Capítulo 7: Cómo pedirnos que paguemos [plans with cost sharing, insert: nuestra parte de; plans without cost sharing, insert: por] los servicios

**Introducción**

Este capítulo le dice cómo y cuándo enviarnos una factura para pedir un pago. También le dice cómo apelar si no está de acuerdo con una decisión de cobertura. 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, section, and/or page number. For example, "refer to Chapter 9, Section A, page 1. "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. Cómo pedirnos que paguemos 2](#_Toc138757741)

[B. Cómo enviar una petición de pago 4](#_Toc138757742)

[C. Decisiones de cobertura 5](#_Toc138757743)

[D. Apelaciones 6](#_Toc138757744)

# Cómo pedirnos que paguemos

Con One Care, hay algunas reglas para obtener los servicios. Una de las reglas es que el servicio debe estar cubierto por <plan name>. Otra regla es que usted debe obtener el servicio de uno de los proveedores con los que trabaja <plan name>. Lea el Capítulo 3 para conocer todas las reglas.

**Si sigue todas las reglas, entonces el plan pagará automáticamente los servicios por usted y usted no tendrá que pedirnos que paguemos.** En esos casos, usted no debería pagar nada a sus proveedores ni recibir facturas. [*Plans that charge a copay for drugs, insert:* Solo tendrá que hacer un copago por sus medicamentos como paciente ambulatorio. Lea el Capítulo 6 para obtener información sobre copagos y medicamentos.]

Si no está seguro de si el plan pagará por un servicio que quiere recibir o por un proveedor al que usted quiera acudir, pregunte a su [*insert:* Coordinador de cuidado de salud *or other appropriate individual or entity*]. [Plans should replace the term “Care Coordinator” with the term they use as needed throughout the chapter.] **Haga esto antes de obtener el servicio.** Su [*insert:* Coordinador de cuidado de salud *or other appropriate individual or entity*] le dirá si <plan name> pagará o si tiene que pedir una decisión de cobertura a <plan name>. Lea el Capítulo 9 para saber más sobre las decisiones de cobertura.

Si decide obtener un servicio que tal vez no esté cubierto por <plan name> o si recibe un servicio de un proveedor que no trabaje con <plan name>, entonces <plan name> no pagará automáticamente por el servicio.

Estos son algunos ejemplos de situaciones e información sobre el pago por sus servicios.

1. Si recibe cuidado de emergencia o cuidado de salud necesario de urgencia de un proveedor fuera de la red

Debe pedir al proveedor que le envíe la factura al plan. Si necesita ayuda, comuníquese con Servicios al miembro o con su Coordinador de cuidado de salud.

* Si paga la cantidad total al recibir el cuidado de salud, pídanos que nos aseguremos de que se le devuelva el dinero [plans with cost sharing insert: de nuestra parte del costo]. Envíenos la factura y la prueba de todos los pagos que haya hecho.
* Si recibe una factura del proveedor pidiendo un pago que usted cree que no debe, envíenos la factura, y si usted pagó todo o parte de la factura, envíenos una prueba de todos los pagos que haya hecho.
* Si es necesario pagar al proveedor, le pagaremos directamente al proveedor.
* Si usted ya pagó [plans with cost sharing insert: más que su parte del costo] por el servicio, nosotros [plans with cost sharing insert: calcularemos cuánto debe y] nos aseguraremos de que le devuelvan el dinero [plans with cost sharing insert: de nuestra parte del costo].

1. Si un proveedor de la red de <plan name> le envía una factura

Los proveedores de la red siempre deben enviar las facturas al plan. Muestre su tarjeta de identificación de miembro de <plan name> cuando obtenga servicios o recetas. La facturación incorrecta/inadecuada se produce cuando un proveedor (como un médico u hospital) le factura más que la cantidad de costo compartido del plan por sus servicios. **Llame a Servicios al miembro si recibe facturas.**

* [Plans with no cost sharing, insert: Como <plan name> paga el costo completo de sus servicios, usted no es responsable de pagar ningún costo. Su proveedor no puede cobrarle nada por los servicios.]
* [Plans with cost sharing, insert: Como miembro de <plan name>, solo debe pagar los copagos cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. Nosotros no permitimos que los proveedores le cobren más de esa cantidad, incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que este haya cobrado por un servicio. Si decidimos no pagar algunos cargos, usted tampoco tiene que pagarlos.]
* Si alguna vez recibe una factura de un proveedor de la red, no la pague. Envíenos la factura. Contactaremos directamente con el proveedor y nos encargaremos del problema.
* Si ya pagó una factura de un proveedor de la red, envíenos la factura y la prueba de todos los pagos que haya hecho. Lo ayudaremos a que le devuelvan los pagos por sus servicios cubiertos.

1. Si usa una farmacia fuera de la red para que le surtan una receta

Si acude a una farmacia que no está en la red de <plan name>, deberá pagar el costo total de la receta.

* Solo en algunos casos, cubriremos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red. Envíenos una copia de su recibo cuando nos pida que le devolvamos lo que haya pagado [plans with cost sharing insert: por nuestra parte del costo].
* Consulte el Capítulo 5 [plans may insert reference, as applicable] para obtener más información sobre las farmacias fuera de la red.

1. Si paga la totalidad del costo de una receta porque no lleva su tarjeta de identificación de miembro de <plan name>

Si usted no lleva su tarjeta de identificación de miembro, pida a la farmacia que llame al plan o que busque su información de inscripción en el plan.

* Si la farmacia no puede obtener de inmediato la información que necesita, tal vez usted tenga que pagar el costo total de la receta.
* Envíenos una copia de su recibo cuando nos pida que le devolvamos lo que haya pagado [plans with cost sharing insert: por nuestra parte del costo].

1. Si paga el costo total por un medicamento que no está cubierto

Deberá pagar el costo total de la receta porque el medicamento no está cubierto.

* Tal vez el medicamento no esté en la *Lista de medicamentos cubiertos* (Lista de medicamentos) del plan o podría tener un requisito o restricción que usted desconocía o no cree que se aplique a usted. Si decide obtener el medicamento, es posible que usted tenga que pagar el costo total.
  + Si no le pagan por el medicamento, pero cree que debería estar cubierto, puede pedir una decisión de cobertura (consulte el Capítulo 9 [plans may insert reference, as applicable]).
  + Si usted y su médico creen que usted necesita de inmediato el medicamento, puede pedir una decisión de cobertura rápida (consulte el Capítulo 9 [plans may insert reference, as applicable]).
* Envíenos una copia de su recibo cuando nos pida que le devolvamos lo que pagó. En algunos casos, podríamos necesitar más información de su médico para poder devolverle lo que pagó por [plans with cost sharing insert: nuestra parte del costo de] su medicamento.

Cuando nos pida que le paguemos, revisaremos su petición y decidiremos si debemos cubrir el servicio o el medicamento. Esto se llama tomar una “decisión de cobertura”. Si decidimos que debemos cubrirlo, pagaremos por [insert if the plan has cost sharing: nuestra parte de] su servicio o medicamento. Si rechazamos su petición de pago, usted puede apelar nuestra decisión.

Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9 [plans may insert reference, as applicable].

# Cómo enviar una petición de pago

[Plans may edit this section to include a second address if they use different addresses for processing health care and drug claims.]

[Plans may edit this section as necessary to describe their claims process.]

Envíenos la factura y la prueba de todos los pagos que haya hecho. La prueba de pago puede ser una copia del cheque que hizo o un recibo del proveedor. **Es una buena idea hacer una copia de la factura y los recibos para su registro.** Puede pedirle ayuda a su Coordinador de cuidado de salud.

[If the plan has developed a specific form for requesting payment, insert the following language: Para asegurarnos de que nos proporciona toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede llenar nuestro formulario de reclamo para pedir la devolución del pago.

* No tiene que usar el formulario, pero si lo hace, nos ayudará a procesar la información más rápido.
* Usted puede obtener una copia del formulario en nuestro sitio web (<web address>) o puede llamar a Servicios al miembro y pedir una.]

[Plans with different addresses for drug and non-drug claims may modify this paragraph as needed and include the additional address.] Envíe su petición de reembolso junto con las facturas o recibos a esta dirección:

[Insert address.]

[If the plan allows enrollees to submit oral payment requests, insert the following language:

También puede llamar a nuestro plan para solicitar el reembolso.] [Plans should include all applicable numbers and days and hours of operation.]

[Insert if applicable: **Usted debe enviarnos su reclamo, a más tardar <number of days> días** después de la fecha en que recibió el servicio, el artículo o el medicamento.]

# Decisiones de cobertura

**Cuando recibamos su petición de pago, tomaremos una decisión de cobertura. Esto significa que decidiremos si el servicio o medicamento está o no cubierto por el plan.** También decidiremos la cantidad que usted tiene que pagar, si debe pagar algo, por el servicio o el medicamento de receta.

* Si necesitamos que nos dé más información, le avisaremos.
* Si decidimos que el servicio o medicamento está cubierto y que usted siguió las reglas para obtenerlo, le pagaremos [plans with cost sharing insert: nuestra parte]. Si ya pagó el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo un cheque por [insert as applicable: lo que pagó **or** nuestra parte del costo]. Si todavía no ha pagado por el servicio o el medicamento, le pagaremos directamente al proveedor.

Para obtener más información sobre las reglas para pedir la cobertura de sus servicios, consulte el Capítulo 3 [plans may insert reference, as applicable]. El Capítulo 5 [plans may insert reference, as applicable] explica las reglas para pedir que se cubran sus medicamentos de receta.

* Si decidimos no pagar por [plans with cost sharing insert: nuestra parte de] su servicio o medicamento, le enviaremos una carta explicándole el motivo. En la carta también se le explicará su derecho a presentar una apelación.
* Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el Capítulo 9 [plans may insert reference, as applicable].

# Apelaciones

Si cree que nos equivocamos al rechazar su petición de pago, puede pedirnos que cambiemos nuestra decisión. A esto se le llama apelar. También puede apelar si no está de acuerdo con la cantidad que pagamos.

El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y fechas límites importantes. Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9 [plans may insert reference, as applicable].

* Si desea apelar para que le devolvamos lo que pagó por un servicio de cuidado de salud, consulte la página <page number> [plans may insert reference, as applicable].
* Si desea apelar para que le devolvamos lo que pagó por un medicamento, consulte la página <page number> [plans may insert reference, as applicable].