj.gov/humanservices/dmahs/home/
New Mexico	División de Asistencia Médica del Departamento de Servicios Humanos de New Mexico (MAD, en inglés)	P.O. Box 2348	Santa Fe, NM 87504	1-888-997-2583 TTY: 1-855-227-5485 De 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora estándar de la montaña	https://www.hsd.state.nm.us/new-mexico-medicaid-state-plan/
New York	New York State Department of Health	Corning Tower, Empire State Plaza	Albany, NY 12237	1-800-541-2831 TTY: 711 De 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora estándar oriental	https://www.health.ny.gov/
North Carolina	NC Department of Health and Human Services, Division of Medical Assistance	1985 Umstead Dr.	Raleigh, NC 27603-2001	1-800-662-7030 TTY: 711 De 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora estándar oriental	https://medicaid.ncdhhs.gov/beneficiaries

Anexo

Estados	Agencia de Medicaid	Dirección	Ciudad, Estado, Código postal	Número de teléfono o TTY	Dirección Web
North Dakota	North Dakota Department of Human Services, Medical Services	600 E Boulevard Ave, Dept. 325	Bismarck, ND 58505-0250	1-800-472-2622 TTY: 711 o Relay 800-366-6888 De 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora central	http://www.nd.gov/dhs/services/medicalserv/medicaid/
Ohio	Ohio Department Medicaid	50 West Town Street, Suite 400	Columbus, OH 43215	1-800-324-8680 TTY: 711 De lunes a viernes de 7 a. m. a 8 p. m. y sábados de 8 a. m. a 5 p. m.	https://medicaid.ohio.gov/
Oklahoma	Oklahoma Department of Human Services, SoonerCare	4345 N. Lincoln Blvd.	Oklahoma City, OK 73105	1-800-987-7767 TTY: 711 De 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora central	https://www.okhca.org/
Oregon	Oregon Health Plan (OHP), Div. of Medical Assistance Programs (DMAP)	500 Summer Street NE, E-20	Salem, OR 97301-1079	1-800-273-0557 TTY: 711 De 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del Pacífico	https://www.oregon.gov/oha/hsd/ohp/Pages/index.aspx

Anexo

Estados	Agencia de Medicaid	Dirección	Ciudad, Estado, Código postal	Número de teléfono o TTY	Dirección Web
Pennsylvania	Medical Assistance (Department of Health)	Health and Welfare Building 8th Floor West 625 Forster St	Harrisburg, PA 17120	1-877-395-8930 TTY: 1-800-451-5886 De 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora estándar oriental	https://www.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/Medical-Assistance.aspx
Rhode Island	Rhode Island Department of Human Services	57 Howard Avenue	Cranston, RI 02920	1-855-840-4774 TTY: 711 De lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 3:30 p. m.	http://www.dhs.ri.gov/
South Carolina	South Carolina Department of Health and Human Services	SCDHHS P.O. Box 100101	Columbia, SC 29202	1-888-549-0820 TTY: 1-888-842-3620 De 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora estándar oriental	https://www.scdhhs.gov/
South Dakota	South Dakota Medicaid (South Dakota Department of Social Services, The Division of Medical Services)	700 Governors Drive	Pierre, SD 57501	1-800-597-1603 De 8 a. m. a 5 p. m.	https://dss.sd.gov/medicaid/

Anexo

Estados	Agencia de Medicaid	Dirección	Ciudad, Estado, Código postal	Número de teléfono o TTY	Dirección Web
Tennessee	TennCare	310 Great Circle Rd	Nashville, TN 37243	1-800-342-3145 TTY: 711 De 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora central	https://www.tn.gov/tenncare/
Texas	Texas Health and Human Services	North Austin Complex Building 4601 W. Guadalupe St. P.O. Box 13247	Austin, TX 78751-3146	211 TTY: 1-512-424-6597 De 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora central	https://hhs.texas.gov/services/health/medicaid-chip
Utah	Utah Department of Human Services	P.O. Box 143106	Salt Lake City, UT 84114	1-800-662-9651 TTY: 711 De 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora estándar de la montaña	https://medicaid.utah.gov/
Vermont	Green Mountain Care [Department of Vermont Health Access (DVHA)]	280 State Drive	Waterbury, Vermont, 05671	1-800-250-8427 TTY: 1-888-834-7898 7:45 a. m. a 4:30 p. m., hora estándar oriental	https://www.greenmountaincare.org/health-plans/medicaid

Anexo

Estados	Agencia de Medicaid	Dirección	Ciudad, Estado, Código postal	Número de teléfono o TTY	Dirección Web
Virginia	Department of Medical Assistance Services (DMAS)	600 East Randolph Street	Richmond, VA 23219	1-804-786-7933 TTY: 1-800-343-0634 De 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora estándar de la montaña	https://www.vdh.virginia.gov/disease-prevention/vama/p/
Washington	Apple Health (Washington State Department of Social and Health Services)	626 8th Avenue SE Dirección postal: P.O. Box 45531	Olympia, WA 98501	1-877-501-2233 TTY: 711 De 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del Pacífico	https://www.hca.wa.gov/about-hca/programs-and-initiatives/apple-health-medicaid
West Virginia	Department of Health and Human Resources	350 Capitol Street, Sala 251	Charleston, WV 25301	1-304-558-1700 TTY: 711 De 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora estándar oriental	https://dhhr.wv.gov/bms/Pages/default.aspx
Wisconsin	Wisconsin Department of Health and Family Services	1 West Wilson Street	Madison, WI 53703	1-800-362-3002 o 608-266-1865 TTY: 711 De 8:00 a. m. a 6:00 p. m., hora central	https://www.dhs.wisconsin.gov/medicaid/index.htm

Anexo

Estados	Agencia de Medicaid	Dirección	Ciudad, Estado, Código postal	Número de teléfono o TTY	Dirección Web
Wyoming	Wyoming Medicaid (Wyoming Department of Health, Healthcare Financing)	401 Hathaway Building	Cheyenne, WY 82002	1-866-571-0944 TTY: 711 De 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora estándar de la montaña	https://health.wy.gov/publichealth/communicable-disease-unit/hiv-treatment-program/hiv-treatment-resources-for-patients/

Programas Estatales de Asistencia para Medicamentos (SPAP)

Estados	Agencia de SPAP	Dirección	Ciudad, Estado, Código postal	Número de teléfono o TTY	Dirección Web
Colorado	Ryan White State Drug Assistance Program (SDAP)	CDPHE Care and Treatment Program ADAP-3800, 4300 Cherry Creek Drive South	Denver, CO 80246	1-303-692-2716 TTY: 711 De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.	https://www.colorado.gov/pacific/cdphe/state-drug-assistance-program
Delaware	Chronic Renal Disease Program (CRDP)	Riverwalk, 253 NE Front Street	Milford, DE 19963	1-800-464-4357 o 1-302-424-7180	https://www.dhss.delaware.gov/dhss/dm/crdprog.html

Anexo

Estados	Agencia de SPAP	Dirección	Ciudad, Estado, Código postal	Número de teléfono o TTY	Dirección Web
Idaho	Idaho HIV State Prescription Assistance Program (IDAGAP)	450 W. State Street, P.O. Box 83720	Boise, ID 83720-0036	1-208-334-5612 TTY: 711 De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.	https://healthandwelfare.idaho.gov/Health/FamilyPlanningSTDHIV/HIVCareandTreatment/tabid/391/Default.aspx
Indiana	Indiana HoosierRx	P.O. Box 6224	Indianapolis, IN 46206-6224	1-866-267-4679 TTY: 711 De lunes a viernes, de 7 a. m. a 3 p. m.	https://www.in.gov/medicaid/members/26.htm
Maine	Maine Low Cost Drugs for the Elderly and Disabled Program Office of MaineCare Services	242 State Street	Augusta, ME 04333	1-866-796-2463 TTY: 1-800-606-0215 De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.	https://q1medicare.com/PartD-SPAPMaineLowCstRxElderlyDisabled.php
Maryland	Maryland Senior Prescription Drug Assistance Program (SPDAP)	c/o Pool Administrators, 628 Hebron Avenue, Suite 502	Glastonbury, CT 06033	1-800-551-5995 TTY: 1-800-877-5156 De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.	http://marylandspdap.com/

Anexo

Estados	Agencia de SPAP	Dirección	Ciudad, Estado, Código postal	Número de teléfono o TTY	Dirección Web
Massachusetts	Massachusetts Prescription Advantage	P.O. Box 15153	Worcester, MA 01615-0153	1-800-243-4636 TTY ext 2: 1-877-610-0241 De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.	https://www.mass.gov/prescription-drug-assistance
Montana	Montana Big Sky Rx Program	P.O. Box 202915	Helena, MT 59620-2915	1-866-369-1233 TTY: 711 De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.	https://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/BigSky
Nevada	Nevada Senior Rx, Department of Health and Human Services	3320 W. Sahara Ave, Suite 100	Las Vegas, NV 89102	1-866-303-6323 (opción 2) TTY: 711 De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.	http://adsv.gov/Programs/Seniors/SeniorRx/SrRxProg/
New Jersey	New Jersey Department of Health and Senior Services Pharmaceutical Assistance to the Aged and Disabled Program (PAAD)	P.O. Box 715	Trenton, NJ 08625-0715	1-800-792-9745 TTY: 711 De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.	https://www.nj.gov/humanservices/doas/services/lp/paad/

Anexo

Estados	Agencia de SPAP	Dirección	Ciudad, Estado, Código postal	Número de teléfono o TTY	Dirección Web
New York	New York Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage Program (EPIC)	P.O. Box 15018	Albany, NY 12212-5018	1-800-332-3742 TTY: 1-800-290-9138 De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.	https://www.health.ny.gov/health-care/epic/
Pennsylvania	Pennsylvania Department of Aging PACE and PACENET Programs	P.O. Box 8806	Harrisburg, PA 17105-8806	1-800-225-7223 TTY: 711 De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.	https://www.aging.pa.gov/aging-services/prescriptions/Pages/default.aspx
Rhode Island	Rhode Island Pharmaceutical Assistance to the Elderly (RIPAE)	Division of Elderly Affairs, 57 Howard Ave, Louis Pasteur Bldg, 2 nd Floor	Cranston, RI 02920-3039	1-401-462-3000 TTY: 1-401-462-0740 De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.	https://www.payingforseniorcare.com/rhode-island/ripae
Texas	Texas Kidney Health Care Program (KHC)	Kidney Health Care Mail Code 1938 P.O. Box 149030	Austin, TX 78714-9947	1-800-222-3986 TTY: 711 De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.	https://hhs.texas.gov/services/health/kidney-health-care
Vermont	Department of Vermont Health Access Vermont VPharm	Application & Document Processing Center 280 State Drive	Waterbury, VT 05671-1500	1-800-250-8427 TTY: 711 De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.	https://www.greenmountaincare.org/

Anexo

Estados	Agencia de SPAP	Dirección	Ciudad, Estado, Código postal	Número de teléfono o TTY	Dirección Web
Virginia	Virginia Medication Assistance Program (MAP)	Virginia Department of Health, HCS Unit, 1st Floor, James Madison Building, 109 Governor Street	Richmond, VA 23219	1-855-362-0658 TTY: 711	https://www.vdh.virginia.gov/disease-prevention/va-map/
Washington	Washington State Health Insurance State Pharmacy Assistance Program	P.O. Box 1090	Great Bend, KS, 67530	1-800-877-5187 TTY: 711 De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., hora del Pacífico	https://www.insurance.wa.gov/washington-state-health-insurance-pool-wship
Wisconsin	Wisconsin Senior Care	1 West Wilson Street	Madison, WI 53703	1-608-266-1865 TTY: 1-800-947-3529 o 711 De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.	https://www.dhs.wisconsin.gov/seniorcare/index.htm

Anexo**Programas de Asistencia de Medicamentos contra el SIDA (ADAP)**

Estados	Agencia de ADAP	Dirección	Ciudad, Estado, Código postal	Número de teléfono o TTY	Dirección Web
Alabama	Alabama Department of Public Health AIDS Drug Assistance Program HIV/AIDS Division	The RSA Tower, 201 Monroe Street, Suite 1400	Montgomery, AL 36104-3773	1-866-574-9964 TTY: 711	http://www.alabamapublichealth.gov/hiv/adap.html
Alaska	Alaska Aids Assistance Association	1057 W. Fireweed Lane, Suite 102	Anchorage, AK 99503	1-800-478-AIDS TTY: 711	https://www.alaskanids.org/
Arizona	Arizona Department of Health Services (ADHS) Office of Disease Integration and Services	150 N. 18th Avenue	Phoenix, AZ 85007	1-800-334-1540 TTY: 711	https://www.azdhs.gov/
Arkansas	Arkansas HIV/STD/Hepatitis C ADAP Division	4815 W. Markham Street Slot 33	Little Rock, AR 72205	1-501-661-2408 TTY: 711	http://adap.directory/arkansas
California	California Department of Public Health Office of AIDS	Office of AIDS Center for Infectious Diseases California Department of Public Health, MS 7700 P.O. Box 997426	Sacramento, CA 95899-7426	1-916-558-1784 TTY: 711	https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OAmain.aspx

Anexo

Estados	Agencia de ADAP	Dirección	Ciudad, Estado, Código postal	Número de teléfono o TTY	Dirección Web
Colorado	Ryan White State Drug Assistance Program (SDAP)	CDPHE Care and Treatment Program ADAP-3800, 4300 Cherry Creek Drive South	Denver, CO 80246	1-303-692-2716 TTY: 711 De lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.	https://cdphe.colorado.gov/state-drug-assistance-program
Connecticut	Connecticut AIDS Drug Assistance Program (CADAP)	State of Connecticut Department of Public Health c/o Magellan P.O. Box 13001	Albany, NY 11212-3001	1-800-424-3310 TTY: 1-800-842-4524	https://portal.ct.gov/DSS/Health-And-Home-Care/CADAP/Connecticut-AIDS-Drug-Assistance-Program-CADAP
Delaware	Ryan White Program (Delaware AIDS Drug Assistance)	540 S. DuPont Highway	Dover, DE 19901	1-302-744-1000 TTY: 711	https://www.dhss.delaware.gov/dhss/dph/dpc/hiv/treatment.html
District of Columbia	District of Columbia AIDS Drug Assistance Program (DC ADAP)	899 N. Capitol Street NE	Washington, DC 20002	1-202-671-4900 TTY: 711	https://dchealth.dc.gov/DC-ADAP
Florida	Florida AIDS Drug Assistance Program	HIV/AIDS Section 4052 Bald Cypress Way	Tallahassee, FL 32399	1-850-245-4422 TTY: 711	https://www.floridahealth.gov/diseases-and-conditions/aids/adap/adap-enrollment.html

Anexo

Estados	Agencia de ADAP	Dirección	Ciudad, Estado, Código postal	Número de teléfono o TTY	Dirección Web
Georgia	Georgia Department of Public Health, Health Protection, Office of HIV/AIDS	2 Peachtree Street, NW, 15th Floor	Atlanta, GA 30303-3186	404-656-9805 TTY: 711	https://dph.georgia.gov/hiv-care/aids-drug-assistance-program-adap
Hawaii	Harm Reduction Services Branch	3627 Kilauea Avenue, Suite 306	Honolulu, HI 96816	1-808-733-9010 TTY: 711	https://health.hawaii.gov/harmreduction/about-us/hiv-programs/hiv-case-management/
Idaho	Idaho HIV State Prescription Assistance Program (IDAGAP)	450 W. State Street, P.O. Box 83720	Boise, ID 83720-0036	1-208-334-5612 TTY: 711 De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.	https://healthandwelfare.idaho.gov/Health/FamilyPlanningSTDHIV/HIVCareandTreatment/tabid/391/Default.aspx
Illinois	Illinois Department of Public Health AIDS Drug Assistance Program	525 W. Jefferson Street, First Floor	Springfield, IL 62761	1-217-782-4977 TTY: 1-800-547-0466	https://dph.illinois.gov/topics-services/diseases-and-conditions/hiv-aids/ryan-white-care-and-hopwa-services.html

Anexo

Estados	Agencia de ADAP	Dirección	Ciudad, Estado, Código postal	Número de teléfono o TTY	Dirección Web
Indiana	Indiana State Department of Health and Human Services Division HIV Medical Services Program	2 N Meridian St Suite 6C	Indianapolis, IN 46204	1-866-588-4948, Opción 1 TTY: 711	https://www.in.gov/health/hiv-std-viral-hepatitis/
Iowa	Iowa Department of Public Health Bureau of HIV, STD and Hepatitis	321 E. 12th Street	Des Moines, IA, 50319-0075	515-204-3746 TTY: 711 o 1-800-735-2942	https://hhs.iowa.gov/public-health/hiv-stis-and-hepatitis
Kansas	Kansas AIDS Drug Assistance Program	1000 SW Jackson Street, Suite 210	Topeka, KS 66612	1-785-296-6174 TTY: 711	https://www.kdhe.ks.gov/359/AID-S-Drug-Assistance-Program
Kentucky	Kentucky AIDS Drug Assistance Program (KADAP)	275 E. Main St., HS2E-C	Frankfort, KY 40621	1-800-420-7431 TTY: 711	https://chfs.ky.gov/agencies/dph/dehp/hab/Pages/services.aspx
Louisiana	Louisiana Health Access Program (LAHAP)	1450 Poydras Street, Suite 2136	New Orleans, LA 70112	1-504-568-7474 TTY: 711	https://www.lahap.org/
Maine	Maine AIDS Drug Assistance Program	286 Water Street, State House Station 11	Augusta, ME 04333	1-207-287-3747 TTY: 711	https://adap.directory/maine

Anexo

Estados	Agencia de ADAP	Dirección	Ciudad, Estado, Código postal	Número de teléfono o TTY	Dirección Web
Maryland	Maryland AIDS Drug Assistance Program (MADAP)	201 W. Preston Street	Baltimore, MD 21201-2399	1-800-205-6308 TTY: 711	https://health.maryland.gov/phpa/OIDPCS/Pages/MADAP.aspx
Massachusetts	Massachusetts HIV Drug Assistance Program (HDAP)	Schrafft's Center, 529 Main Street, Suite 301	Charlestown, MA 02129	1-800-228-2714 TTY: 711	https://crine.org/hdap/
Michigan	Michigan HIV/AIDS Drug Assistance Program (MIDAP)	109 Michigan Avenue, 9th Floor	Lansing, MI 48913	1-888-826-6565 TTY: 711	https://www.michigan.gov/mdhhs/keep-mi-healthy/chronicdiseases/hivsti/michigan-drug-assistance-program
Minnesota	Minnesota HIV/AIDS Program Department of Human Services	HIV/AIDS Programs Department of Human Services, P.O. Box 64972	St. Paul, MN 55164-0972	1-800-657-3761 TTY: 711 o 1-800-627-3529	https://mn.gov/dhs/people-we-serve/adults/health-care/hiv-aids/programs-services/medications.jsp
Mississippi	Mississippi AIDS Drug Assistance Program	570 E. Woodrow Wilson Drive	Jackson, MS 39216	1-888-343-7373 TTY: 711	https://msdh.ms.gov/msdhsite/static/14,13047,150.html

Anexo

Estados	Agencia de ADAP	Dirección	Ciudad, Estado, Código postal	Número de teléfono o TTY	Dirección Web
Missouri	Missouri AIDS Drug Assistance Program	Bureau of HIV, STD, and Hepatitis Missouri Department of Health and Senior Services, P.O. Box 570	Jefferson City, MO 65102	1-573-751-6439 TTY: 711	https://health.mo.gov/living/healthconditions/communicable/hiv/aids/
Montana	Montana Ryan White HIV Care Program (Montana AIDS Drug Assistance Program, DPHHS)	Cogswell Building, Room C-211, 1400 Broadway	Helena, MT 59620	1-406-444-3565 TTY: 711	https://dphhs.mt.gov/publichealth/hivstd/treatment/mtryanwhiteprog
Nebraska	Nebraska AIDS Drug Assistance Program	P.O. Box 95044, 301 Centennial Mall South	Lincoln, NE 68509	1-402-559-4673 TTY: 711	https://adap.directory/nebraska
Nevada	Nevada AIDS Drug Assistance Program	Office of HIV/AIDS 4126 Technology Way, Suite 200	Carson City, NV 89706	1-775-684-5928 TTY: 711	http://dphh.nv.gov/Programs/HIV-Ryan/Ryan_White_Part_B_-_Home/
New Hampshire	New Hampshire Department of Health & Human Services	New Hampshire Department of Health and Human Services 129 Pleasant Street	Concord, NH 03301-3852	1-800-852-3345 TTY ext. 4502: 1-800-735-2964	https://www.dhhs.nh.gov/

Anexo

Estados	Agencia de ADAP	Dirección	Ciudad, Estado, Código postal	Número de teléfono o TTY	Dirección Web
New Jersey	New Jersey Department of Health	P.O. Box 360	Trenton, NJ 08625-0360	1-800-624-2377 TTY: 711	https://www.nj.gov/health/hivstdtb/hiv-aids/medications.shtml
New Mexico	New Mexico Department of Health HIV/AIDS Services Program	1190 St. Francis Drive, Suite S1200	Santa Fe, NM 87502	1-505-476-3628 TTY: 711	https://www.nmhealth.org/about/pd/idb/hats/
New York	New York HIV Uninsured Care Programs	Empire Station, P.O. Box 2052	Albany, NY 12220-0052	1-800-542-2437 TTY: 1-518-459-0121	https://www.health.ny.gov/diseases/aids/general/resources/adap/
North Carolina	North Carolina Department of Health and Human Services	Communicable Disease Branch, Epidemiology Section Division of Public Health, N.C. Dept of Health and Human Services 1902 Mail Service Center	Raleigh, NC 27699-1902	1-919-733-3419 TTY: 711	https://epi.dph.ncdhhs.gov/cd/hiv/hmap.html
North Dakota	North Dakota Department of Health HIV/AIDS Program	North Dakota Department of Health Division of Disease Control, 2635 East Main Ave	Bismarck, ND 58505	1-800-472-2180 TTY: 711	https://www.ndhealth.gov/hiv/RyanWhite/

Anexo

Estados	Agencia de ADAP	Dirección	Ciudad, Estado, Código postal	Número de teléfono o TTY	Dirección Web
Ohio	Ohio AIDS Drug Assistance Program	246 N. High Street	Columbus, OH 43215	1-614-995-5599 TTY: 711	https://odh.ohio.gov/know-our-programs/Ryan-White-Part-B-HIV-Client-Services/AIDS-Drug-Assistance-Program/
Oklahoma	Oklahoma AIDS Drug Assistance Program	1000 NE Tenth y Stonewall, Mail Drop 0308	Oklahoma City, OK 73117-1299	405-271-4000 TTY: 711	https://adap.directory/oklahoma
Oregon	Oregon CAREAssist Program	800 NE Oregon Street, Suite 1105	Portland, OR 97232	1-971-673-0144 TTY: 711	https://www.oregon.gov/oha/ph/DiseasesConditions/HIVSTDViralHepatitis/HIVCareTreatment/CAREAssist/Pages/index.aspx
Pennsylvania	Pennsylvania Department of Health	Pennsylvania Department of Health, Special Pharmaceutical Benefits Program, P.O. Box 8808	Harrisburg, PA 17105-8808	1-800-922-9384 TTY: 711	https://www.health.pa.gov/topics/programs/HIV/Pages/Special-Pharmaceutical-Benefits.aspx
Rhode Island	Rhode Island Aids Drug Assistance Program	3 Capitol Hill	Providence, RI 02908	1-401-222-5960 TTY: 711	https://health.ri.gov/diseases/hiv/aids/about/staying-healthy/

Anexo

Estados	Agencia de ADAP	Dirección	Ciudad, Estado, Código postal	Número de teléfono o TTY	Dirección Web
South Carolina	South Carolina AIDS Drug Assistance Program	2600 Bull Street	Columbia, SC 29201	1-800-322-2437 TTY: 711	https://scdhec.gov/aids-drug-assistance-program
South Dakota	Ryan White Part B CARE Program, South Dakota Department of Health	615 E., 4th Street	Pierre, SD 57501-1700	1-800-592-1861 TTY: 711	https://doh.sd.gov/topics/diseases/infectious/reportable-communicable-diseases/hivaids/ryan-white-part-b-program/
Tennessee	Tennessee HIV Drug Assistance Program (HDAP)	Tennessee Department of Health HIV/STD Program Administrative Offices: 4th Floor, Andrew Johnson Tower, 710 James Robertson Pkwy	Nashville, TN 37243	1-800-525-2437 TTY: 711	https://adap.directory/tennessee

Anexo

Estados	Agencia de ADAP	Dirección	Ciudad, Estado, Código postal	Número de teléfono o TTY	Dirección Web
Texas	Texas HIV/STD Medication Program (THMP)	Texas HIV Medication Program ATTN: MSJA, MC 1873, Post Office Box 149347	Austin, TX 78714-9347	1-800-255-1090 TTY: 711	https://www.dshs.state.tx.us/hivstd/meds/default.shtm
Utah	Utah AIDS Drug Assistance Program	288 North 1460 West, P.O. Box 142104	Salt Lake City, UT 84114-2104	1-801-538-6191 TTY: 711	https://adap.directory/utah
Vermont	Vermont Medication Assistance Program (VMAP)	AIDS Medication Assistance Program, 108 Cherry Street	Burlington, VT 05402-0070	1-800-464-4343 TTY: 711	https://www.healthvermont.gov/disease-control/hiv/hiv-care
Virginia	Virginia Department of Health (VDH) AIDS Drug Assistance Program	Virginia Department of Health, HCS Unit, 1 st Floor James Madison Building, 109 Governor Street	Richmond, VA 23219	1-855-362-0658 TTY: 711	https://www.vdh.virginia.gov/disease-prevention/vmap/
Washington	Washington State's AIDS Drug Assistance	P.O. Box 47841	Olympia, WA, 98504-7841	1-877-376-9316 TTY: 711	https://www.doh.wa.gov/YouandYourFamily/IllnessandDisease/HIV/ClientServices/APandEIP

Anexo

Estados	Agencia de ADAP	Dirección	Ciudad, Estado, Código postal	Número de teléfono o TTY	Dirección Web
West Virginia	West Virginia AIDS Drug Assistance Program	350 Capitol Street, Room 125	Charleston, WV 25301	1-800-642-8244 TTY: 711	https://oeps.wv.gov/rwp/pages/default.aspx
Wisconsin	Wisconsin AIDS/ HIV Drug Assistance Program	1 West Wilson Street	Madison, WI 53703	1-608-266-1865 TTY: 711 o 1-800-947-3529	https://www.dhs.wisconsin.gov/hiv/adap.htm
Wyoming	Wyoming Department of Health AIDS Drug Assistance Program	401 Hathaway Building	Cheyenne, WY 82002	1-307-777-5856 TTY: 711	https://health.wyo.gov/publichealth/communicable-disease-unit/hiv-treatment-program/hiv-treatment-resources-for-patients/

Servicio al Cliente de UT CARE Medicare (PPO)

Método	Servicio al Cliente: Información de Contacto
LLAME AL	1-877-842-7562 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama entre el 1.º de abril y el 30 de septiembre, se usarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días feriados. Servicio al Cliente también tiene servicios gratuitos de interpretación de idiomas para las personas que no hablan inglés (English).
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama entre el 1.º de abril y el 30 de septiembre, se usarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días feriados.
ESCRÍBANOS	Customer Service P.O. Box 4555 Scranton, PA 18505

Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) es un programa estatal con fondos del Gobierno federal que ofrece asesoría local gratuita sobre seguros médicos a personas que tienen cobertura de Medicare.

Puede encontrar la información de contacto del Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) que corresponde a su estado en el apéndice al dorso de este documento.

Declaración de Divulgación PRA Según la Ley de Reducción de Papeles (PRA, en inglés) 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 tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escríbanos a la siguiente dirección: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.