Capítulo 3: Cómo usar la cobertura del plan para su cuidado de salud y otros servicios cubiertos

Introducción

Este capítulo contiene términos específicos y reglas que usted debe saber para obtener cuidado de salud y otros servicios cubiertos con <plan name>. También le proporciona información sobre su coordinador de cuidado de salud [Plans should replace the terms “care coordinator” with the term they use], cómo obtener cuidado de diferentes tipos de proveedores y en qué circunstancias especiales (incluso de proveedores o farmacias fuera de la red), qué hacer cuando le cobran directamente los servicios cubiertos por nuestro plan y las reglas de propiedad del equipo médico duradero (DME). Los términos clave y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

[Plans should refer members to other parts of the handbook using the appropriate chapter number and section. For example, "refer to Chapter 9, Section A." An instruction [plans may insert reference, as applicable] is listed next to each cross reference throughout the handbook.]

[*Plans must update the Table of Contents to this document to accurately reflect where the information is found on each page after plan adds plan-customized information to this template*.]

Tabla de contenidos

[A. Información sobre “servicios”, “servicios cubiertos”, “proveedores” y “proveedores de la red” 4](#_Toc169619311)

[B. Reglas para obtener cuidado de salud, servicios de salud del comportamiento y servicios y respaldos a largo plazo (LTSS) cubiertos por el plan 4](#_Toc169619312)

[C. Información sobre su coordinador de cuidado de salud 6](#_Toc169619313)

[C1. Qué es un coordinador de cuidado de salud 6](#_Toc169619314)

[C2. Cómo contactar con su coordinador de cuidado de salud 6](#_Toc169619315)

[C3. Cómo cambiar a su coordinador de cuidado de salud 6](#_Toc169619316)

[D. Cuidados de proveedores de cuidado primario, de especialistas y de otros proveedores de la red y fuera de la red 6](#_Toc169619317)

[D1. Cuidado de un proveedor de cuidado primario 6](#_Toc169619318)

[D2. Cuidados de especialistas y de otros proveedores de la red 8](#_Toc169619319)

[D3. Qué hacer cuando un proveedor de la red abandona nuestro plan 9](#_Toc169619320)

[D4. Cómo obtener cuidado de proveedores fuera de la red 10](#_Toc169619321)

[E. Cómo recibir servicios y respaldos a largo plazo (LTSS) 10](#_Toc169619322)

[F. Cómo obtener servicios de salud del comportamiento 10](#_Toc169619323)

[G. [If applicable plans should add: Cómo obtener cuidados autodirigidos] 10](#_Toc169619324)

[G1. Qué son los cuidados autodirigidos 11](#_Toc169619325)

[G2. Quién puede obtener cuidados autodirigidos (por ejemplo, si su prestación está restringida a grupos con excepciones) 11](#_Toc169619326)

[G3. Cómo obtener ayuda en la contratación de proveedores de cuidado primario (si es aplicable) 11](#_Toc169619327)

[H. Cómo obtener servicios de transporte 11](#_Toc169619328)

[I. Cómo obtener servicios cubiertos si tiene una emergencia médica o requiere atención médica urgente, o durante una situación de desastre 11](#_Toc169619329)

[I1. Cuidados en caso de emergencia médica 11](#_Toc169619330)

[I2. Cuidado necesario de urgencia 13](#_Toc169619331)

[I3. Cuidado en situaciones de desastre 13](#_Toc169619332)

[J. Qué hacer si le facturan los servicios cubiertos por nuestro plan directamente a usted 14](#_Toc169619333)

[J1. Qué hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan 14](#_Toc169619334)

[K. Cobertura de servicios de cuidado de salud cuando usted está participando en un estudio de investigación clínica 15](#_Toc169619335)

[K1. Definición de estudio de investigación clínica 15](#_Toc169619336)

[K2. Pago de servicios cuando usted participa en un estudio de investigación clínica 16](#_Toc169619337)

[K3. Más información sobre estudios de investigación clínica 16](#_Toc169619338)

[L. Cobertura de sus servicios de salud cuando usted obtiene cuidados en una institución religiosa no médica de cuidados de salud 16](#_Toc169619339)

[L1. Definición de institución religiosa no médica de cuidados de salud 16](#_Toc169619340)

[L2. Qué hacer para ser atendido en una institución religiosa no médica de cuidados de salud 17](#_Toc169619341)

[M. Equipo médico duradero (DME) 17](#_Toc169619342)

[M1. DME como miembro de nuestro plan 17](#_Toc169619343)

[M2. Derechos de propiedad sobre el DME al cambiar a Medicare Original o Medicare Advantage 18](#_Toc169619344)

[M3. Equipos de oxígeno: beneficios a los que tiene derecho como miembro de nuestro plan 19](#_Toc169619345)

[M4. Equipos de oxígeno: qué sucede si usted cambia a Medicare Original o a Medicare Advantage 19](#_Toc169619346)

# Información sobre “servicios”, “servicios cubiertos”, “proveedores” y “proveedores de la red”

El término “servicios” incluye, entre otros, la prestación de cuidados médicos, servicios y respaldos a largo plazo, suministros médicos, medicamentos de receta, medicamentos de venta sin receta médica y equipo médico. Los servicios cubiertos son cualquiera de estos servicios por los cuales paga nuestro plan. Los cuidados de salud y los servicios y respaldos a largo plazo cubiertos por este plan se muestran en la Tabla de beneficios del Capítulo 4 [plans may insert reference, as applicable].

El término “proveedores” hace referencia a los médicos, enfermeros, especialistas y otras personas que le prestan servicios y cuidado. El término “proveedores” también incluye hospitales, agencias de cuidado de la salud en el hogar, clínicas y otros lugares que ofrecen servicios de cuidado de salud, equipo médico y servicios y respaldos a largo plazo.

Los “proveedores de la red” son aquellos proveedores que trabajan con el plan de salud. Estos proveedores han acordado aceptar nuestro pago [insert if plan has cost sharing: y la cantidad de su costo compartido] como pago total. [Plans may delete the next sentence if it is not applicable.] Los proveedores de la red nos facturan directamente a nosotros el cuidado que le proporcionan a usted. Cuando usted acuda a un proveedor de la red, generalmente pagará [insert as applicable: nada **or** solamente su parte del costo] por los servicios cubiertos.

# Reglas para obtener cuidado de salud, servicios de salud del comportamiento y servicios y respaldos a largo plazo (LTSS) cubiertos por el plan

<Plan name> cubre todos los servicios cubiertos por Medicare y Medicaid. Esto incluye servicios médicos, servicios de salud del comportamiento y servicios y respaldos a largo plazo.

<Plan name> pagará generalmente el costo del cuidado de salud y los servicios que usted reciba si sigue las reglas del plan indicadas a continuación. Para estar cubierto por nuestro plan:

* El cuidado que reciba debe ser un **beneficio del plan**. Esto significa que debe estar incluido en la Tabla de beneficios del plan. (La tabla está en el Capítulo 4 [plans may insert reference, as applicable] de este manual).
* El cuidado debe ser **médicamente necesario**.“Médicamente necesario” significa que es razonable que usted necesite los servicios para prevenir, diagnosticar o tratar su afección médica o mantener su estado de salud actual. Esto incluye cuidados orientados a evitar que usted sea internado en un hospital o en un hogar para personas de la tercera edad, así como aquellos servicios, suministros, equipos o medicamentos que cumplan con los estándares aceptados por la práctica médica o que sean necesarios de otro modo según las reglas de cobertura actuales de Medicare o Illinois Medicaid. [*Plans may revise the state-specific definition of “medically necessary” as appropriate and ensure that it is updated and used consistently throughout member material models.*]
* [Plans may omit or edit the PCP-related bullets as necessary, including modifying the name of the PCP.] Un **proveedor de cuidado primario (PCP)** de la red debe haber solicitado previamente el cuidado o haberle dicho que acuda a otro doctor. Como miembro del plan, usted deberá escoger su PCP entre los proveedores de la red.
* En la mayoría de los casos, [insert as applicable: su PCP de la red **or** nuestro plan] deberá dar previamente su aprobación para que usted pueda acudir a otro profesional o utilizar otros proveedores de la red del plan. Es lo que se conoce como un **referido**. Si usted no obtiene la aprobación, <plan name> podría no cubrir los servicios. Usted no necesita un referido para acudir a ciertos especialistas, como, por ejemplo, los especialistas en salud de la mujer. Para obtener más información sobre los referidos, consulte la sección <section number>.
* Usted no necesitará un referido de su PCP para recibir cuidado de emergencia o cuidado necesario de urgencia, o para acudir a un proveedor de cuidado de salud de la mujer. Usted podrá obtener otras clases de cuidados sin necesidad de un referido de su PCP. Para obtener más información al respecto, consulte la sección <section letter>.
* Para obtener más información sobre cómo elegir un PCP, consulte la sección <section letter>.
* **NOTA:** Si esta es su primera vez en un plan de Medicare-Medicaid, usted podrá seguir acudiendo, sin costo alguno, a sus proveedores actuales durante los primeros 180 días con nuestro plan aunque no formen parte de nuestra red. Si cambió a <plan name> desde un plan de Medicare-Medicaid diferente, usted podrá seguir acudiendo, sin costo alguno, a sus proveedores actuales durante los primeros 90 días con nuestro plan aunque no formen parte de nuestra red. Durante la transición, nuestro coordinador de cuidado de salud se pondrá en contacto con usted para ayudarlo a encontrar proveedores en nuestra red. Pasado ese plazo, ya no cubriremos su cuidado de salud si continúa acudiendo a proveedores fuera de la red.
* **Usted debe recibir el cuidado de su salud de proveedores de la red.** Por lo general, el plan no cubrirá cuidados de proveedores que no trabajen con el plan de salud. A continuación le mostramos algunos casos en los que esta regla no se aplica:
* El plan cubre cuidado de emergencia o cuidado necesario de urgencia de proveedores fuera de la red. Para obtener más información sobre lo que se considera emergencia o cuidado necesario de urgencia, consulte la Sección I.
* Si necesita cuidado cubierto por nuestro plan y los proveedores de nuestra red no se lo pueden dar, podrá obtener el cuidado de proveedores fuera de la red. [Plans may specify whether authorization should be obtained from the plan prior to seeking care.] En este caso, cubriremos el cuidado [insert as applicable: como si lo hubiera recibido de un proveedor de la red **or** sin ningún costo para usted]. Para obtener información sobre cómo conseguir la aprobación para acudir a un proveedor fuera de la red, consulte la Sección D.
* El plan cubre servicios de diálisis cuando esté fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor de este servicio no esté disponible o accesible durante un tiempo corto. Usted podrá obtener esos servicios en una institución para diálisis certificada por Medicare. [Insert as applicable: El costo compartido que usted pague por servicios de diálisis no deberá superar nunca el costo compartido en Medicare Original. Si usted se encuentra fuera del área de servicio del plan y obtiene los servicios de diálisis de un proveedor fuera de la red del plan, su costo compartido no podrá superar el costo compartido que usted paga dentro de la red. No obstante, si su proveedor de diálisis habitual dentro de la red no está disponible temporalmente y usted decide obtener dichos servicios de un proveedor fuera de la red dentro del área de servicio, el costo compartido para los servicios de diálisis podría ser mayor].
* Al unirse al plan, usted podrá seguir acudiendo a sus proveedores actuales durante [plans should discuss the state’s continuity of care requirement].
* [Plans should add additional exceptions as appropriate.]

# Información sobre su coordinador de cuidado de salud

[Plans should provide applicable information about care coordination, including explanations for the following subsections. Plans should replace the terms “care coordinator” and “care team” with terms they use.]

## **C1. Qué es un coordinador de cuidado de salud**

## **C2. Cómo contactar con su coordinador de cuidado de salud**

## **C3. Cómo cambiar a su coordinador de cuidado de salud**

# Cuidados de proveedores de cuidado primario, de especialistas y de otros proveedores de la red y fuera de la red

## **D1. Cuidado de un proveedor de cuidado primario**

Usted debe elegir un proveedor de cuidado primario (PCP) que se encargue de gestionar y proporcionarle cuidado.

**Definición de “PCP” y lo que un PCP hace por usted**

[Plans should describe the following in the context of their plans:

Qué es un PCP

¿Qué tipo de proveedores pueden actuar como PCP? [If a State allows specialists to act as a PCP, plans must inform members of this and under what circumstances a specialist may be a PCP.]

Funciones de un PCP:

* coordinar los servicios cubiertos
* decidir sobre la obtención de autorización previa (PA) u obtener dicha autorización, si es aplicable

Cuándo puede una clínica ser su proveedor de cuidado primario (RHC/FQHC)]

**Cómo elegir un PCP**

[Plans must describe how to choose a PCP.]

**Posibilidad de cambiar de PCP**

Usted puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento durante el año. También es posible que su PCP se retire de la red de nuestro plan. Nosotros podemos ayudarlo a encontrar un nuevo PCP si el que tiene actualmente abandona nuestra red.

[Plans should describe how to change a PCP, when that change will take effect, (e.g., on the first day of the month following the date of the request, immediately upon receipt of the request, etc.), and how the member will know if their PCP leaves the plan’s network.]

**Servicios que puede obtener sin recibir aprobación previa de su PCP**

[**Note:** Insert this section only if plans use PCPs or require referrals to network providers.]

En la mayoría de los casos, usted necesitará la autorización de su PCP antes de poder acudir a otros proveedores. Esta autorización se denomina referido.Usted podrá obtener los siguientes servicios sin la autorización previa de su PCP:

* Servicios de emergencia de proveedores de la red y fuera de la red.
* Cuidado necesario de urgencia de proveedores de la red.

Cuidado necesario de urgencia de proveedores fuera de la red cuando no le sea posible acceder a un proveedor de la red (por ejemplo, si está fuera del área de servicio de la red).

NOTA: Los servicios deben ser médicamente necesarios y deben necesitarse de manera inmediata.

* Servicios de diálisis renal en una institución de diálisis certificada por Medicare cuando usted se encuentre fuera del área de servicio del plan. (Llame a Servicios al miembro antes de salir del área de servicio. Podemos ayudarle a recibir diálisis mientras esté fuera de la red.)
* Vacunas contra la gripe y la COVID-19 [insert if applicable: así como vacunas contra la hepatitis B y vacunas contra la neumonía] [insert if applicable: siempre que las obtenga de un proveedor de la red].
* Cuidado de salud de rutina para mujeres y servicios de planificación familiar. Esto incluye exámenes de seno, mamografías (radiografías de los senos), exámenes de Papanicolaou y exámenes del cuello del útero [insert if applicable: siempre que los obtenga de un proveedor de la red].
* Además, si usted cumple los requisitos para recibir servicios de proveedores de salud indígenas, usted podrá consultar a estos proveedores sin necesidad de un referido.

[Plans should add additional bullets consistently formatted like the rest of this section as appropriate.]

## **D2. Cuidados de especialistas y de otros proveedores de la red**

Un especialista es un médico que proporciona cuidado de salud para una enfermedad en particular o parte del cuerpo específica. Existen muchos tipos de especialistas. Por ejemplo:

* Los oncólogos tratan a pacientes con cáncer.
* Los cardiólogos tratan a pacientes con problemas del corazón.
* Los ortopedistas tratan a pacientes con problemas en los huesos, las articulaciones o los músculos.

[Plans should describe how members access specialists and other network providers, including:

La función del PCP (si la tiene) a la hora de referir a los miembros a especialistas y otros proveedores

El proceso para obtener una PA [Plans explain that PA means that the member must get approval from the plan before getting a specific service or drug or using an out-of-network provider and including information about which plan entity makes the PA (e.g., Medical Director, the PCP, or another entity).]

El responsable de obtener la PA [Plans explain, for example, if it is the PCP or the member and refer members to the Benefits Chart in Chapter 4 [plans may insert reference, as applicable] para información sobre los servicios que requieren PA.]

Si el hecho de elegir un PCP en concreto significa que usted solo tendrá acceso al grupo de especialistas u hospitales a los que ese PCP refiere [For example, plans include information about subnetworks or referral circles.]]

## **D3. Qué hacer cuando un proveedor de la red abandona nuestro plan**

Puede ocurrir que un proveedor de la red que usted esté usando se retire de nuestro plan.

* Si un proveedor de la red que usted está usando se retira de nuestro plan, nosotros [Plans should describe how the member will be notified if a network provider they are using leaves the plan].
* Si su proveedor abandona la red del plan, otorgaremos un período de transición de 90 días a partir de la fecha de notificación si usted tiene un tratamiento en curso o si está en su tercer trimestre de embarazo, inclusive el cuidado de posparto.

Si alguno de sus proveedores abandona nuestro plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que resumimos a continuación:

* Si bien nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, estamos obligados a darle acceso ininterrumpido a proveedores calificados.
* Haremos todo lo posible para avisarle con al menos 60 días de antelación, para que usted tenga tiempo de seleccionar un proveedor nuevo.
  + Si su proveedor de cuidado primario o proveedor de servicios de salud del comportamiento abandona el plan, se lo notificaremos en caso de que haya recibido servicios de dicho proveedor dentro de los últimos tres años.
  + Si alguno de sus otros proveedores abandona el plan, se lo notificaremos si tiene asignado a ese proveedor, si está recibiendo cuidados de parte del mismo o si ha recibido asistencia del mismo en los últimos tres meses.
* Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado para continuar administrando sus necesidades de cuidados de salud.
* Si está recibiendo tratamiento médico, usted tiene derecho a pedir que ese tratamiento médicamente necesario no sea interrumpido. Nosotros trabajaremos con usted para garantizar la continuidad del tratamiento que necesita.
* Le brindaremos información sobre los diferentes períodos de inscripción disponibles y las opciones para cambiar de plan.
* Si no podemos encontrar un especialista certificado en la red que sea accesible para usted, deberemos buscar un especialista fuera de la red para que se le preste el cuidado que necesita, en caso de que no haya un proveedor o beneficio de la red disponible o adecuado a sus necesidades médicas. [*Plans should indicate if prior authorization is needed.*]
* Si cree que el nuevo proveedor que le hemos asignado no está calificado o que su cuidado no está siendo administrado apropiadamente, usted tiene derecho a presentar una apelación. Consulte el Capítulo 9 [plans may insert a reference, as applicable] para más información sobre cómo apelar.

Si se entera de que alguno de sus proveedores va a abandonar nuestro plan, póngase en contacto con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un proveedor nuevo y a administrar su cuidado. [Plans should provide contact information for assistance.]

## **D4. Cómo obtener cuidado de proveedores fuera de la red**

[Plans should tell members under what circumstances they may obtain services from out-of-network providers (e.g., when providers of specialized services are not available in network). Include Medicaid out-of-network requirements. Describe the process for getting authorization, including who is responsible for getting it.]

Si acudea un proveedor fuera de la red, dicho proveedor deberá cumplir los requisitos para poder participar en Medicare o Medicaid.

* No podemos pagar a proveedores que no cumplan los requisitos para participar en Medicare o Medicaid.
* Si acude a un proveedor que no cumple los requisitos para participar en Medicare, usted deberá pagar el costo total de los servicios que reciba.
* Los propios proveedores deberán decirle si cumplen o no los requisitos para participar en Medicare.
* Para recibir pagos por cualquier servicio de Medicaid que le proporcione a usted, el proveedor debe estar inscrito como un proveedor de Illinois Medicaid.

# Cómo recibir servicios y respaldos a largo plazo (LTSS)

[Plans should provide applicable information about getting LTSS.]

# Cómo obtener servicios de salud del comportamiento

[Plans should provide applicable information about getting behavioral health services.]

# G. [If applicable plans should add: Cómo obtener cuidados autodirigidos]

[Plans should provide applicable information about getting self-directed care including the following subsections.]

## G1. Qué son los cuidados autodirigidos

## G2. Quién puede obtener cuidados autodirigidos (por ejemplo, si su prestación está restringida a grupos con excepciones)

## G3. Cómo obtener ayuda en la contratación de proveedores de cuidado primario (si es aplicable)

# Cómo obtener servicios de transporte

[Plans should provide applicable information about getting transportation services.]

# Cómo obtener servicios cubiertos si tiene una emergencia médica o requiere atención médica urgente, o durante una situación de desastre

## **I1. Cuidados en caso de emergencia médica**

**Definición de emergencia médica**

Se considera emergencia médica cualquier problema de salud con síntomas tales como dolor agudo o lesiones graves, o cuya gravedad sea tal que si usted no recibe cuidado médico inmediato, usted o cualquier otra persona con unos conocimientos médicos o de salud medios podría esperar que derivase en:

* riesgos graves para su salud o la del feto; **o**
* daños graves a las funciones corporales; **o**
* disfunción grave en cualquier órgano o parte del cuerpo; **o**
* en el caso de ser una mujer embarazada en trabajo de parto, cuando:
* no hay tiempo suficiente para trasladarla sin peligro a otro hospital antes de que dé a luz.
* un traslado a otro hospital puede suponer una amenaza para su salud o seguridad o la del feto.

**Qué hacer en caso de emergencia médica**

Si tiene usted una emergencia médica:

* **Pida ayuda lo antes posible.** Llame al 911 o acuda a la sala de emergencias o al hospital más cercano. Llame para pedir una ambulancia, si la necesita. Usted *no* necesita obtener primero una aprobación o un referido de su PCP. No es obligatorio que utilice un proveedor de la red. Usted puede obtener cuidado médico de emergencia siempre que lo necesite en cualquier lugar de los EE. UU. o sus territorios [Insert as applicable: o en cualquier parte del mundo] de cualquier proveedor con la debida licencia del estado.
* [Plans add if applicable: **Lo más pronto posible, comunique a su plan sobre su emergencia.** Tenemos que hacer el seguimiento del cuidado de emergencia que reciba. Usted o alguien más [plans may replace “someone else” with “your care coordinator” or other applicable term] deberá llamar para informarnos de su cuidado de emergencia, por lo general, en un plazo máximo de 48 horas. No obstante, usted no tendrá que pagar por los servicios de emergencia aunque hubiéramos sido informados fuera de plazo.] [Plans must either provide the phone toll-free number and days and hours of operation or explain where to find the number (e.g., on the back of the plan’s Member ID Card).]

**Servicios cubiertos en una emergencia médica**

[Plans must include language emphasizing that Medicare and Medicaid do not provide coverage for emergency medical care outside the United States and its territories.]

Si necesita una ambulancia para ir a la sala de emergencias, nuestro plan cubre este servicio. También cubrimos los servicios médicos recibidos durante la emergencia. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4 [plans may insert reference, as applicable].

Los proveedores que proporcionen cuidado de emergencia decidirán cuándo se ha estabilizado y ha terminado su emergencia médica. Continuarán tratándole y se pondrán en contacto con nosotros para la correspondiente planificación en caso de que necesite cuidados complementarios para ponerse mejor. [Plans may modify this paragraph as needed to address their post-stabilization care.] Nuestro plan cubre sus cuidados complementarios. Si obtiene cuidado de emergencia de proveedores fuera de la red, trataremos de conseguir proveedores de la red para que se hagan cargo de su cuidado lo antes posible.

**Qué hacer en caso de una emergencia de salud del comportamiento**

[Plans should provide applicable information about getting behavioral health emergency services.]

**Qué ocurre si recibe** **cuidado de emergencia cuando no es realmente una emergencia**

A veces es difícil saber si se tiene una emergencia médica o de salud del comportamiento. Usted podría solicitar cuidado de emergencia, pero el médico podría decir que realmente no era una emergencia médica. Si es razonable que usted haya creído que su salud corría un grave peligro, cubriremos el cuidado de emergencia.

No obstante, si el médico dice que no era una emergencia, *solo* cubriremos el cuidado adicional si:

* usted utiliza a un proveedor de la red **o**

el cuidado adicional que reciba es considerado “cuidado necesario de urgencia” y usted sigue las reglas para obtener ese cuidado. (Consulte la siguiente sección).

## **I2. Cuidado necesario de urgencia**

**Definición de cuidado necesario de urgencia**

El cuidado necesario de urgencia es el cuidado que se recibe para tratar una situación que, a pesar de no ser una emergencia, requiere atención inmediata. Por ejemplo, si se agudiza una enfermedad o si se ve afectado por una enfermedad o una lesión inesperadas

**Cuidado necesario de urgencia cuando se encuentra en el área de servicio del plan**

En la mayoría de los casos, *solo* cubriremos el cuidado necesario de urgencia si:

* recibe este cuidado de salud de proveedores de la red **y**

sigue las otras reglas descritas en este capítulo.

No obstante, si no fuera posible o razonable acceder a un proveedor de la red, debido al tiempo, el lugar o las circunstancias, cubriremos el cuidado necesario de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red.

[Plans must insert instructions for how to access urgently needed services (e.g., using urgent care centers, a provider hotline, etc.).]

**Cuidado necesario de urgencia cuando se encuentra fuera del área de servicio del plan**

Cuando se encuentre fuera del área de servicio del plan, puede que no le sea posible acceder a proveedores de la red. En ese caso, nuestro plan cubrirá el cuidado necesario de urgencia que usted reciba de cualquier proveedor.

[*Insert if applicable:* Nuestro plan no cubre cuidados necesarios de urgencia ni ningún otro cuidado [insert if plan covers emergency care outside of the United States *and its territories:* que no sea de emergencia] que obtenga fuera de los Estados Unidos.

[Plans with *world-wide emergency/urgent coverage* as a supplemental benefit, modify this section.]

## **I3. Cuidado en situaciones de desastre**

Si el gobernador de su estado, el secretario de U.S. Health and Human Services, o el presidente de los Estados Unidos declaran el estado de desastre o de emergencia en su área geográfica, usted tiene derecho a recibir cuidado de <plan name>.

Visite nuestro sitio web para informarse sobre cómo obtener cuidados de salud durante una situación de desastre declarada: <URL>. [*In accordance with 42 CFR 422.100(m), plans are required to include on their web page, at a minimum, information about coverage of benefits at non-contracted facilities at network cost sharing without required PA; terms and conditions of payment for non-contracted providers; and each declared disaster’s start and end dates.*]

En situaciones de desastre declaradas, si no puede acceder a un proveedor de la red, le permitiremos que reciba cuidados de proveedores fuera de la red [*insert as applicable:* abonando la cuota de costo compartido dentro de la red ***or*** sin costo para usted].Si no puede acceder a una farmacia de la red durante una situación de desastre declarada, usted podrá surtir sus medicamentos de receta en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5 [*plans may insert reference, as applicable*] para obtener más información.

# Qué hacer si le facturan los servicios cubiertos por nuestro plan directamente a usted

Si un proveedor le envía a usted una factura en lugar de enviarla al plan, usted puede pedirnos que paguemos [plans with cost sharing, insert: nuestra parte de] la factura.

**No debe pagar la factura, Si lo hace, es posible que el plan no pueda reembolsarle el pago.**

[Insert as applicable: Si ha pagado por servicios cubiertos **or** Si ha pagado más de lo que le corresponde por servicios cubiertos] o si le han facturado [plans with cost sharing, insert: el costo total de] servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 [plans may insert reference, as applicable] para saber qué hacer.

## **J1. Qué hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan**

<Plan name> cubre todos los servicios:

* que sean médicamente necesarios, **y**
* que aparezcan en la Tabla de beneficios del plan (consulte el Capítulo 4 [plans may insert reference, as applicable]), **y**

que usted reciba siguiendo las reglas del plan.

Si usted obtiene servicios no cubiertos por nuestro plan, **tendrá que pagar el costo total usted mismo**.

Si quiere saber si pagaremos algún servicio o cuidado médico, tiene derecho a preguntarnos. Si decidimos que no pagaremos esos servicios, usted tiene derecho a apelar nuestra decisión.

El Capítulo 9 [plans may insert reference, as applicable] explica qué hacer si desea que el plan cubra un servicio o artículo médico que normalmente no está incluido. Asimismo, le informa sobre cómo apelar una decisión de cobertura del plan. Si necesita más información al respecto, también puede llamar a Servicios al miembro.

Pagaremos algunos servicios hasta cierto límite. Si sobrepasa ese límite, usted tendrá que pagar el costo total para obtener más servicios de ese tipo. Llame a Servicios al miembro para saber cuáles son los límites y si está cerca de alcanzarlos.

# Cobertura de servicios de cuidado de salud cuando usted está participando en un estudio de investigación clínica

## **K1. Definición de estudio de investigación clínica**

Un estudio de investigación clínica (conocido también como *ensayo clínico*) es una de las formas en que los médicos prueban nuevos tipos de cuidado de salud o medicamentos. Un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare normalmente solicita la participación de voluntarios en el estudio.

Una vez que Medicare [*plans that conduct or cover clinical trials that are not approved by Medicare, insert:* o nuestro plan] haya aprobado el estudio en el que usted desea participar, y usted haya expresado su interés en hacerlo, alguien que trabaje en dicho estudio se comunicará con usted. Esa persona le hablará del estudio y decidirá si usted cumple los requisitos necesarios para participar en él. Usted podrá participar en el estudio si cumple las condiciones necesarias. También debe entender y aceptar lo que tendrá que hacer en el estudio.

Mientras participe en el estudio, usted puede seguir inscrito en nuestro plan. De ese modo, podrá seguir obteniendo cuidados de nuestro plan que no estén relacionados con el estudio.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* necesita avisarnos ni obtener nuestra aprobación [*plans that do not use PCPs may delete the rest of this sentence*] ni la de su proveedor de cuidado primario. El proveedor que le brinde asistencia como parte de la investigación *no* necesariamente debe pertenecer a la red. Tenga en cuenta que estos casos no incluyen los beneficios por los cuales se responsabilizan nuestros planes, lo cual incluye exámenes clínicos o registros para evaluar el beneficio. No obstante, sí se incluyen beneficios especificados conforme a las resoluciones de cobertura nacional (requiere cobertura con desarrollo de evidencia (NCDs-CED) y excepciones de dispositivos en investigación (IDE), pero pueden estar sujetas a autorización previa y otras reglas del plan.

[*If applicable, plans should* insert brief text about approval for, and voluntary member participation in, any clinical research studies Medicaid or the plan offers.]

**Pero sí le pedimos que nos avise antes de empezar a participar en un estudio de investigación clínica.** Si usted tiene intención de participar en un estudio de investigación clínica, usted o su coordinador de cuidado de salud deberán ponerse en contacto con Servicios al miembro para informarnos de que usted va a tomar parte en un ensayo clínico.

## **K2. Pago de servicios cuando usted participa en un estudio de investigación clínica**

Si participa como voluntario en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, usted no pagará nada por los servicios cubiertos del estudio. Medicare será quien pague los servicios cubiertos del estudio, así como los costos de rutina asociados con su cuidado. Una vez se haya inscrito en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, usted tendrá cubiertos la mayoría de los artículos y servicios que obtenga como parte del estudio. Eso incluye lo siguiente:

* Alojamiento y comida por una estadía en el hospital, la que Medicare pagaría aunque usted no participara en un estudio.
* Una operación u otro procedimiento médico que sea parte del estudio de investigación.
* El tratamiento de todos los efectos secundarios y complicaciones del nuevo cuidado.

[*Plans that conduct or cover clinical trials that are not approved by Medicare insert:* Nosotros pagaremos todos los costos si usted participa como voluntario en un estudio de investigación clínica que Medicare no apruebe, pero que sea aprobado por nuestro plan.] Si usted forma parte de un estudio que Medicare [*plans that conduct or cover clinical trials that are not approved by Medicare, insert:* o nuestro plan] **no ha aprobado**, usted tendrá que pagar cualquier costo de su participación en el estudio.

[*If applicable, plans should describe Medicaid’s role in paying for clinical research studies.*]

## **K3. Más información** **sobre estudios de investigación clínica**

Para obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica, consulte “Medicare y Pruebas Clínicas” en el sitio web de Medicare ([es.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-S-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf](http://es.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-S-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf)). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), que está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

# Cobertura de sus servicios de salud cuando usted obtiene cuidados en una institución religiosa no médica de cuidados de salud

[If applicable, plans should revise this section as needed to describe Medicaid’s role in providing care in religious non-medical health care institutions.]

## **L1. Definición de institución religiosa no médica de cuidados de salud**

Una institución religiosa no médica de cuidados de salud es un lugar que proporciona cuidados que normalmente obtendría en un hospital o centro de enfermería especializada. Si recibir cuidado en un hospital o centro de enfermería especializada va en contra de sus creencias religiosas, entonces cubriremos el cuidado en una institución religiosa no médica de cuidados de salud.

Este beneficio solamente es aplicable a los servicios para pacientes hospitalizados de la Parte A de Medicare (servicios de cuidado de salud no médico).

## **L2. Qué hacer para ser atendido en una institución religiosa no médica de cuidados de salud**

Para recibir atención en una institución religiosa no médica de cuidados de salud, debe firmar un documento legal que diga que usted está en contra de recibir tratamiento médico “no excluido”.

* Tratamiento médico “no excluido” es cualquier cuidado de carácter *voluntario* y *no exigido* por la ley federal, estatal o local.

Tratamiento médico “excluido” es todo aquel cuidado que *no* sea voluntario y que *sea exigido* de conformidad con la ley federal, estatal o local.

Para que nuestro plan cubra el cuidado recibido en una institución religiosa no médica de cuidados de salud, dicho cuidado debe cumplir las siguientes condiciones:

* La institución que proporcione el cuidado debe estar certificada por Medicare.
* Los servicios cubiertos por nuestro plan se limitan a aspectos *no religiosos* del cuidado de salud.
* Si usted recibe servicios de esta institución y le son proporcionados en sus instalaciones, deberán cumplirse los requisitos siguientes:
* Usted debe tener una afección médica que le permita obtener servicios cubiertos para pacientes internados en un hospital o en un centro de enfermería especializada.
* [Omit this bullet if not applicable] Antes de ser internado en la institución, deberá obtener aprobación de nuestro plan. De lo contrario, su estadía no tendrá cobertura.

[Plans must explain whether Medicare Inpatient Hospital coverage limits apply (include a reference to the Benefits Chart in Chapter 4 [plans may insert reference, as applicable]) or whether there is unlimited coverage for this benefit.]

# Equipo médico duradero (DME)

## **M1. DME como miembro de nuestro plan**

El médico duradero (DME) incluye determinados artículos que puede solicitar un proveedor, tales como sillas de ruedas, muletas, camas motorizadas, suministros para diabéticos, camas de hospital pedidas por un proveedor para uso en el domicilio, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos de generación de voz, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Usted siempre será dueño de ciertos artículos, por ejemplo las prótesis.

En esta sección hablamos del equipo médico duradero que usted debe alquilar. Como miembro de <plan name>, [insert if the plan sometimes allows transfer of ownership to the member: por lo general] el equipo alquilado no pasará a ser de su propiedad, sin importar el tiempo que lo alquile.

[If the plan allows transfer of ownership of certain DME items to members, the plan must modify this section to explain the conditions under which and when the member can own specified DME.]

[If the plan sometimes allows transfer of ownership to the member for DME items other than prosthetics, insert: En determinadas situaciones, le cederemos la propiedad del equipo médico duradero. Llame a Servicios al miembro para informarse sobre los requisitos que debe cumplir y la documentación que debe proporcionar.]

Incluso si usted tuvo equipo médico duradero por 12 meses consecutivos con Medicare antes de inscribirse en nuestro plan, el equipo no pasará a ser de su propiedad.

[Plans should modify this section as necessary to explain any additional Medicaid coverage of DME.]

## **M2. Derechos de propiedad sobre el DME al cambiar a Medicare Original o Medicare Advantage**

En el programa Medicare Original, las personas que alquilan ciertos tipos de DME se convierten en propietarios del equipo alquilado después de 13 meses. El plan Medicare Advantage puede establecer el número de meses que las personas deben alquilar ciertos tipos de DME antes de que el equipo pase a ser de su propiedad.

**NOTA:** Consulte las definiciones de los planes de Medicare Original y Medicare Advantage en el Capítulo 12. También encontrará más información sobre estos planes en el manual *Medicare y Usted 2025*. Si no tiene una copia de este manual, puede conseguirla ingresando en el sitio web de Medicare ([es.medicare.gov](http://es.medicare.gov)) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Para poder ser propietario del equipo, usted deberá realizar 13 pagos consecutivos bajo el plan Medicare Original, o el número de pagos consecutivos establecido por el plan Medicare Advantage, si:

* usted no se convirtió en propietario del equipo médico duradero mientras estuvo en nuestro plan, **y**

usted se retira de nuestro plan y obtiene sus beneficios de Medicare a través de Medicare Original en lugar de un plan de salud.

Si efectuó los pagos del equipo médico duradero bajo Medicare Original o bajo un plan Medicare Advantage antes de inscribirse en nuestro plan, **los pagos realizados a Medicare Original o al plan Medicare Advantage no se descontarán de los 13 pagos que tenga que hacer después de dejar nuestro plan**.

* Para que el equipo pase a ser de su propiedad, usted tendrá que efectuar 13 nuevos pagos consecutivos bajo Medicare Original o el número de nuevos pagos consecutivos establecido por el plan Medicare Advantage.
* No se harán excepciones en este punto cuando usted vuelva a Medicare Original o a un plan Medicare Advantage.

## M3. Equipos de oxígeno: beneficios a los que tiene derecho como miembro de nuestro plan

Si usted reúne los requisitos para que Medicare cubra los equipos de oxígeno y es usted miembro de nuestro plan, tendrá derecho a los siguientes beneficios:

* alquiler de equipos de oxígeno
* suministro de oxígeno y contenidos de oxígeno
* tubos y accesorios para el suministro de oxígeno y contenidos de oxígeno
* mantenimiento y reparación del equipo de oxígeno

El equipo de oxígeno será devuelto cuando ya no sea médicamente necesario para usted o si usted abandona nuestro plan.

## M4. Equipos de oxígeno: qué sucede si usted cambia a Medicare Original o a Medicare Advantage

Si el equipo de oxígeno es médicamente necesario y **usted abandona nuestro plan para inscribirse en Medicare Original**, deberá alquilar el equipo a un proveedor durante 36 meses. El pago mensual del alquiler cubre el equipo de oxígeno y los suministros y servicios relacionados anteriormente.

Si, **transcurridos los 36 meses de alquiler**, el equipo de oxígeno sigue siendo médicamente necesario:

* su proveedor deberá facilitarle el equipo de oxígeno, así como los suministros y servicios, durante 24 meses más.
* su proveedor deberá facilitarle el equipo de oxígeno y los suministros durante un máximo de 5 años si fuera médicamente necesario.

Si, **transcurrido el período de 5 años**, el equipo de oxígeno es todavía médicamente necesario:

* su proveedor ya no podrá proporcionárselo y deberá decidir si obtener el equipo de repuesto de otro proveedor.
* dará comienzo un nuevo período de 5 años.
* se lo alquilará a un proveedor durante 36 meses.
* su proveedor deberá entonces facilitarle el equipo de oxígeno, así como los suministros y servicios, durante 24 meses más.
* cada 5 años empieza un nuevo ciclo, siempre que el equipo de oxígeno sea médicamente necesario.

Si el equipo de oxígeno es médicamente necesario y **usted abandona nuestro plan para inscribirse en un plan Medicare Advantage**, este le ofrecerá, como mínimo, la misma cobertura que Medicare Original. Infórmese sobre qué equipos de oxígeno y suministros cubre su plan Medicare Advantage y sobre los costos que supondrá para usted.