

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2012

Evidencia de cobertura

Sus beneficios y servicios de salud de Medicare como miembro de:

- **Tufts Medicare Preferred
HMO Basic No Rx (HMO)**



Este libro le brinda detalles sobre su cobertura de atención médica de Medicare del 1 de enero al 31 de diciembre de 2012. Le explica cómo obtener la atención médica que usted necesita tener cubierta. Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.

Este plan, *Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx*, es ofrecido por *Tufts Health Plan Medicare Preferred*. (Cuando esta *Evidencia de cobertura* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro” significa *Tufts Health Plan Medicare Preferred*. Cuando dice “plan” o “nuestro plan” significa *Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx*).

Tufts Health Plan Medicare Preferred es una organización de Medicare Advantage que tiene contrato con Medicare.

Esta información está disponible de forma gratuita en otros idiomas. Comuníquese con nuestro departamento de atención al cliente al número 1-800-701-9000 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-208-9562). El horario es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de octubre al 14 de febrero, los representantes están disponibles los 7 días a la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.). Fuera de estos horarios y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el día hábil siguiente. Atención al cliente también ofrece servicios gratuitos de interpretación disponibles para las personas que no hablan inglés.

This information is available for free in other languages. Please contact our Customer Relations number at 1-800-701-9000 for additional information. (TTY users should call 1-800-208-9562). Hours are Monday – Friday, 8:00 a.m. – 8:00 p.m. (From Oct. 15 – Feb. 14, representatives are available 7 days a week, 8:00 a.m. – 8:00 p.m.) After hours and on holidays, please leave a message and a representative will return your call on the next business day. Customer Relations also has free language interpreter services available for non-English speakers.

Los beneficios, el formulario, la red de farmacias, las primas, los deducibles y/o copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2013.

TUFTS  Health Plan
Medicare Preferred

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2012

Evidencia de cobertura:

Sus beneficios y servicios de salud de Medicare como miembro de:

- **Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx (HMO)**

En este libro se proporcionan los detalles sobre la cobertura de atención médica de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2012. Explica cómo obtener la atención médica que usted necesita. Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.

Este plan, *Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx*, es ofrecido por *Tufts Health Plan Medicare Preferred*. (Cuando esta *Evidencia de cobertura* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro” significa *Tufts Health Plan Medicare Preferred*. Cuando dice “plan” o “nuestro plan” significa *Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx*).

Tufts Health Plan Medicare Preferred es una organización de Medicare Advantage que tiene contrato con Medicare.

Esta información está disponible sin cargo en otros idiomas. Please contact our Customer Relations number at 1-800-701-9000 for additional information. (TTY users should call 1-800-208-9562). Hours are Monday – Friday, 8:00 a.m. – 8:00 p.m. (From Oct. 15 – Feb. 14, representatives are available 7 days a week, 8:00 a.m. – 8:00 p.m.) Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el día hábil siguiente. Customer Relations also has free language interpreter services available for non-English speakers.

Esta información está disponible de forma gratuita en otros idiomas. Comuníquese con nuestro departamento de atención al cliente al número 1-800-701-9000 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-208-9562). El horario es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de octubre al 14 de febrero, los representantes están disponibles los 7 días a la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.). Fuera de estos horarios y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el día hábil siguiente. Atención al cliente también ofrece servicios gratuitos de interpretación disponibles para las personas que no hablan inglés.

Los beneficios, el formulario, la red de farmacias, las primas, los deducibles y/o copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2013.

Evidencia de cobertura para 2012

Índice

Esta lista de capítulos y números de páginas es simplemente su punto de partida. Para obtener más ayuda para encontrar la información que necesita, vaya a la primera página de cualquier capítulo. **Encontrará una lista detallada de temas al comienzo de cada capítulo.**

Capítulo 1. Comenzar como miembro.....	1
Informa lo que significa estar en un plan de salud de Medicare y cómo utilizar este libro. Informa sobre los materiales que le enviaremos, la prima de su plan, su tarjeta de membresía del plan y la forma de mantener actualizado su registro de membresía.	
Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes.....	14
Informa cómo comunicarse con nuestro plan (<i>Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx</i>) y con otras organizaciones, incluido a Medicare, el Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (SHIP), la Organización para la Mejora de la Calidad, el Seguro Social, Medicaid (el programa estatal de seguro de salud para personas con ingresos bajos) y la Junta de Jubilación para Ferroviarios.	
Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para sus servicios médicos	27
Explica las cosas importantes que debe saber sobre cómo recibir su atención médica como miembro de nuestro plan. Los temas incluyen cómo utilizar los proveedores de la red del plan y cómo obtener atención médica cuando tiene una emergencia.	
Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar).....	43
Proporciona los detalles sobre los tipos de atención médica cubierta y <i>no</i> cubierta para usted como miembro de nuestro plan. Informa el monto que usted pagará en concepto de su parte del costo para su atención médica cubierta.	
Capítulo 5. Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido por servicios médicos cubiertos.....	87

Informa cuándo y cómo enviarnos una factura cuando desea solicitarnos un reembolso por nuestra parte del costo para sus servicios cubiertos.

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades 92

Explica los derechos y las responsabilidades que usted tiene como miembro de nuestro plan. Informa lo que puede hacer si cree que no se respetan sus derechos.

Capítulo 7. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) 104

Informa detalladamente qué hacer si tiene problemas o inquietudes como miembro de nuestro plan.

- Explica cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones si tiene problemas para obtener la atención médica que cree que está cubierta por nuestro plan. Esto incluye cómo solicitarnos que continuemos cubriendo la atención hospitalaria y ciertos tipos de servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto.
- Explica cómo presentar quejas sobre la calidad de la atención médica, el tiempo de espera, el servicio de atención al cliente y otras inquietudes.

Capítulo 8. Cómo finalizar su membresía en el plan 151

Informa cuándo y cómo puede finalizar su membresía en el plan. Explica situaciones en las que nuestro plan debe finalizar su membresía.

Capítulo 9. Avisos legales 159

Incluye avisos sobre la ley aplicable y la no discriminación.

Capítulo 10. Definiciones de palabras importantes 161

Explica términos clave utilizados en este libro.

Capítulo 1. Comenzar como miembro

SECCIÓN 1	Introducción	3
Sección 1.1	Usted está inscrito en <i>Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx</i> , que es una HMO de Medicare	3
Sección 1.2	¿De qué trata el libro <i>Evidencia de cobertura</i> ?	3
Sección 1.3	¿Qué le informa este capítulo?.....	3
Sección 1.4	¿Qué sucede si es nuevo en <i>Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx</i> ?.....	4
Sección 1.5	Información legal sobre la <i>Evidencia de cobertura</i>	4
SECCIÓN 2	¿Qué lo hace elegible para ser un miembro del plan?	4
Sección 2.1	Sus requisitos de elegibilidad.....	4
Sección 2.2	¿Qué son la Parte A y la Parte B de Medicare?	5
Sección 2.3	Este es el área de servicio del plan de <i>Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx</i>	5
SECCIÓN 3	¿Qué otros materiales obtendrá de nosotros?	6
Sección 3.1	Su tarjeta de membresía del plan: Utilícela para obtener toda la atención médica cubierta.....	6
Sección 3.2	El <i>Directorio de proveedores</i> : Su guía de todos los proveedores de la red del plan.....	7
SECCIÓN 4	Su prima mensual para <i>Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx</i>	8
Sección 4.1	¿Cuál es el monto de su prima del plan?.....	8
Sección 4.2	Existen diferentes formas en las que puede pagar su prima del plan.....	9
Sección 4.3	¿Podemos cambiar su prima mensual del plan durante el año?.....	11
SECCIÓN 5	Mantenga actualizado su registro de membresía del plan.....	11

Sección 5.1	Cómo ayudar a garantizar que contamos con información precisa sobre usted	11
SECCIÓN 6	Protegemos la privacidad de su información de salud personal	12
Sección 6.1	Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida	12
SECCIÓN 7	Cómo funciona otro seguro con nuestro plan	12
Sección 7.1	¿Qué plan paga primero cuando usted tiene otro seguro?	12

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Usted está inscrito en <i>Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx</i>, que es una HMO de Medicare
--

Usted está cubierto por Medicare y ha elegido recibir su atención médica de Medicare mediante nuestro plan, *Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx*.

Existen diferentes tipos de planes de salud de Medicare. *Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx* es un plan Medicare Advantage HMO (HMO significa Organización para el Mantenimiento de la Salud [Health Maintenance Organization]). Como todos los planes de salud de Medicare, esta HMO de Medicare está aprobado por Medicare y ejecutado por una empresa privada.

Sección 1.2 ¿De qué trata el libro <i>Evidencia de cobertura</i>?

Este libro, *Evidencia de cobertura*, le informa cómo obtener su atención médica de Medicare a través de nuestro plan. En este libro se explican sus derechos y responsabilidades, lo que se cubre y lo que usted paga como miembro del plan.

Este plan, *Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx*, es ofrecido por *Tufts Health Plan Medicare Preferred*. (Cuando esta *Evidencia de cobertura* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro” significa *Tufts Health Plan Medicare Preferred*. Cuando dice “plan” o “nuestro plan” significa *Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx*).

Las palabras “cobertura” y “servicios cubiertos” se refieren a la atención y los servicios médicos que se encuentran disponibles para usted como miembro de *Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx*.

Sección 1.3 ¿Qué le informa este capítulo?
--

Revise el Capítulo 1 de esta *Evidencia de cobertura* para obtener información sobre:

- ¿Qué lo hace elegible para ser un miembro del plan?
- ¿Cuál es el área de servicio de su plan?
- ¿Qué materiales obtendrá de nosotros?
- ¿Cuál es la prima de su plan y cómo la puede pagar?
- ¿Cómo mantiene actualizada la información en su registro de membresía?

Sección 1.4 ¿Qué sucede si es nuevo en *Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx*?

Si es un miembro nuevo, entonces es importante que usted sepa cómo funciona el plan, cuáles son las reglas y qué servicios están disponibles para usted. Le recomendamos que se tome un tiempo para revisar este libro *Evidencia de cobertura*.

Si está confundido, preocupado o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con Atención al Cliente de nuestro plan (la información de contacto se encuentra en la contraportada de este libro).

Sección 1.5 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

Forma parte de nuestro contrato con usted

Esta *Evidencia de cobertura* forma parte de nuestro contrato con usted sobre cómo *Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx* cubre su atención médica. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción y toda notificación que reciba de nosotros sobre cambios en su cobertura o condiciones que afecten a su cobertura. Estas notificaciones algunas veces se denominan “cláusulas” o “enmiendas”.

El contrato tiene vigencia durante los meses en los que está inscrito en *Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx* entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2012.

Medicare debe aprobar nuestro plan cada año

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar *Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx* cada año. Usted puede continuar recibiendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre que elijamos continuar ofreciendo el plan para el año en cuestión, y que los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid renueven su aprobación del plan.

SECCIÓN 2 ¿Qué lo hace elegible para ser un miembro del plan?

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para la membresía de nuestro plan siempre que:

- Viva en nuestra área geográfica de servicio (la Sección 2.3 a continuación describe nuestra área de servicio)
- -- y -- tenga derecho a la Parte A de Medicare;
- -- y -- esté inscrito en la Parte B de Medicare

- -- y -- no padezca enfermedad renal en etapa terminal (End Stage Renal Disease, ESRD), con excepciones limitadas, por ejemplo, si contrae ESRD cuando ya es miembro de un plan que ofrecemos o si era miembro de un plan diferente que finalizó.

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

Cuando se inscribió originalmente en Medicare, usted recibió información sobre cómo obtener la Parte A y la Parte B de Medicare. Recuerde:

- Generalmente, la Parte A de Medicare cubre servicios prestados por proveedores institucionales como hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de servicios médicos domiciliarios.
- La Parte B de Medicare es para la mayoría de los demás servicios médicos (como los servicios de médicos y otros servicios para pacientes ambulatorios) y ciertos artículos (como equipo médico duradero y suministros).

Sección 2.3 Este es el área de servicio del plan de *Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx*

Si bien Medicare es un programa federal, *Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx* está disponible solo para personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para continuar siendo miembro de nuestro plan, debe continuar viviendo en esta área de servicio. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en Massachusetts:

- Condado de Barnstable
- Condado de Bristol, solo los siguientes códigos postales: 02743, 02702, 02703, 02763, 02712, 02714, 02717, 02031, 02334, 02719, 02720, 02721, 02722, 02723, 02724, 02048, 02740, 02741, 02742, 02744, 02745, 02746, 02760, 02761, 02747, 02356, 02357, 02766, 02767, 02768, 02769, 02771, 02725, 02726, 02748, 02375, 02777, 02790, 02791
- Condado de Essex
- Condado de Hampden
- Condado de Hampshire
- Condado de Middlesex
- Condado de Norfolk
- Condado de Plymouth, solo los siguientes códigos postales: 02351, 02018, 02020, 02324, 02325, 02301, 02302, 02303, 02304, 02305, 02327, 02330, 02331, 02332, 02333, 02538, 02337, 02041, 02040, 02338, 02339, 02340, 02341, 02043, 02044, 02045, 02047, 02364, 02345, 02738, 02050, 02051, 02739, 02055, 02350, 02355, 02059, 02358, 02060, 02061, 02065, 02558, 02359, 02360, 02361, 02362, 02367, 02770, 02370, 02066, 02366, 02571, 02379, 02576, 02381, 02382
- Condado de Suffolk
- Condado de Worcester


Si planifica mudarse fuera del área de servicio, comuníquese con Atención al Cliente. Cuando se mude, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de medicamentos o de salud de Medicare que esté disponible en su nueva ubicación.

SECCIÓN 3 ¿Qué otros materiales obtendrá de nosotros?

Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan: Utilícela para obtener toda la atención médica cubierta

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe utilizar su tarjeta de membresía del plan siempre que obtenga cualquier servicio cubierto por este plan. La siguiente es una muestra de la tarjeta de membresía que ilustra cómo será la suya:

Frente:

TUFTS  Health Plan		HMO
Medicare Preferred		
MUESTRA		
Plan médico		
PCP	John Smith M.D.	Copagos
		\$20 PCP OV
		\$30 Spec OV
		\$65 ER
RxBIN	610415	
RxPCN	PCS	
RxGRP	MD130200	
Emisor	80840	
ID	S12345678	Emitida: mm/dd/aaaa
Nombre	Mary Smith	CMS - H2256 - 000

Dorso:

Enviar reclamaciones médicas a:

Tufts Health Plan
Medicare Preferred
P.O. Box 9183
Watertown, MA 02471-9183

**Para información de beneficios,
autorización previa u otra
ayuda, llame a Tufts Health Plan**

Medicare Preferred M-F, 8:00
a. m. – 8:00 p.m. Fuera del horario de atención
701-9000

y en días festivos, deje
un mensaje y un representante
le devolverá la llamada el
día hábil siguiente.

Números importantes:

Atención al Proveedor:
1-800-279-9022

Atención al Cliente:
1-800-

TDD: 1-800-208-9562

Salud Mental: 1-800-208-9565

TDD: 1-866-244-4740

Sitio web de Tufts Health Plan Medicare Preferred:

www.tuftsmedicarepreferred.org

Mientras sea miembro de nuestro plan, **usted no debe usar la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare** para obtener los servicios médicos cubiertos (a excepción de los estudios de investigación clínica de rutina y los servicios de cuidados paliativos). Conserve su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en un lugar seguro en caso que la necesite posteriormente.

A continuación, se explica por qué es tan importante: Si obtiene servicios cubiertos utilizando su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en lugar de utilizar su tarjeta de membresía de *Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx* mientras es miembro de un plan, podría tener que pagar el costo total.

Si su tarjeta de membresía del plan está dañada, se perdió o la robaron, llame a Atención al Cliente de inmediato y le enviaremos una tarjeta nueva.

Sección 3.2 El Directorio de proveedores: Su guía de todos los proveedores de la red del plan

Cada año, como miembro de nuestro plan, le enviaremos un nuevo *Directorio de proveedores* o una actualización de su *Directorio de proveedores*. Este directorio enumera los proveedores de nuestra red.

¿Qué son los “proveedores de la red”?

Los **proveedores de la red** son médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y toda participación en los costos del plan como pago total. Hemos acordado que estos proveedores presten los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan.

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

Es importante saber qué proveedores son parte de nuestra red porque, con excepciones limitadas, mientras es miembro de nuestro plan, usted debe utilizar proveedores de la red para recibir atención y servicios médicos. Las únicas excepciones son casos de emergencia, atención de urgencia cuando la red no se encuentra disponible (en general, fuera del área), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que *Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx* autoriza la utilización de proveedores fuera de la red. Consulte el Capítulo 3 (*Cómo utilizar la cobertura del plan para sus servicios médicos*) para obtener información más específica sobre cobertura de emergencia, fuera de la red y fuera del área.

Si no tiene una copia del *Directorio de proveedores*, puede solicitar una a Atención al Cliente. Puede solicitar a Atención al Cliente más información sobre nuestros proveedores de la red, incluidas sus calificaciones. También puede consultar el *Directorio de proveedores* en tuftsmedicarepreferred.org.

SECCIÓN 4 Su prima mensual para *Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx*

Sección 4.1	¿Cuál es el monto de su prima del plan?
--------------------	--

Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual del plan. El siguiente cuadro muestra el monto de la prima mensual del plan para cada región en la que prestamos servicio. Además, debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare (excepto cuando Medicaid o un tercero paguen su prima de la Parte B).

Si vive en...	Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx
Condado de Barnstable	\$0
Condado de Bristol	\$0
Condado de Essex	\$20
Condado de Hampden	\$0
Condado de Hampshire	\$0

Condado de Middlesex	\$0
Condado de Norfolk	\$0
Condado de Plymouth	\$0
Condado de Suffolk	\$20
Condado de Worcester	\$20

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Como se explica anteriormente en la Sección 2, para ser elegible para nuestro plan, usted debe tener derecho a la Parte A y debe estar inscrito en la Parte B de Medicare. Por ese motivo, algunos miembros del plan pagarán una prima por la Parte A de Medicare y la mayoría de los miembros del plan pagarán una prima por la Parte B de Medicare, además de pagar la prima mensual del plan. Usted debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare para continuar siendo miembro del plan.

- Su ejemplar de *Medicare y usted 2012* le informa sobre estas primas en la sección titulada “Costos de Medicare para 2012”. Se explica cómo difiere la prima de la Parte B para las personas con distintos ingresos.
- Todas las personas que tienen Medicare reciben un ejemplar de *Medicare y usted* cada otoño. Los nuevos usuarios de Medicare lo reciben dentro del mes siguiente a la fecha de su inscripción. También puede descargar un ejemplar de *Medicare y usted 2012* del sitio web de Medicare (<http://www.medicare.gov>). O también puede solicitar un ejemplar impreso 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.

Sección 4.2 Existen diferentes formas en las que puede pagar su prima del plan

Existen 3 formas en las que puede pagar su prima del plan. Usted seleccionó una opción de pago en el formulario de inscripción cuando se inscribió en nuestro plan. Si desea cambiar su selección, llame a Atención al Cliente.

Si decide cambiar la forma en la que paga su prima, el nuevo método de pago puede tardar hasta tres meses en entrar en vigencia. Mientras procesamos su solicitud del nuevo método de pago, es su responsabilidad asegurarse de que la prima del plan se pague puntualmente.

Opción 1: Puede pagar con cheque

La prima mensual del plan vence el día quince (15) de cada mes. Si decide pagarnos directamente, Tufts Health Plan Medicare Preferred le enviará una factura y un sobre con franqueo pagado según el vencimiento de las primas del plan. Complete un cheque o giro postal por el monto que aparece en la factura, (los cheque se deben hacer a la orden de Tufts Health

Plan Medicare Preferred) y envíelo por correo a Tufts Health Plan Medicare Preferred en el sobre con ventana proporcionado o a:

Tufts Health Plan Medicare Preferred
PO Box 9225
Chelsea, MA 02150

Los pagos recibidos automáticamente se aplicarán a la factura pendiente más vieja. Los pagos recibidos para la fecha de vencimiento se reflejarán en la factura del próximo mes.

Si desea dejar un cheque en persona, tráigalo a:

Tufts Health Plan Medicare Preferred
705 Mt. Auburn Street
Watertown, MA 02472-1508

Opción 2: Puede pagar usando la transferencia electrónica de fondos (TEF)

En lugar de pagar con cheque, puede pagar su prima mensual del plan a través de la transferencia electrónica de fondos (TEF). Las deducciones automáticas de su cuenta bancaria se realizan en forma mensual, generalmente el día 9 de cada mes. Si el 9 cae fin de semana, la deducción se realizará el día hábil anterior. Su factura mensual mostrará la transacción de TEF. Si desea pagar su prima mensual del plan por TEF y actualmente no lo hace, llame a Atención al Cliente para obtener información.

Opción 3: puede hacer que le descuenten la prima del plan de su cheque mensual del Seguro Social

Puede hacer que le descuenten la prima del plan de su cheque mensual del Seguro Social. Comuníquese con Atención al Cliente para obtener más información sobre cómo pagar su prima mensual del plan de esta manera. Nos complacerá ayudarlo a establecer esta opción.

Qué hacer si tiene problemas para pagar la prima de su plan

La prima de su plan debe pagarse en nuestra oficina el día 15 de cada mes. Si no hemos recibido su prima para el día 15 de cada mes, le enviaremos una notificación informándole que la membrecía de su plan finalizará si no recibimos su pago de la prima dentro de los 60 días.

Si está teniendo problemas para pagar su prima a tiempo, comuníquese con Atención al Cliente para ver si podemos indicarle programas que lo ayuden con las primas de su plan. Si finalizamos su membrecía debido al incumplimiento del pago de su prima, tendrá cobertura conforme a

Original Medicare. En el momento en que finalizamos su membrecía, es posible que aún nos adeude primas que no haya pagado. Tenemos derecho a solicitar el cobro de estas primas. En el futuro, si desea inscribirse nuevamente en nuestro plan (o en otro plan que ofrezcamos), deberá pagar las primas adeudadas antes de poder inscribirse.

Si considera que finalizamos su membrecía por error, tiene derecho a apelar nuestra decisión. Para obtener información sobre cómo apelar la finalización de la cobertura, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.3 ¿Podemos cambiar su prima mensual del plan durante el año?

No. No estamos autorizados a cambiar el monto que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia para el año próximo, se lo informaremos en septiembre y el cambio entrará en vigencia el 1 de enero.

SECCIÓN 5 Mantenga actualizado su registro de membrecía del plan

Sección 5.1 Cómo ayudar a garantizar que contamos con información precisa sobre usted

Su registro de membrecía tiene información de su formulario de inscripción, incluyendo su domicilio y número de teléfono. Indica su cobertura específica del plan, incluido su médico de atención primaria.

Los médicos, hospitales y otros proveedores de la red del plan necesitan contar con información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red utilizan su registro de membrecía para saber qué servicios están cubiertos para usted.** Debido a esto, es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

Infórmenos estos cambios:

- Cambios en su nombre, domicilio o número de teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud que tenga (tales como de su empleador, empleador de su cónyuge, compensación para los trabajadores o Medicaid)
- Si tiene alguna demanda de responsabilidad, tales como demandas por un accidente automovilístico
- Si ingresó en una residencia de ancianos
- Si cambia la parte responsable designada (como la persona a cargo de su atención)
- Si está participando en un estudio de investigación clínica

Si cambia cualquier parte de esta información, avísenos llamando a Atención al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este libro).

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

Medicare requiere que reunamos información suya sobre cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que tenga. Eso se debe a que debemos coordinar cualquier otra cobertura que tenga con sus beneficios conforme a nuestro plan. (Para obtener más información sobre cómo funciona nuestra cobertura cuando tiene otros seguros, consulte la Sección 7 de este capítulo).

Una vez al año, le enviaremos una carta que indique cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos sobre la que tengamos conocimiento. Lea esta información atentamente. Si es correcta, no es necesario que haga nada. Si la información no es correcta o tiene otra cobertura que no está indicada, llame a Atención al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este libro).

SECCIÓN 6 Protegemos la privacidad de su información de salud personal

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

Las leyes estatales y federales protegen la privacidad de sus registros médicos y su información de salud personal. Protegemos su información de salud personal según lo requerido por estas leyes.

Para obtener más información sobre cómo protegemos su información de salud personal, consulte la Sección 1.4 del Capítulo 6 de este libro.

SECCIÓN 7 Cómo funciona otro seguro con nuestro plan

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

Cuando usted tiene otro seguro (como una cobertura médica grupal del empleador), existen reglas establecidas por Medicare que deciden si nuestro plan o su otro seguro paga primero. El seguro que paga primero se denomina “pagador principal” y paga hasta los límites de su cobertura. El que paga segundo, denominado el “pagador secundario”, solo paga si existieran costos sin cubrir por la cobertura principal. El pagador secundario puede no pagar todos los costos no cubiertos.

Las reglas se aplican para la cobertura del plan de salud grupal de un sindicato o un empleador:

- Si usted tiene cobertura de jubilado, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o el de un familiar, quién paga primero depende de su edad, tamaño del empleador y si cuenta con Medicare basado en la edad, discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal (ESRD):
 - Si usted es menor de 65 años, discapacitado y usted o su familiar aún trabajan, su plan paga primero si el empleador tiene más de 100 empleados o al menos un empleador en un plan de múltiples empleadores tiene más de 100 empleados.
 - Si usted es mayor de 65 años y usted o su cónyuge aún trabajan, su plan paga primero si el empleador tiene más de 20 empleados o al menos un empleador en un plan de múltiples empleadores tiene más de 20 empleados.
- Si usted tiene Medicare debido a una ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de ser elegible para recibir Medicare.

Generalmente, estos tipos de cobertura pagan primero por los servicios relacionados con cada tipo:

- Seguro sin culpa (incluido el seguro automotor)
- Responsabilidad (incluido el seguro automotor)
- Beneficios por neumoconiosis
- Compensación para los trabajadores

Medicaid y TRICARE nunca pagan primero por los servicios cubiertos por Medicare. Solo pagan una vez que Medicare, los planes de salud grupal del empleador y/o Medigap hayan pagado.

Si usted cuenta con otro seguro, informe a su médico, hospital y farmacia. Si tiene preguntas sobre quién paga primero o necesita actualizar la información de su otro seguro, llame a Atención al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este libro). Es posible que tenga que proporcionar a sus otros aseguradores el número de identificación de miembro del plan (una vez que haya confirmado su identidad), de manera que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1	<i>Contactos de Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx</i> (cómo comunicarse con nosotros, incluso cómo contactarse con Atención al Cliente del plan)	15
SECCIÓN 2	Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare)	20
SECCIÓN 3	Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare).....	21
SECCIÓN 4	Organización para la Mejora de la Calidad (pagada por Medicare para controlar la calidad de la atención médica para las personas con Medicare)	22
SECCIÓN 5	Seguro Social	23
SECCIÓN 6	Medicaid (un programa estatal y federal conjunto que brinda ayuda con los costos médicos a algunas personas con ingresos y recursos limitados).....	23
SECCIÓN 7	Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación para Ferroviarios	25
SECCIÓN 8	¿Usted tiene “seguro grupal” u otro seguro de salud de un empleador?	25

SECCIÓN 1 *Contactos de Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx*
(cómo comunicarse con nosotros, incluso cómo contactarse con Atención al Cliente del plan)

Cómo comunicarse con Atención al Cliente de nuestro plan

Para obtener asistencia con preguntas sobre quejas, facturación o tarjetas de miembros, llame o escriba a Atención al Cliente de *Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx*. Nos complacerá ayudarlo.

Atención al Cliente	
TELÉFONO	1-800-701-9000 Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. – 8:00 p.m. (Del 15 de octubre al 14 de febrero, los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. – 8:00 p.m.) Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el día hábil siguiente. Customer Relations also has free language interpreter services available for non-English speakers.
TTY	1-800-208-9562 Este número requiere un equipo telefónico especial y está destinado solo para personas con dificultades para escuchar o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. – 8:00 p.m. (Del 15 de octubre al 14 de febrero, los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. – 8:00 p.m.) Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el día hábil siguiente.
FAX	617-972-9487
CORREO POSTAL	Tufts Health Plan Medicare Preferred, P.O. Box 9181, Watertown, MA 02471-9181
SITIO WEB	tuftsmedicarepreferred.org

Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura acerca de su atención médica

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y su cobertura, o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura sobre su atención médica, consulte el Capítulo 7 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Puede llamarnos si tiene preguntas sobre nuestro proceso de decisión de cobertura.

Decisiones de cobertura para la atención médica	
TELÉFONO	1-800-701-9000 Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. – 8:00 p.m. (Del 15 de octubre al 14 de febrero, los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. – 8:00 p.m.) Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el día hábil siguiente.
TTY	1-800-208-9562 Este número requiere un equipo telefónico especial y está destinado solo para personas con dificultades para escuchar o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. – 8:00 p.m. (Del 15 de octubre al 14 de febrero, los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. – 8:00 p.m.) Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el día hábil siguiente.
FAX	617-972-9487
CORREO POSTAL	Tufts Health Plan Medicare Preferred, P.O. Box 9181, Watertown, MA 02471-9181

Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación acerca de su atención médica

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

Apelaciones para la atención médica	
TELÉFONO	1-800-701-9000 Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. – 8:00 p.m. (Del 15 de octubre al 14 de febrero, los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. – 8:00 p.m.) Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el día hábil siguiente.
TTY	1-800-208-9562 Este número requiere un equipo telefónico especial y está destinado solo para personas con dificultades para escuchar o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. – 8:00 p.m. (Del 15 de octubre al 14 de febrero, los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. – 8:00 p.m.) Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el día hábil siguiente.
FAX	617-972-9487
CORREO POSTAL	Tufts Health Plan Medicare Preferred Atn: Appeals & Grievances P.O. Box 9181, Watertown, MA 02471-9181

Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una queja acerca de su atención médica

Puede presentar una queja sobre nosotros o alguno de nuestros proveedores de la red, incluidas las quejas con respecto a la calidad de su atención médica. Este tipo de queja no implica disputas sobre pagos o cobertura. (Si su problema se relaciona con la cobertura o el pago del plan, debe consultar la sección anterior sobre la presentación de una apelación). Para obtener más información sobre cómo realizar una queja sobre su atención médica, consulte el Capítulo 7 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Quejas acerca de la atención médica	
TELÉFONO	1-800-701-9000 Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. – 8:00 p.m. (Del 15 de octubre al 14 de febrero, los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. – 8:00 p.m.) Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el día hábil siguiente.
TTY	1-800-208-9562 Este número requiere un equipo telefónico especial y está destinado solo para personas con dificultades para escuchar o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. – 8:00 p.m. (Del 15 de octubre al 14 de febrero, los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. – 8:00 p.m.) Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el día hábil siguiente.
FAX	617-972-9487
CORREO POSTAL	Tufts Health Plan Medicare Preferred Attn: Appeals & Grievances P.O. Box 9181, Watertown, MA 02471-9181

Dónde enviarnos una solicitud de pago de nuestra parte del costo de la atención médica que haya recibido

Para obtener más información sobre situaciones en las que posiblemente necesite solicitarnos un reembolso o pagar una factura que usted ha recibido de un proveedor, consulte el Capítulo 5 (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido por servicios médicos cubiertos*).

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

Solicitudes de pago	
TELÉFONO	1-800-701-9000 Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. – 8:00 p.m. (Del 15 de octubre al 14 de febrero, los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. – 8:00 p.m.) Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el día hábil siguiente. Las llamadas a este número son gratuitas.
TTY	1-800-208-9562 Este número requiere un equipo telefónico especial y está destinado solo para personas con dificultades para escuchar o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. – 8:00 p.m. (Del 15 de octubre al 14 de febrero, los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. – 8:00 p.m.) Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el día hábil siguiente.
FAX	617-972-9487
CORREO POSTAL	Tufts Health Plan Medicare Preferred, P.O. Box 9181, Watertown, MA 02471-9181

SITIO WEB	tuftsmedicarepreferred.org
------------------	----------------------------

SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare)

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

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (algunas veces denominados “CMS”). Esta agencia celebra contratos con las organizaciones de Medicare Advantage, entre las cuales estamos nosotros.

Medicare	
TELÉFONO	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 un equipo telefónico especial y está destinado solo para personas con dificultades para escuchar o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas.
SITIO WEB	http://www.medicare.gov Este es el sitio web oficial del gobierno para Medicare. Le proporciona información actualizada sobre Medicare y los temas actuales de Medicare. Además, tiene información sobre hospitales, residencias de ancianos, médicos, agencias de servicios médicos domiciliarios y centros de diálisis. Incluye libros que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar los contactos de Medicare en su estado al seleccionar “Help and Support” (Ayuda y apoyo) y luego haciendo clic en “Useful Phone Numbers and Websites” (Números de teléfono y sitios web de utilidad). El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre sus opciones de inscripción y elegibilidad de Medicare con las siguientes herramientas: <ul style="list-style-type: none">• Herramienta de elegibilidad de Medicare: Brinda

información sobre el estado de elegibilidad para acceder a Medicare. Seleccione “Find Out if You’re Eligible” (Averiguar si es elegible).

- **Buscador de planes de Medicare:** Brinda información personalizada sobre los planes de medicamentos recetados de Medicare, planes de salud de Medicare y pólizas Medigap (seguro complementario de Medicare) disponibles en su área. Seleccione “Health & Drug Plans” (Planes de salud y medicamentos) y luego “Compare Drug and Health Plans” (Comparar planes de salud y medicamentos) o “Compare Medigap Policies” (Comparar pólizas Medigap). Estas herramientas proporcionan un *cálculo* de lo que serían sus costos de bolsillo en diferentes planes de Medicare.

Si no tiene una computadora, su centro para personas de la tercera edad o la biblioteca de su localidad pueden ayudarlo a visitar este sitio web puesto que puede usar sus computadoras. También puede llamar a Medicare al número que figura anteriormente y decirles qué información está buscando. Encontrarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán.

SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en todos los estados. En Massachusetts, el SHIP se llama SHINE (Al servicio de las necesidades de información en salud de las personas mayores).

SHINE es independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros o plan de salud). Es un programa estatal que obtiene dinero del gobierno federal para proporcionar asesoramiento gratuito de seguro de salud local a las personas con Medicare.

Los asesores de SHINE pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare. Pueden ayudarlo a comprender sus derechos relacionados con Medicare, a presentar quejas sobre su atención o tratamiento médicos y a resolver problemas acerca de sus facturas de Medicare. Los asesores de SHINE también pueden ayudarlo a comprender las opciones de su plan de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiarse de plan.

SHINE	
TELÉFONO	1-800-243-4636
TTY	1-800-872-0166 Este número requiere un equipo telefónico especial y está destinado solo para personas con dificultades para escuchar o hablar.
CORREO POSTAL	Executive Office of Elder Affairs, One Ashburton Place, 5 th floor Boston, MA, 02108
SITIO WEB	www.mass.gov

SECCIÓN 4 Organización para la Mejora de la Calidad (pagada por Medicare para controlar la calidad de la atención médica para las personas con Medicare)

Existe una Organización para la Mejora de la Calidad en cada estado. Para Massachusetts, la Organización para la Mejora de la Calidad se denomina *MassPRO*.

MassPRO tiene un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica remunerados por el gobierno federal. Medicare le paga a esta organización para que controle y ayude a mejorar la calidad de la atención médica para las personas que tienen Medicare. *MassPRO* es una organización independiente. No está relacionada con nuestro plan.

Debe comunicarse con *MassPRO* en cualquiera de estas situaciones:

- Si tiene una queja sobre la calidad de la atención médica que recibió.
- Si cree que la cobertura de hospitalización finaliza demasiado pronto.
- Si cree que la cobertura de sus servicios de atención médica domiciliaria, de atención en un centro de enfermería especializada o de un centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) finaliza demasiado pronto.

<i>MassPRO</i> (Organización para la Mejora de Calidad de Massachusetts)	
TELÉFONO	1-800-252-5533
TTY	1-800-439-2370 Este número requiere un equipo telefónico especial y está destinado solo para personas con dificultades para escuchar o hablar.

CORREO POSTAL	Massachusetts Peer Review Organization, 245 Winter Street, Waltham, MA 02451
SITIO WEB	www.masspro.org

SECCIÓN 5 Seguro Social

La Administración del Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y de manejar la inscripción en Medicare. Los ciudadanos estadounidenses que son mayores de 65 años, que tienen una discapacidad o que padecen enfermedad renal en etapa terminal y cumplen con ciertas condiciones son elegibles para Medicare. Si ya está recibiendo cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no recibe cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. El Seguro Social maneja el proceso de inscripción en Medicare. Para solicitar Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar la oficina local de su Seguro Social.

Administración del Seguro Social	
TELÉFONO	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. Puede utilizar los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas transacciones durante las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere un equipo telefónico especial y está destinado solo para personas con dificultades para escuchar o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes.
SITIO WEB	http://www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid (un programa estatal y federal conjunto que brinda ayuda

con los costos médicos a algunas personas con ingresos y recursos limitados)

Medicaid es un programa estatal y federal conjunto que brinda ayuda con los costos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Algunas personas con Medicare también son elegibles para Medicaid.

Además, existen programas ofrecidos a través de Medicaid que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos programas ayudan a las personas con recursos e ingresos limitados a ahorrar dinero cada año:

- **Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y la participación en los costos (como deducibles, coseguros y copagos).
- **Beneficiario específico de ingreso bajo de Medicare (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB) y Persona que reúne los requisitos (Qualifying Individual, QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Personas que trabajan y discapacitados que califican (Qualified Disabled & Working Individuals, QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para recibir más información acerca de Medicaid y sus programas, comuníquese con MassHealth.

MassHealth (Programa Medicaid de Massachusetts)	
TELÉFONO	1-800-841-2900
TTY	1-800-497-4648 Este número requiere un equipo telefónico especial y está destinado solo para personas con dificultades para escuchar o hablar.
CORREO POSTAL	MassHealth Enrollment Center, P.O. Box 290794, Charlestown, MA 02129-0214
SITIO WEB	www.mass.gov

SECCIÓN 7 **Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación para Ferroviarios**

La Junta de Jubilación para Ferroviarios (Railroad Retirement Board) es una agencia federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores ferroviarios nacionales y sus familias. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de la Junta de Jubilación para Ferroviarios, comuníquese con la agencia.

Junta de Jubilación para Ferroviarios	
TELÉFONO	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 9:00 a. m. a 3:30 p. m., de lunes a viernes. Si tiene un teléfono por tonos, los servicios automatizados y la información grabada están disponibles las 24 horas del día, incluso los fines de semana y días festivos.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere un equipo telefónico especial y está destinado solo para personas con dificultades para escuchar o hablar. Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.
SITIO WEB	http://www.rrb.gov

SECCIÓN 8 **¿Usted tiene “seguro grupal” u otro seguro de salud de un empleador?**

Si usted (o su cónyuge) obtienen beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge), llame al administrador de beneficios del empleador/sindicato o a Atención al Cliente si tiene alguna pregunta. Puede preguntar por su período de inscripción, primas o beneficios médicos de jubilado o empleador (o de su cónyuge).

Si tiene otra cobertura de medicamentos recetados a través de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge), comuníquese con el **administrador de beneficios de dicho grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarlo a determinar cómo funcionará su cobertura actual de medicamentos recetados con nuestro plan.

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

SECCIÓN 1 Cosas que debe saber sobre cómo recibir su atención médica cubierta como miembro de nuestro plan	29
Sección 1.1 ¿Qué son los “proveedores de la red” y los “servicios cubiertos”?	29
Sección 1.2 Reglas básicas para obtener su atención médica cubierta por el plan.....	29
SECCIÓN 2 Utilice los proveedores de la red del plan para recibir su atención médica.....	31
Sección 2.1 Usted debe elegir un médico de atención primaria (PCP) para que le proporcione atención médica y lo supervise.....	31
Sección 2.2 ¿Qué tipos de atención médica puede recibir sin tener la aprobación por adelantado de su PCP?.....	33
Sección 2.3 Cómo recibir atención médica de especialistas y otros proveedores de la red.....	33
Sección 2.4 Cómo obtener atención médica de proveedores fuera de la red	35
SECCIÓN 3 Cómo recibir servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o urgencia	35
Sección 3.1 Cómo obtener atención si tiene una emergencia médica	35
Sección 3.2 Cómo recibir atención médica cuando tiene una necesidad urgente de atención médica	36
SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de sus servicios cubiertos?	37
Sección 4.1 Puede solicitarle al plan que pague la parte que le corresponde del costo de sus servicios cubiertos	37
Sección 4.2 Si nuestro plan no cubre los servicios, usted debe pagar el costo total	37
SECCIÓN 5 ¿Cómo están cubiertos sus servicios médicos cuando se encuentra en un “estudio de investigación clínica”?	38

Sección 5.1	¿Qué es un “estudio de investigación clínica”?	38
Sección 5.2	Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga qué?	39
SECCIÓN 6 Reglas para obtener atención médica cubierta en una “institución religiosa de cuidados de salud no médica”		40
Sección 6.1	¿Qué es una institución religiosa de cuidados de salud no médica?	40
Sección 6.2	¿Qué atención brindada por una institución religiosa de cuidados de salud no médica está cubierta por nuestro plan?	41
SECCIÓN 7 Reglas para la adquisición del equipo médico duradero		42
Sección 7.1	¿Podrá adquirir el equipo médico duradero después de realizar una determinada cantidad de pagos en nuestro plan?	42

SECCIÓN 1 Cosas que debe saber sobre cómo recibir su atención médica cubierta como miembro de nuestro plan

Este capítulo brinda información sobre las cosas que necesita saber para utilizar su plan para recibir cobertura por su atención médica. Proporciona definiciones de términos y explica las reglas que necesita seguir para obtener los tratamientos, servicios y otros cuidados médicos cubiertos por el plan.

Para obtener detalles sobre la atención médica que está cubierta por nuestro plan y cuánto paga en concepto de su parte del costo cuando obtiene esta atención, utilice el cuadro de beneficios que se encuentra en el próximo capítulo, Capítulo 4 (*Cuadro de beneficios médicos: Qué está cubierto y qué debe pagar*).

Sección 1.1 ¿Qué son los “proveedores de la red” y los “servicios cubiertos”?

Las siguientes son algunas definiciones que pueden ayudarlo a comprender cómo obtiene la atención médica y los servicios cubiertos para usted como miembro de nuestro plan:

- **Los “proveedores”** son médicos y otros profesionales de atención médica a quienes el Estado les otorga licencias para proporcionar atención y servicios médicos. El término “proveedores” también incluye los hospitales y otros centros de atención médica.
- Los **“proveedores de la red”** son médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y su monto de participación en los costos como pago total. Hemos acordado que estos proveedores presten los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Por lo general, los proveedores de nuestra red nos facturan directamente a nosotros por la atención que le brindan. Cuando usted consulta a un proveedor de la red, generalmente paga solamente su parte de los costos por los servicios.
- Los **“servicios cubiertos”** incluyen toda la atención médica, servicios de atención médica, suministros y equipos cubiertos por nuestro plan. Sus servicios cubiertos para la atención médica se indican en el cuadro de beneficios en el Capítulo 4.

Sección 1.2 Reglas básicas para obtener su atención médica cubierta por el plan

Como sucede con un plan de salud de Medicare, *Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx* debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y cumplir las reglas de cobertura de Original Medicare.

Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx generalmente cubrirá su atención médica siempre que:

- **La atención médica que reciba esté incluida en el Cuadro de beneficios médicos del plan** (este cuadro se encuentra en el Capítulo 4 de este libro).
- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria.** “Médicamente necesario” significa que los servicios, los suministros o los medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen los estándares aceptados de prácticas médicas.
- **Usted tiene un médico de atención primaria (un PCP) de la red que es quien le brinda atención médica y lo supervisa.** Como miembro de nuestro plan, usted debe elegir un PCP de la red (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
 - En la mayoría de las situaciones, su PCP de la red debe otorgarle la aprobación por adelantado antes de que usted use otros proveedores de la red del plan, tales como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de servicios médicos domiciliarios. Esto se denomina extenderle una “derivación”. Para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
 - Las derivaciones de su PCP no son necesarias para la atención de emergencia o de urgencia. También existen otros tipos de atención que usted puede recibir sin tener la aprobación por adelantado de su PCP (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Debe recibir su atención médica de parte de un proveedor de la red** (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, la atención médica que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan) no estará cubierta. *A continuación, le presentamos tres excepciones:*
 - El plan cubre la atención de emergencia o de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información al respecto y para saber el significado de atención de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
 - Si necesita atención médica por la que Medicare le exige cobertura a nuestro plan y los proveedores de nuestra red no pueden proporcionarle esta atención, usted puede recibir esta atención de un proveedor fuera de la red con una derivación de su PCP. En esta situación, usted pagará lo mismo que pagaría si hubiese recibido la atención médica de un proveedor de la red. Para más información sobre cómo obtener aprobación para consultar un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
 - Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan.

SECCIÓN 2 Utilice los proveedores de la red del plan para recibir su atención médica

Sección 2.1 Usted debe elegir un médico de atención primaria (PCP) para que le proporcione atención médica y lo supervise

¿Qué es un “PCP” y qué hace el PCP por usted?

Cuando usted se convierte en miembro de nuestro plan, debe elegir un proveedor del plan para que sea su PCP. Su PCP es un médico que cumple con los requisitos estatales y está capacitado para brindarle atención médica básica. Como explicamos a continuación, usted recibirá su atención básica o de rutina de parte de su PCP. Su PCP también estará a cargo de coordinar el resto de los servicios cubiertos que reciba como miembro del plan.

¿Qué tipos de proveedores pueden ser PCP?

Generalmente, los médicos de familia, de medicina general o medicina interna actúan como PCP.

¿Cómo obtiene atención médica de su PCP?

Por lo general, consultará primero con su PCP para la mayor parte de sus necesidades de atención médica. Su PCP le brindará la mayor parte de su atención y ayudará a disponer o coordinar el resto de los servicios cubiertos que reciba como miembro del plan. Esto incluye sus radiografías, análisis de laboratorio, tratamientos, atención de médicos especialistas, admisiones en el hospital y atención de seguimiento.

Algunas veces tal vez necesite hablar con su médico de atención primaria (PCP) u obtener atención médica cuando el consultorio de su PCP esté cerrado. Si tiene una situación que no es de emergencia y necesita hablar con su PCP después del horario de atención, llame al consultorio de su PCP en cualquier momento y habrá un médico de guardia para ayudarlo. Los miembros con impedimentos auditivos o del habla con aparatos de TTY pueden llamar a Massachusetts Relay Association al TTY 1-800-439-2370 para obtener ayuda sobre cómo comunicarse con su PCP después del horario de atención (el número para los que no son usuarios de TTY para Massachusetts Relay Association es 1-800-439-0183).

¿Qué función desempeña el PCP a la hora de coordinar los servicios cubiertos?

“Coordinar” sus servicios incluye verificar o consultar a otros proveedores del plan acerca de su atención. Si necesita determinados tipos de servicios o suministros cubiertos, su PCP puede derivarlo a un especialista). En algunos casos, su PCP necesitará obtener nuestra autorización previa (aprobación previa). Como su PCP proporcionará y coordinará su atención médica, usted debe haber enviado todos sus registros médicos anteriores al consultorio de su PCP.

¿Cuál es la función del PCP al tomar decisiones u obtener autorización previa?

Ciertas cirugías, suministros, pruebas de diagnóstico y estudios requieren autorización de Tufts Health Plan Medicare Preferred antes de la prestación de los servicios. Su PCP u otro proveedor contratado es responsable de obtener esta autorización. Asegúrese de verificar con su PCP u otro proveedor contratado si se proporcionó esta autorización.

¿Cómo elige usted a su PCP?

Cuando decida sobre un PCP, puede referirse a nuestro Directorio de proveedores. Una vez realizada la elección, debe llamar a Atención al Cliente (consulte el número en la portada de este libro). Un representante de Atención al Cliente verificará que el PCP que eligió acepte nuevos pacientes. Los miembros pueden cambiar de PCP (según se explica en la página siguiente). Si realiza un cambio, el cambio entrará en vigencia el 1 del siguiente mes, y recibirá automáticamente una nueva tarjeta de identificación de miembro en el correo que refleje este cambio. Si está por ingresar a un hospital particular o consultar a un especialista del plan particular, consulte el Directorio de proveedores o hable con su representante de Atención al Cliente para asegurarse de que el PCP que eligió utilice ese hospital o realice derivaciones a ese especialista.

Tenga en cuenta: Si su PCP actual es un proveedor contratado de Tufts Medicare Preferred HMO, debe verificar qué hospital utiliza para los miembros de Tufts Medicare Preferred HMO. Aunque su PCP pueda admitir privilegios en ciertos hospitales, puede usar un hospital particular para los miembros de Tufts Medicare Preferred HMO, y puede ser un hospital diferente del cual fue derivado anteriormente.

Cómo cambiar de PCP

Puede cambiar de PCP por cualquier motivo, en cualquier momento. Además, es posible que su PCP deje de formar parte de la red de proveedores de nuestro plan y usted deba encontrar un nuevo PCP.

Para cambiar PCP, llame a Atención al Cliente. Cuando llame, asegúrese de informarle a Atención al Cliente si está consultando a especialistas o si está recibiendo otros servicios cubiertos que necesiten la aprobación de su PCP (tales como servicios médicos domiciliarios y equipo médico duradero). Atención al Cliente lo ayudará a garantizar que usted siga con la atención especializada y con los demás servicios que ha estado recibiendo cuando cambie su PCP. También se asegurarán de que el PCP al que usted desea cambiarse esté aceptando nuevos pacientes. Si su PCP acepta pacientes nuevos, podrá concertar una cita con su nuevo PCP a partir del primer día del próximo mes. Atención al Cliente cambiará su registro de membresía a fin de mostrar el nombre de su nuevo PCP y le enviará una nueva tarjeta de membresía con el nombre y el número de teléfono de su nuevo PCP. Le recomendamos que realice una cita y coordine para que sus registros sean transferidos al nuevo PCP.

Sección 2.2 ¿Qué tipos de atención médica puede recibir sin tener la aprobación por adelantado de su PCP?

Puede recibir los servicios que se detallan a continuación sin obtener una aprobación por adelantado de su PCP.

- Atención médica de rutina para mujeres, que incluye exámenes de mamas, mamografías de detección (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre que reciba estos servicios de un proveedor de la red.
- Vacunas contra la gripe y vacunas contra la neumonía, siempre y cuando se las administre un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red.
- Atención de urgencia brindada por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no estén disponibles o no se pueda acceder a ellos temporalmente, por ejemplo, cuando usted se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan. (De ser posible, antes de ausentarse del área de servicio, llame a Atención al Cliente de modo que podamos ayudarle a coordinar su diálisis de mantenimiento mientras esté fuera).

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

Un especialista es un médico que proporciona servicios de atención médica para una enfermedad específica o una determinada parte del cuerpo. Existen muchos tipos de especialistas. A continuación, se presentan algunos ejemplos:

- Oncólogos, que atienden a pacientes con cáncer.
- Cardiólogos, que atienden a pacientes con afecciones cardíacas.
- Ortopedistas, que atienden a pacientes con ciertas afecciones óseas, musculares o de las articulaciones.

¿Cuál es la función del PCP en la derivación de miembros a especialistas y otros proveedores?

Generalmente, el PCP ofrece atención preventiva básica y tratamiento para enfermedades comunes. Para los servicios que su PCP no pueda ofrecer, él/ella lo ayudará a disponer o coordinar el resto de los servicios cubiertos que reciba como miembro del plan derivándolo a un especialista.

¿Para qué servicios deberá el PCP obtener autorización previa del plan?

Ciertas cirugías, suministros, pruebas de diagnóstico y estudios requieren autorización de Tufts Health Plan Medicare Preferred antes de la prestación de los servicios. Su PCP u otro proveedor contratado es responsable de obtener esta autorización. Asegúrese de verificar con su PCP u otro proveedor contratado si se proporcionó esta autorización.

Para obtener información sobre qué servicios requieren autorización previa, consulte el Capítulo 4, Sección 2.1. También puede llamar a Atención al Cliente al número que aparece al dorso de este libro para obtener una lista de los servicios que requieran que su PCP u otro proveedor contratado obtengan autorizaciones previas del Plan.

¿Qué es un “círculo de derivación”?

Cada PCP del plan tiene ciertos especialistas del plan denominados “círculo de derivación” que utiliza para proporcionarle atención médica.

Esto significa que en la mayoría de los casos, usted no tendrá acceso a toda la red de Tufts Health Plan Medicare Preferred, excepto en situaciones de atención de urgencia o emergencia o para diálisis renal u otros servicios fuera del área.

Si necesita determinados tipos de servicios o suministros cubiertos, su PCP deberá aprobarlos por adelantado (por ejemplo, derivarlo a un especialista). En algunos casos, su PCP también deberá obtener autorización previa (aprobación previa). Los servicios que requieren autorización previa están marcados con un asterisco en el Cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4. Los servicios que requieren una derivación están marcados dentro del Cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4. Como su PCP proporcionará y coordinará su atención médica, usted debe haber enviado todos sus registros médicos anteriores al consultorio de su PCP.

¿Qué sucede si un especialista u otro proveedor de la red abandonan nuestro plan?

A veces, es posible que un especialista, una clínica, un hospital u otro proveedor de la red que usted esté utilizando abandone el plan. Cuando un proveedor de la red decide abandonar nuestro plan, debe notificar su partida a Tufts Health Plan Medicare Preferred. Tufts Health Plan Medicare Preferred luego le enviará una carta a los miembros que hayan visitado a los proveedores de la red que abandonan en forma regular. La carta identificará la fecha de finalización del proveedor de la red y ofrecerá opciones para los miembros que lo visitan en forma regular. Generalmente, los miembros reciben esta carta al menos 30 días antes de la finalización del proveedor. Atención al Cliente puede ayudarlo si tiene alguna pregunta o brindarle asistencia para encontrar y seleccionar otro proveedor.

Sección 2.4 **Cómo obtener atención médica de proveedores fuera de la red**

Su PCP lo derivará a un proveedor fuera de la red si no hay disponible ningún proveedor dentro de la red que trate su afección específica. Es posible que se requiera autorización de Tufts Health Plan Medicare Preferred con base el servicio a prestar. Consulte el Capítulo 4 para obtener más información.

SECCIÓN 3 **Cómo recibir servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o urgencia**

Sección 3.1 **Cómo obtener atención si tiene una emergencia médica**

¿Qué es una “emergencia médica” y qué debería hacer si tiene una?

Una “**emergencia médica**” es cuando usted o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina creen que usted padece síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida, la pérdida de una extremidad o pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor severo o una afección médica que rápidamente empeora.

Si tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo antes posible.** Llame al 911 para obtener ayuda o visite la sala de emergencias, hospital o centro de atención de urgencia más cercano. Solicite una ambulancia si fuera necesario. *No* es necesario que primero obtenga la aprobación o derivación de su PCP.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de que se haya informado a nuestro plan sobre su emergencia.** Necesitamos hacer un seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona deberían llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente, dentro de un plazo de 48 horas. Debe llamar al número de teléfono de nuestro plan que aparece en el dorso de su tarjeta de membresía.

¿Qué está cubierto si tiene una emergencia médica?

Puede obtener atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios. Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones en las que llegar a una sala de emergencias por otro medio podría poner en peligro su salud. Para obtener más información, consulte el Cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este libro.

Para obtener información sobre la cobertura a nivel mundial para emergencias, consulte el Cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4.

Si usted tiene una emergencia, hablaremos con los médicos que le estén proporcionando la atención de emergencia para ayudar a manejar y realizar un seguimiento de su atención. Los médicos que le están proporcionando atención de emergencia decidirán cuándo su condición es estable y la emergencia médica finaliza.

Una vez que su emergencia médica finalice, usted tiene derecho a atención de seguimiento para asegurarse de que su condición siga siendo estable. Su atención de seguimiento estará cubierta por nuestro plan. Si usted recibe atención de emergencia de parte de proveedores fuera de la red, intentaremos hacer los arreglos para que proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su afección médica y las circunstancias lo permitan.

¿Qué sucede si no se trataba de una emergencia médica?

Algunas veces, puede ser difícil saber si usted tiene una emergencia médica. Por ejemplo, usted podría buscar atención de emergencia (pensando que su salud se encuentra en grave peligro) y el médico puede decir que no era una emergencia médica a fin de cuentas. Si resulta que no era una emergencia, siempre que usted haya pensado razonablemente que su salud estaba en grave peligro, cubriremos su atención médica.

Sin embargo, después que el médico haya informado que *no* se trataba de una emergencia, cubriremos la atención médica adicional *solo* si usted la recibe de una de las siguientes dos maneras:

- Acude a un proveedor de la red para recibir la atención médica adicional.
- La atención médica adicional que usted recibe se considera “atención de urgencia” y usted sigue las reglas para recibir esta atención de urgencia (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 3.2 a continuación).

Sección 3.2	Cómo recibir atención médica cuando tiene una necesidad urgente de atención médica
--------------------	---

¿Qué es la “atención de urgencia”?

“Atención de urgencia” se refiere a una afección, lesión o enfermedad médica imprevista que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata, pero los proveedores de la red del plan no están disponibles o no se puede acceder a ellos temporalmente. La afección imprevista podría ser, por ejemplo, un rebrote imprevisto de una afección ya conocida (por ejemplo: un rebrote de una afección cutánea crónica).

¿Qué sucede si usted se encuentra en el área de servicio del plan cuando tiene una necesidad urgente de atención médica?

En la mayoría de las situaciones, si usted se encuentra en el área de servicio del plan, cubriremos la atención de urgencia *solo* si usted recibe esta atención de un proveedor de la red y si sigue las otras reglas descritas anteriormente en este capítulo. Sin embargo, si las circunstancias son inusuales o extraordinarias, y los proveedores de la red no están disponibles o no se puede acceder a ellos temporalmente, cubriremos la atención de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red.

¿Qué sucede si usted se encuentra fuera del área de servicio del plan cuando tiene necesidad urgente de atención médica?

Cuando usted se encuentra fuera del área de servicio y no puede obtener atención médica de un proveedor de la red, nuestro plan cubrirá la atención de urgencia que usted reciba de cualquier proveedor.

Aunque no es un servicio cubierto de Medicare, nuestro plan cubre la atención de urgencia a nivel mundial.

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de sus servicios cubiertos?

Sección 4.1	Puede solicitarle al plan que pague la parte que le corresponde del costo de sus servicios cubiertos
--------------------	---

Si ha pagado más de su parte por los servicios cubiertos o si ha recibido una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 5 (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido por servicios médicos cubiertos*) para obtener información sobre lo que debe hacer.

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

Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx cubre todos los servicios médicos que son médicamente necesarios, los cuales están enumerados en el Cuadro de beneficios médicos (este cuadro se encuentra en el Capítulo 4 de este libro) y se obtienen de conformidad con las reglas del plan. Usted es responsable de pagar el costo total de los servicios que no están cubiertos por nuestro plan, ya sea porque no son servicios cubiertos por el plan o porque se recibieron fuera de la red sin autorización.

Si tiene alguna pregunta sobre si pagaremos algún servicio o atención médica que esté considerando, usted tiene derecho a preguntarnos si lo cubriremos antes de obtenerlo. Si le informamos que no cubriremos sus servicios, usted tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención médica.

El Capítulo 7 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja[decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*) contiene más información sobre qué hacer si quiere que tomemos una decisión de cobertura o si quiere apelar una decisión que hayamos tomado. Para obtener más información sobre cómo hacerlo, también puede llamar a Atención al Cliente al número que se encuentra en la contraportada de este libro.

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, usted paga el costo total de todos los servicios que reciba una vez que haya agotado su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. El pago de los costos una vez que se ha alcanzado un límite de beneficios no se considerará para su monto máximo de bolsillo. Puede llamar a Atención al Cliente cuando desee saber cuánto límite de beneficio ya ha utilizado.

SECCIÓN 5 ¿Cómo están cubiertos sus servicios médicos cuando se encuentra en un “estudio de investigación clínica”?

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

Un estudio de investigación clínica es una forma en la que los médicos y científicos prueban nuevos tipos de atención médica, por ejemplo, cuán bien funciona un nuevo medicamento contra el cáncer. Ellos solicitan a voluntarios que los ayuden en el estudio para probar nuevos medicamentos o procedimientos de atención médica. Este tipo de estudio es una de las etapas finales de un proceso de investigación que ayuda a los médicos y a los científicos a determinar si un nuevo enfoque funciona y si es seguro.

No todos los estudios de investigación clínica están disponibles para miembros de nuestro plan. En primer lugar, Medicare debe aprobar el estudio de investigación. Si usted participa en un estudio que Medicare *no* ha aprobado aún, *usted será responsable de pagar todos los costos de su participación en el estudio.*

Una vez que Medicare apruebe el estudio, una de las personas que trabaje para el estudio se comunicará con usted para explicarle más acerca del estudio y determinar si usted reúne los requisitos establecidos por los científicos que están realizando el estudio. Usted puede participar en el estudio siempre y cuando cumpla con sus requisitos y comprenda plenamente y acepte lo que implica su participación en el estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayor parte de los costos de los servicios cubiertos que usted recibe como parte del estudio. Cuando usted forma parte de un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y

continuar recibiendo el resto de su atención médica (la atención médica 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* es necesario que obtenga aprobación de nuestro plan o de su PCP. Los proveedores que le brindan atención médica como parte del estudio de investigación clínica *no* tienen que ser necesariamente parte de la red de proveedores de nuestro plan.

Aunque no es necesario que obtenga permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, **debe informarnos antes de comenzar a participar en el mismo.** A continuación, le explicamos los motivos por los cuales usted debe informarnos:

1. Podemos informarle si el estudio de investigación clínica está aprobado por Medicare.
2. Podemos informarle los servicios que obtendrá de los proveedores del estudio de investigación clínica en lugar de nuestro plan.

Si planea participar en un estudio de investigación clínica, comuníquese con Atención al Cliente (consulte el Capítulo 2, Sección 1 de esta *Evidencia de cobertura*).

Sección 5.2 Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga qué?

Una vez que se inscriba en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, tendrá cobertura por los artículos y servicios de rutina que reciba como parte del estudio, incluidos los siguientes:

- Habitación y comida por una hospitalización que Medicare pagaría incluso si usted no estuviese participando en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico, si este forma parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones de la nueva atención médica.

Original Medicare paga la mayor parte del costo de los servicios cubiertos que recibe como parte del estudio. Después que Medicare haya pagado su parte del costo por estos servicios, nuestro plan también pagará parte de los costos. Pagaremos la diferencia entre la participación de los costos en Original Medicare y su participación en los costos como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará el mismo monto por los servicios que reciba como parte del estudio como si los recibiera de nuestro plan.

El siguiente es un ejemplo de cómo funciona la participación en los costos: Supongamos que usted tiene un análisis de laboratorio que cuesta \$100 como parte del estudio de investigación. Supongamos también que su participación en los costos para esta prueba es de \$20 conforme a Original Medicare, pero solo sería \$10 conforme a los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría \$80 por la prueba y nosotros

pagaríamos otros \$10. Esto significa que usted pagaría \$10, que es el mismo monto que usted pagaría conforme a los beneficios de nuestro plan.

Para que paguemos nuestra participación en los costos, usted necesitará presentar una solicitud de pago. Con su solicitud, necesitará enviarnos una copia de nuestras Notificaciones breves de Medicare u otra documentación que muestre los servicios que recibió como parte del estudio y cuánto adeuda. Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre la presentación de solicitudes de pago.

Cuando usted forma parte de un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán ninguno de los siguientes servicios:**

- Por lo general, Medicare *no* pagará el artículo o servicio nuevo que el estudio esté probando, a menos que Medicare cubriera el artículo o servicio, aún cuando usted *no* se encontrara en un estudio.
- Artículos y servicios que el estudio le proporcione a usted o a cualquier participante en forma gratuita.
- Artículos o servicios proporcionados al solo efecto de reunir datos y que no se utilizan en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no pagaría las tomografías computarizadas mensuales que se realicen como parte del estudio si su afección generalmente requiriera una sola tomografía computarizada.

¿Desea obtener más información?

Usted puede obtener más información sobre la inscripción en un estudio de investigación clínica consultando la publicación “Medicare and Clinical Research Studies” (Medicare y los estudios de investigación clínica) en el sitio web de Medicare (<http://www.medicare.gov>). 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 Reglas para obtener atención médica cubierta en una “institución religiosa de cuidados de salud no médica”

Sección 6.1	¿Qué es una institución religiosa de cuidados de salud no médica?
--------------------	--

Una institución religiosa de cuidados de salud no médica es un centro que brinda atención médica para una afección que normalmente sería tratada en un hospital o centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de enfermería especializada está en

contra de las creencias religiosas de los miembros, le brindaremos la cobertura de atención en una institución religiosa de cuidados de salud no médica. Usted puede elegir solicitar atención médica en cualquier momento y por cualquier razón. Este beneficio se proporciona solamente para los servicios para pacientes internados de la Parte A (servicios de cuidados de salud no médicos). Medicare solo pagará los servicios de cuidados de salud no médicos proporcionados por instituciones religiosas de cuidados de salud no médicas.

Sección 6.2	¿Qué atención brindada por una institución religiosa de cuidados de salud no médica está cubierta por nuestro plan?
--------------------	--

Para obtener atención en una institución religiosa de cuidados de salud no médica, debe firmar un documento legal que exprese que se opone por conciencia a obtener tratamiento médico que sea “no exceptuado”.

- La atención o el tratamiento médico “no exceptuado” es toda atención o tratamiento médicos que sea *voluntario* y *no requerido* por ninguna ley local, estatal o federal.
- El tratamiento médico “exceptuado” es atención o tratamiento médicos que *no* sean voluntarios o que *sean requeridos* por la ley local, estatal o federal.

Para tener cobertura de nuestro plan, la atención que reciba de una institución religiosa de cuidados de salud no médica debe cumplir con las siguientes condiciones:

- El centro que brinda la atención debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de nuestro plan de los servicios que usted recibe se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si obtiene servicios de esta institución que son brindados en su hogar, nuestro plan cubrirá estos servicios solo si su afección habitualmente cumpliría con las condiciones de cobertura de servicios brindados por las agencias de servicios médicos domiciliarios que son instituciones no religiosas de cuidados de salud no médicas.
- Si obtiene servicios de esta institución que se le proporcionan en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
 - Debe padecer una afección médica que le permitiría recibir servicios cubiertos de atención médica hospitalaria para pacientes internados o atención en un centro de enfermería especializada.
 - y debe obtener la aprobación por adelantado de nuestro plan antes de ingresar al centro; en caso contrario, su hospitalización no tendrá cobertura.

Los límites de cobertura de Medicare se aplican según se describen en el Capítulo 4 en ‘Atención hospitalaria para pacientes internados’.

SECCIÓN 7 Reglas para la adquisición del equipo médico duradero

Sección 7.1	¿Podrá adquirir el equipo médico duradero después de realizar una determinada cantidad de pagos en nuestro plan?
--------------------	---

El equipo médico duradero incluye artículos como equipo de oxígeno y suministros, sillas de ruedas, andadores y camas hospitalarias solicitados por un proveedor para uso domiciliario. Ciertos artículos, como los prótesis, son siempre de propiedad del inscrito. En esta sección analizaremos otros tipos de equipo médico duradero que se deben alquilar.

En Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de equipo médico duradero adquieren el equipo después de pagar los copagos del artículo durante 13 meses. Como miembro de *Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx*, sin embargo, usted generalmente no será propietario de los artículos de equipo médico duradero alquilados, independientemente de la cantidad de copagos que haya pagado por el artículo mientras es miembro de nuestro plan. Bajo determinadas circunstancias limitadas transferiremos la propiedad del artículo de equipo médico duradero. Llame a Atención al Cliente (los número de teléfono se encuentran en la contraportada de este libro) para obtener más información sobre los requisitos que debe reunir y la documentación que necesita presentar.

¿Qué sucede con los pagos realizados para el equipo médico duradero si se cambia a Original Medicare?

Si se cambia a Original Medicare después de ser un miembro de nuestro plan: Si no adquirió el artículo de equipo médico duradero mientras estuvo en nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos mientras esté en Original Medicare para poder adquirirlo. Sus pagos anteriores mientras estuvo en nuestro plan no cuentan para estos 13 nuevos pagos consecutivos.

Si realizó los pagos para el artículo de equipo médico duradero en Original Medicare *antes* de inscribirse en nuestro plan, estos pagos anteriores de Original Medicare tampoco cuentan para estos 13 nuevos pagos consecutivos. Deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos para ese artículo en Original Medicare para poder adquirir el artículo. No hay excepciones a este caso cuando regresa a Original Medicare.

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)

SECCIÓN 1	Cómo comprender sus costos de bolsillo para los servicios cubiertos	44
Sección 1.1	Tipos de costos de bolsillo que puede pagar por sus servicios cubiertos	44
Sección 1.2	¿Cuál es el monto máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare?.....	44
Sección 1.3	Nuestro plan no permite que los proveedores le “facturen el saldo”	45
SECCIÓN 2	Utilice el <i>Cuadro de beneficios médicos</i> para saber qué está cubierto para usted y cuánto deberá pagar	46
Sección 2.1	Sus beneficios médicos y costos como miembro del plan.....	46
SECCIÓN 3	¿Qué beneficios no están cubiertos por el plan?	83
Sección 3.1	Beneficios que <i>no</i> cubrimos (exclusiones)	83

SECCIÓN 1 Cómo comprender sus costos de bolsillo para los servicios cubiertos

Este capítulo se centra en sus servicios cubiertos y lo que usted paga por sus beneficios médicos. Incluye un Cuadro de beneficios médicos que proporciona una lista de sus servicios cubiertos y le informa cuánto pagará por cada servicio cubierto como miembro de *Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx*. Más adelante en este capítulo, puede encontrar información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También informa sobre las limitaciones en ciertos servicios.

Sección 1.1 Tipos de costos de bolsillo que puede pagar por sus servicios cubiertos

Para comprender la información de pago que le brindamos en este capítulo, es necesario que conozca los tipos de costos de bolsillo que puede pagar por sus servicios cubiertos.

- El **“deducible”** es el monto que usted debe pagar por los servicios médicos antes de que nuestro plan comience a pagar la parte que le corresponde.
- Un **“copago”** es el monto fijo que usted paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. Usted paga un copago en el momento en que recibe el servicio médico. (El Cuadro de beneficios médicos en la Sección 2 le informa sobre sus copagos).
- **“Coseguro”** es el porcentaje que usted paga del costo total de ciertos servicios médicos. Usted paga un coseguro en el momento en que recibe el servicio médico. (El Cuadro de beneficios médicos de la Sección 2 le informa sobre su coseguro).

Algunas personas reúnen los requisitos para los programas estatales de Medicaid a fin de recibir ayuda para pagar sus costos de bolsillo por Medicare. (Estos “Programas de ahorro de Medicare” incluyen los programas de Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB), Beneficiario específico de ingreso bajo de Medicare (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB), Persona que reúne los requisitos (Qualifying Individual, QI) y Personas que trabajan y discapacitados que califican (Qualified Disabled & Working Individuals, QDWI).) Si está inscrito en uno de estos programas, es posible que aún tenga que pagar un copago por el servicio, según las reglas de su estado.

Sección 1.2 ¿Cuál es el monto máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare?

Debido a que usted se encuentra inscrito en un plan Medicare Advantage, hay un límite en el monto que usted tiene que pagar de su bolsillo cada año por servicios médicos dentro de la red que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare *O* por nuestro plan (consulte el Cuadro de beneficios médicos en la Sección 2, a continuación). Este límite se denomina el monto máximo de bolsillo para los servicios médicos.

Como miembro de *Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx*, el monto máximo que tendrá que pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos dentro de la red de la Parte A y la Parte B en el año 2012 es \$3,400. Los montos que paga por deducibles, copagos y coseguro por los servicios cubiertos dentro de la red cuentan para este monto máximo de bolsillo. (El monto que paga por la prima de su plan no cuenta para el monto máximo de bolsillo). Además, los montos que paga por algunos servicios no cuentan para el monto máximo de bolsillo. Estos servicios están marcados con un signo más en el Cuadro de beneficios médicos). Si usted alcanza el monto máximo de bolsillo de \$3,400, no tendrá que pagar ningún costo de bolsillo durante el resto del año para los servicios cubiertos dentro de la red de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, debe continuar pagando la prima de su plan y la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o un tercero paguen su prima de la Parte B).

Sección 1.3	Nuestro plan no permite que los proveedores le “facturen el saldo”
--------------------	---

Como miembro de *Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx*, una protección importante para usted es que, después de alcanzar los deducibles, solo tiene que pagar el monto de participación en los costos del plan cuando recibe los servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos a los proveedores agregar cargos adicionales separados como “facturación del saldo”. Esta protección (usted nunca paga más del monto de participación en los costos del plan) se aplica incluso en los casos donde pagamos al proveedor un monto menor que lo que el proveedor cobra por un servicio, e incluso en caso de existir una disputa donde no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Esta protección funciona de la siguiente manera.

- Si su participación en los costos es un copago (un determinado monto en dólares, por ejemplo, \$15.00), usted paga solamente ese monto por cualquier servicio de un proveedor de la red.
- Si su participación en los costos es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor que consulte:
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (según lo determinado en el contrato entre el proveedor y el plan).
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa con Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare de los proveedores participantes. (Recuerde, el plan cubre los servicios cubiertos de los proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo cuando tiene una derivación).
 - Si usted recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, usted paga el monto del coseguro multiplicado por la tasa

de pago de Medicare de los proveedores no participantes. (Recuerde, el plan cubre los servicios cubiertos de los proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo cuando tiene una derivación).

SECCIÓN 2 Utilice el *Cuadro de beneficios médicos* para saber qué está cubierto para usted y cuánto deberá pagar

Sección 2.1 Sus beneficios médicos y costos como miembro del plan

El Cuadro de beneficios médicos que se encuentra en las siguientes páginas indica los servicios que cubre *Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx* y lo que usted debe pagar de su bolsillo por cada servicio. Los servicios indicados en el Cuadro de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

- Sus servicios cubiertos por Medicare deben proporcionarse conforme a las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (incluyendo atención médica, servicios, suministros y equipo) *deben ser médicamente necesarios*. “Médicamente necesario” significa que los servicios, los suministros o los medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen los estándares aceptados de prácticas médicas.
- Usted recibe atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención médica que reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierta. El Capítulo 3 brinda más información sobre los requisitos para utilizar proveedores de la red y sobre las situaciones en las que cubriremos los servicios de un proveedor fuera de la red.
- Usted tiene un médico de atención primaria (un PCP) que es quien le brinda atención médica y lo supervisa. En la mayoría de las situaciones, su PCP debe otorgarle la aprobación por adelantado antes de que usted consulte a otros proveedores de la red del plan. Esto se denomina darle una “derivación”. El Capítulo 3 proporciona más información sobre cómo obtener una derivación y las situaciones en las que no necesita una derivación.
- Algunos de los servicios enumerados en el Cuadro de beneficios médicos están cubiertos *solo* si su médico u otro proveedor de la red obtienen aprobación por adelantado (a veces denominada “autorización previa”) de nuestra parte. Los servicios cubiertos que necesitan aprobación por adelantado están marcados en el Cuadro de beneficios médicos con un asterisco.
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo en Original Medicare, también cubrimos el servicio sin costo para usted. Sin embargo, si también es tratado o controlado por una afección médica existente durante la visita cuando recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención médica recibida debido a la afección médica existente.

Cuadro de beneficios médicos

Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
Atención para pacientes internados	
<p>Atención hospitalaria para pacientes internados⁽</p> <p><u>Para la atención en un hospital general de atención de enfermedades agudas</u>, está cubierto por la cantidad de días que sean médicamente necesarios: no hay límite. Incluye servicios de salud mental y abuso de sustancia recibidos en un hospital de atención de enfermedades agudas, pero no incluye servicios de rehabilitación. El término “período de beneficios” de Medicare no se aplica para determinar su copago o días cubiertos en un hospital de atención de enfermedades agudas.</p> <p><u>Para atención en un hospital de rehabilitación intensiva, de atención de enfermedades agudas a largo plazo o en una unidad de rehabilitación de un hospital de atención de enfermedades agudas</u>, está cubierto hasta 90 días cada período de beneficios. El término “período de beneficios” de Medicare se aplica para determinar sus días cubiertos, no su copago, que se paga por admisión. Si excede el límite de 90 días por período de beneficios, puede usar los 60 días de reserva vitalicia (utilizados una vez de por vida) para proporcionar cobertura adicional, si esos días ya no han sido utilizados.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o habitación privada si fuese médicamente necesario) • Comidas, incluyendo dietas especiales • Servicios regulares de enfermería • Costos de las unidades de atención especial (como las unidades de cuidado intensivo o coronario) • Medicamentos 	<p><u>Hospital de atención de enfermedades agudas:</u></p> <p>Cada vez que es admitido a un hospital de atención de enfermedades agudas, usted paga \$200 por día para 1 a 10 días y \$0 después del día 10. Esto se aplica a todas las admisiones, incluso una transferencia de otro centro como un centro de rehabilitación intensiva o de enfermería especializada.</p> <p>Si usted recibe atención como paciente internado con autorización en un hospital fuera de la red una vez que su afección de emergencia ha sido estabilizada, su costo es la participación en los costos que pagaría en un hospital de la red.</p> <p><u>Servicios de rehabilitación intensiva:</u></p>

* Excepto en una emergencia, se requiere autorización previa de Tufts Health Plan Medicare Preferred antes de recibir este servicio.

Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Análisis de laboratorio • Radiografías y otros servicios radiológicos • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios • Uso de aparatos, como sillas de ruedas • Costos de quirófano y sala de recuperación • Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje • Servicios por abuso de sustancias para pacientes internados • Bajo ciertas condiciones, se cubren los siguientes tipos de trasplantes: De córnea, riñón, riñón y páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, célula madre e intestinal/multivisceral. En caso que necesite un trasplante, haremos los arreglos necesarios para que un centro de trasplantes aprobado por Medicare revise su caso y decida si usted es candidato para un trasplante. Si <i>Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx</i> proporciona servicios de trasplante en una ubicación distante (más lejos que los patrones normales de atención médica comunitaria) y usted elige obtener trasplantes en una ubicación distante, arreglaremos o pagaremos los costos de transporte y alojamiento adecuados para usted y un acompañante. • Sangre, incluyendo almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa, concentrado de eritrocitos y otros hemoderivados, comienza con la primera pinta de sangre que usted necesite. • Servicios de médicos. <p>Nota: Para ser hospitalizado, su proveedor debe emitir una orden para internarlo en el hospital. Aun cuando permanezca en el hospital para pasar la noche, usted podría ser considerado un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro si es un paciente internado, debe preguntarle al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada “¿Es usted un paciente internado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!”. Esta hoja de datos está disponible en Internet en</p>	<p>Usted paga \$0 por hasta un máximo de 90 días en un período de beneficios para los servicios cubiertos por Medicare recibidos en un hospital de atención de enfermedades agudas a largo plazo o de rehabilitación intensiva, o dicho nivel de atención en un hospital de atención de enfermedades agudas.</p> <p>Un período de beneficios comienza el primer día que lo internan en un hospital o en un centro de enfermería especializada cubiertos por Medicare. El período de beneficios finaliza cuando transcurren 60 días consecutivos de no estar internado en un hospital o centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF). Si ingresa en un hospital (o SNF) después de que finalizó un período de beneficios, se inicia un nuevo período de beneficios. La cantidad de períodos de beneficios que pueda tener es ilimitada.</p> <p>(Consulte Centro de enfermería especializada más adelante en este</p>

Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/11435.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar gratuitamente a estos números, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	<p>cuadro para conocer la participación en los costos y los días cubiertos en un SNF).</p>

Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención de salud mental para pacientes internados^(*)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de salud mental que requieren hospitalización. Usted está cubierto hasta un máximo de 90 días por período de beneficios, menos cualquier otro día de hospital utilizado en el mismo período de beneficios. Hay un límite de 190 días de por vida para los servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico. El período de beneficios de 90 días y el límite de 190 días de por vida no se aplican a los servicios proporcionados en una unidad psiquiátrica de un hospital de atención de enfermedades agudas.</p> <p>Para los servicios de salud mental/abuso de sustancias de pacientes internados, deberá utilizar el hospital dentro del círculo de derivación de su médico de atención primaria (PCP) designado para servicios de salud mental. Esto puede requerir una transferencia del hospital que usa su PCP para los servicios médicos y quirúrgicos al centro designado para servicios de salud mental.</p>	<p>Cada vez que es admitido a un hospital psiquiátrico para servicios cubiertos, usted paga \$179 por día para 1 a 10 días y \$0 para 11 a 90 días.</p> <p>Su copago se paga por admisión, no por período de beneficios. El período de beneficios se usa para determinar el número de días que puede recibir servicios cubiertos.</p> <p>Un período de beneficios empieza el primer día en que usted concurre a un hospital psiquiátrico cubierto por Medicare. El período de beneficios finaliza cuando no ha sido un ingreso a un hospital o centro de enfermería especializada durante 60 días consecutivos. Al final de este período de 60 días, comienza un nuevo período de beneficios. La cantidad de períodos de beneficios que pueda tener es ilimitada.</p>

* Excepto en una emergencia, se requiere autorización previa de Tufts Health Plan Medicare Preferred antes de recibir este servicio.

Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención en centros de enfermería especializada (SNF)⁽ (Para ver una definición de “centro de enfermería especializada”, consulte el Capítulo 10 de este libro. Los centros de enfermería especializada a veces se denominan “SNF”).</p> <p>Usted tiene cobertura durante 100 días por cada período de beneficios. No se requiere ninguna hospitalización previa. Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o habitación privada si fuese médicamente necesario). • Comidas, incluyendo dietas especiales. • Servicios regulares de enfermería • Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla. • Medicamentos que se le administran como parte de su plan de atención médica (esto incluye sustancias que están naturalmente presentes en el cuerpo, tales como factores de coagulación de la sangre). • Sangre, incluyendo almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa, concentrado de eritrocitos y otros hemoderivados, comienza con la primera pinta de sangre que usted necesite. • Suministros médicos y quirúrgicos proporcionados comúnmente por los SNF • Análisis de laboratorio proporcionados comúnmente por los SNF. • Radiografías y otros servicios radiológicos proporcionados comúnmente por los SNF. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, proporcionados comúnmente por los SNF. 	<p>Durante cada período de beneficios, usted paga \$65 por día para 1 a 20 días y \$0 por día para 21 a 100 días.</p> <p>Un período de beneficios comienza el primer día que lo internan en un hospital o en un centro de enfermería especializada cubiertos por Medicare. El período de beneficios finaliza cuando transcurren 60 días consecutivos de no estar internado en un hospital o centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF). Si ingresa en un hospital (o SNF) después de que finalizó un período de beneficios, se inicia un nuevo período de beneficios. La cantidad de períodos de beneficios que pueda tener es ilimitada.</p>

+ Los costos de los miembros para los servicios no cubiertos, o después de agotar el beneficio, no se aplican hacia el monto máximo de bolsillo de \$3,400.

* Excepto en una emergencia, se requiere autorización previa de Tufts Health Plan Medicare Preferred antes de recibir este servicio

Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de médicos. <p>Por lo general, usted recibirá su atención de SNF en los centros del plan. Sin embargo, bajo ciertas condiciones que se enumeran a continuación, es posible que usted pueda pagar una participación en los costos de la red por un centro que no sea un proveedor del plan, siempre que el centro acepte los montos de nuestro plan como forma de pago.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una residencia de ancianos o una comunidad de atención continua para jubilados en la que estaba viviendo antes de ir al hospital (siempre y cuando proporcione atención de centro de enfermería especializada). • Un SNF en el que su cónyuge está viviendo en el momento en que usted se retira del hospital. 	
<p>Servicios para pacientes internados durante una hospitalización no cubierta⁴</p> <p>Como se describe anteriormente, el plan cubre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La cantidad de días que sean médicamente necesarios para la atención en un hospital general de atención de enfermedades agudas • Hasta 90 días por cada período de beneficios para atención en un hospital de atención de enfermedades agudas a largo plazo o de rehabilitación • Un límite de 190 días de por vida para los servicios de abuso de sustancias y atención de salud mental proporcionados en un hospital psiquiátrico independiente. • Hasta 100 días por período de beneficios para atención en un centro de enfermería especializada (SNF) <p>Si agotó sus beneficios de paciente internado o si la hospitalización no es razonable y necesaria, no cubriremos su hospitalización. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos algunos servicios que</p>	<p>Usted paga \$0 por los servicios cubiertos por Medicare proporcionados en el hospital o centro de enfermería especializada (SNF).</p>

* Excepto en una emergencia, se requiere autorización previa de Tufts Health Plan Medicare Preferred antes de recibir este servicio.

Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>reciba mientras se encuentre hospitalizado en un hospital o centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de médicos. • Pruebas de diagnóstico (como análisis de laboratorio) • Radiografías, radioterapia y terapia con isótopos que incluyen materiales técnicos y servicios • Vendajes quirúrgicos • Tablillas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir las fracturas y las dislocaciones • Dispositivos protésicos y ortopédicos (que no sean odontológicos) que sustituyan la totalidad o parte de un órgano interno del cuerpo (incluso tejido contiguo), o la totalidad o parte de la función de un órgano interno del cuerpo permanentemente inoperante o que funcione mal, incluida la sustitución o la reparación de esos dispositivos • Aparatos ortopédicos para pierna, brazo, espalda y cuello; bragueros y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos los ajustes, las reparaciones y los reemplazos requeridos por ruptura, desgaste, pérdida o cambio en la condición física del paciente • Terapia física, terapia del habla y terapia ocupacional 	
<p>Atención por parte de una agencia de servicios médicos domiciliarios⁽</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería especializada y de asistente de salud a domicilio a tiempo parcial o intermitentes (para contar con cobertura conforme al beneficio de atención médica domiciliaria, sus servicios de enfermería especializada y de asistente de salud a domicilio combinados no deben superar las 8 horas por día y las 35 horas por semana) 	<p>Usted paga \$0 por los servicios de atención médica domiciliaria cubiertos por Medicare, incluso los servicios de terapia de infusión domiciliaria.</p>

* Excepto en una emergencia, se requiere autorización previa de Tufts Health Plan Medicare Preferred antes de recibir este servicio.

Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios sociales y médicos • Equipo y suministros médicos 	
<p>Cuidados paliativos</p> <p>Usted puede recibir atención de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red.</p> <p>Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará sus servicios de cuidados paliativos y todos los servicios de la Parte A y B relacionados con su afección terminal. Mientras se encuentre en el programa de cuidados paliativos, su proveedor de cuidados paliativos le facturará a Original Medicare los servicios por los que paga.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para el control de los síntomas y el alivio del dolor • Cuidados paliativos a corto plazo • Atención domiciliaria <p>Usted todavía es miembro de nuestro plan. Si necesita cuidados no paliativos (atención médica que no está relacionada con su afección terminal), tiene dos opciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Puede obtener sus cuidados no paliativos de los proveedores del plan. En este caso, usted solo paga la participación en los costos que permite el plan. • O bien, puede obtener su atención médica cubierta por 	<p>Cuando se inscribe en un programa de un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare, Original Medicare paga por sus servicios en el centro de cuidados paliativos y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su afección terminal, no <i>Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx</i>.</p>

Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Original Medicare. En este caso, debe pagar los montos de participación en los costos conforme a Original Medicare, excepto la atención de urgencia o emergencia. Sin embargo, después del pago, puede solicitarnos un reembolso de la diferencia entre la participación en los costos en nuestro plan y la participación en los costos conforme a Original Medicare.</p> <p>Nota: Si necesita cuidados no paliativos (atención médica que no está relacionada con su afección terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios. Si obtiene sus cuidados no paliativos a través de nuestros proveedores de la red, se disminuirá su participación en los costos para los servicios.</p> <p>Nuestro plan cubre una consulta de cuidados paliativos para un miembro con enfermedad terminal que no haya sido elegible para recibir los servicios conforme al beneficio de cuidados paliativos.</p>	
Servicios para pacientes ambulatorios	
<p>Servicios de médicos, incluyendo las visitas al consultorio del médico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos o quirúrgicos médicamente necesarios prestados en el consultorio de un médico, centro de cirugía ambulatoria certificado, departamento hospitalario para pacientes ambulatorios o cualquier otra ubicación • Consulta, diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista • Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su PCP o un especialista, si su médico lo ordena para ver si necesita tratamiento médico • Visitas al consultorio a través de Telehealth, que incluyen consulta, diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía • Cuidados odontológicos no rutinarios (los servicios cubiertos 	<p>Usted paga \$20 por cada visita cubierta con su PCP u otro médico de atención primaria.</p> <p>Usted paga \$30 por cada visita cubierta con un especialista.</p> <p>Usted paga \$0 por un examen físico anual.</p> <p>Usted paga \$0 por las visitas a su PCP, enfermera registrada/enfermero practicante o clínica anticoagulante cuando va exclusivamente para una prueba de tiempo de protrombina (visita anticoagulante).</p>

Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>están limitados a cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas, fijación de fracturas de la mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación por enfermedad neoplásica maligna o servicios que estarían cubiertos si fueran proporcionados por un médico)</p>	<p>Antes de recibir los servicios de un especialista, debe obtener primero una derivación de su PCP.</p> <p>Consulte “Cirugía ambulatoria, incluidos los servicios proporcionados en centros hospitalarios y centros de cirugía ambulatoria”, más adelante en este cuadro para conocer el copago que paga por los procedimientos y servicios para pacientes ambulatorios incluidos entre otros la endoscopía terapéutica y de diagnóstico y la cirugía ambulatoria en un hospital para pacientes ambulatorios o centro de cirugía ambulatoria.</p>
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</p> <p>Cubrimos servicios médicamente necesarios que obtiene en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital para diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en un departamento de emergencias o clínica para pacientes ambulatorios, incluyendo cirugía en el mismo día. • Análisis de laboratorio facturados por el hospital. • Atención de la salud mental, incluyendo la atención médica en un programa de hospitalización parcial si un médico certifica que el tratamiento del paciente internado se 	<p>Usted paga \$65 por cada visita a una sala de emergencias cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga \$165 por día para servicios y procedimientos para pacientes ambulatorios, incluidos, entre otros, la cirugía ambulatoria realizada en un hospital para pacientes</p>

Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>requeriría sin el mismo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías y otros servicios radiológicos facturados por el hospital. • Suministros médicos, como tablillas y yesos. • Ciertos exámenes de detección y servicios preventivos. • Ciertos medicamentos y productos biológicos que usted no puede administrarse por sus propios medios. <p>Nota: Excepto cuando el proveedor haya emitido una orden para admitirlo como paciente internado al hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de participación en los costos de los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aun cuando permanezca en el hospital para pasar la noche, usted podría ser considerado un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro si es un paciente ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada “¿Es usted un paciente internado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!”. Esta hoja de datos está disponible en Internet en http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/11435.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar gratuitamente a estos números, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	<p>ambulatorios o centro de cirugía ambulatoria.</p> <p>Usted paga \$0 por los análisis de laboratorio, radiografías y otros servicios radiológicos facturados por el hospital, y suministros médicos como tablillas y yesos.</p>
<p>Servicios quiroprácticos⁽</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cubrimos solo la manipulación manual de la columna para corregir la subluxación. 	<p>Usted paga \$15 por cada visita cubierta por Medicare.</p> <p>Antes de recibir los servicios, debe obtener primero una derivación de su PCP.</p>

+ Los costos de los miembros para los servicios no cubiertos, o después de agotar el beneficio, no se aplican hacia el monto máximo de bolsillo de \$3,400.

Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de podología⁶</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento de lesiones y enfermedades de los pies (tales como dedo martillo o espolón en el talón). • Podología de rutina para miembros con ciertas afecciones médicas que afectan las extremidades inferiores como enfermedad vascular periférica, neurológica o metabólica (cierre o bloqueo de las arterias que llevan sangre a los brazos y piernas). <p>Para la podología relacionada con la diabetes, consulte “Capacitación de autocontrol de la diabetes, suministros y servicios diabéticos” en este cuadro de beneficios.</p>	<p>Usted paga \$30 por cada consulta cubierta por Medicare</p> <p>Antes de recibir los servicios, debe obtener primero una derivación de su PCP.</p>
<p>Atención de salud mental para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Servicios de salud mental brindados por un médico, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermero practicante, asistente médico u otro profesional de atención de salud mental calificado por Medicare, según lo permitido conforme a las leyes estatales aplicables.</p>	<p>Usted paga \$30 por cada visita de terapia individual o grupal para los servicios de salud mental para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.</p> <p>Antes de recibir los servicios de un especialista, debe obtener primero una derivación de su PCP.</p>
<p>Servicios de hospitalización parcial⁶</p> <p>La “hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo proporcionado en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios o por un centro de salud mental comunitario, que es más intenso que la atención médica</p>	<p>Usted paga \$0 por los servicios de hospitalización parcial si un médico de la red certifica que el tratamiento</p>

* Excepto en una emergencia, se requiere autorización previa de Tufts Health Plan Medicare Preferred antes de recibir este servicio.

Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>recibida en el consultorio de su médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización del paciente.</p>	<p>para pacientes internados será necesario sin ella.</p> <p>Antes de recibir los servicios de un especialista, debe obtener primero una derivación de su PCP.</p>
<p>Servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</p>	<p>Usted paga \$30 por cada visita de terapia individual o grupal para los servicios de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga \$0 por los servicios de hospitalización parcial si un médico de la red certifica que el tratamiento para pacientes internados será necesario sin ella.</p> <p>Antes de recibir los servicios de un especialista, debe obtener primero una derivación de su PCP.</p>
<p>Cirugía ambulatoria, incluidos los servicios proporcionados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria¹</p>	<p>Usted paga \$165 por día para servicios y procedimientos para</p>

* Excepto en una emergencia, se requiere autorización previa de Tufts Health Plan Medicare Preferred antes de recibir este servicio.

Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Nota: Si le realiza una cirugía en un hospital, usted debe controlar con su proveedor si será un paciente ambulatorio o internado. Excepto cuando el proveedor haya emitido una orden para admitirlo como paciente internado al hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de participación en los costos de cirugía ambulatoria. Aun cuando permanezca en el hospital para pasar la noche usted podría ser considerado un “paciente ambulatorio”.</p>	<p>pacientes ambulatorios, incluidos, entre otros, la endoscopia terapéutica y de diagnóstico, y cirugía ambulatoria realizada en un hospital para pacientes ambulatorios o centro de cirugía ambulatoria.</p> <p>Consulte “Exámenes de detección de cáncer colorrectal” más adelante en este cuadro para conocer su participación en los costos para los procedimientos de los exámenes de detección colorrectales.</p> <p>Usted no paga copago por cirugía ambulatoria si es admitido al hospital como paciente internado por la misma afección dentro de las 24 horas posteriores a un procedimiento o cirugía ambulatorios (consulte “Atención hospitalaria para pacientes internados” en este cuadro para conocer el deducible hospitalario que se aplica en su lugar). Si es mantenido por observación, el copago aún se aplica.</p> <p>Antes de recibir los servicios de un especialista, debe obtener primero una derivación de su PCP.</p>

Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de ambulancia</p> <ul style="list-style-type: none">• Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia con aeronaves de ala fija, de ala rotativa y servicios terrestres hasta el centro adecuado más cercano que pueda proporcionar atención solo si se prestan a miembros cuya afección médica sea tal que otros medios de transporte estén contraindicados (podrían poner en peligro la salud de la persona) o si están autorizados por el plan. La afección del miembro debe requerir tanto el transporte en ambulancia como el nivel de servicios proporcionados para que el servicio facturado se considere médicamente necesario.• El transporte en ambulancia que no sea de emergencia es adecuado si se documenta que la afección del miembro es tal que otros medios de transporte están contraindicados (podrían poner en peligro la salud de la persona) y que el transporte en ambulancia es médicamente requerido.	<p>Usted paga \$150 por los servicios de ambulancia cubiertos por Medicare por día.</p> <p>Los servicios de ambulancia de emergencia y que no son de emergencia están cubiertos según las pautas de Medicare según la necesidad médica. Si su situación califica para cobertura, pagará el copago descrito arriba.</p> <p>Si su situación no reúne los criterios de Medicare y elige usar una ambulancia de todos modos, usted será responsable del costo completo.</p> <p>El transporte en camioneta con silla de ruedas (automóvil con sillas) no está cubierto incluso si es ofrecido por una compañía de ambulancias.</p> <p>El transporte en ambulancia al consultorio de un médico no está cubierto a menos que se proporcione durante una hospitalización aprobada y el transporte reúna los criterios de Medicare.</p>

Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención de emergencia</p> <p>La atención de emergencia es la atención necesaria para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.</p> <p>Una emergencia médica es cuando usted o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina creen que usted padece síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida, la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser enfermedad, lesión, dolor severo o una afección médica que rápidamente empeora.</p> <p>Cobertura a nivel mundial para atención de emergencia.</p>	<p>Usted paga \$65 por cada visita a una sala de emergencias cubierta por Medicare.</p> <p>Usted no paga este monto si es admitido al hospital como paciente internado por la misma afección dentro de las 24 horas posteriores (consulte Atención hospitalaria para pacientes internados en esta sección para conocer el copago hospitalario que se aplica en su lugar). Si es mantenido por observación, el copago de \$65 aún se aplica</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención para pacientes internados después de que se estabiliza su afección de emergencia, deberá regresar a un hospital de la red para que su atención siga estando cubierta <i>O</i> el plan debe autorizar su atención para pacientes internados en el hospital fuera de la red y su costo será la participación en los</p>

Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
	costos que pagaría en un hospital de la red.
<p>Atención de urgencia</p> <p>La atención de urgencia se refiere a la atención brindada para tratar una afección, lesión o enfermedad médica imprevista que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata, pero los proveedores de la red del plan no están disponibles o no se puede acceder a ellos temporalmente.</p> <p>Cobertura a nivel mundial para la atención de urgencia.</p>	<p>Usted paga \$20 por cada visita al consultorio o centro de atención de urgencia cubierta por Medicare con un médico de atención primaria.</p> <p>Usted paga \$30 por cada visita al consultorio o centro de atención de urgencia cubierta por Medicare con un especialista.</p> <p>Usted paga \$65 por cada visita de atención de urgencia a una sala de emergencias cubierta por Medicare.</p>
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen: Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje,</p> <p>Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se prestan en diferentes entornos para pacientes ambulatorios, como departamentos hospitalarios para pacientes ambulatorios, consultorios independientes de terapeutas y centros integrales de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF).</p>	<p>Usted paga \$30 por cada visita a terapia física, terapia ocupacional o terapia del habla/lenguaje cubierta por Medicare, independientemente del entorno para pacientes ambulatorios.</p>

Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
	Usted paga \$0 por terapia respiratoria y terapia de rehabilitación cardíaca cubierta por Medicare. Antes de recibir los servicios, debe obtener primero una derivación de su PCP.
Servicios de rehabilitación cardíaca* (Los programas integrales que incluyen ejercicio, educación y asesoramiento están cubiertos para los miembros que reúnen ciertas condiciones con una derivación del médico. El plan también cubre programas de rehabilitación cardíaca intensiva que, generalmente, son más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	Usted paga \$0 por los servicios cubiertos por Medicare.
Servicios de rehabilitación pulmonar* (Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para los miembros que padecen una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD) de moderada a muy severa y una derivación para rehabilitación pulmonar solicitada por el médico que trata la enfermedad respiratoria crónica.	Usted paga \$0 por los servicios cubiertos por Medicare.
Equipo médico duradero y suministros relacionados ((Para obtener una definición de "equipo médico duradero", consulte el Capítulo 10 de este libro).	Usted paga 20% del coseguro por artículos y

+ Los costos de los miembros para los servicios no cubiertos, o después de agotar el beneficio, no se aplican hacia el monto máximo de bolsillo de \$3,400.

* Excepto en una emergencia, se requiere autorización previa de Tufts Health Plan Medicare Preferred antes de recibir este servicio.

Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Los artículos cubiertos incluyen, entre otros: Sillas de ruedas, muletas, cama hospitalaria, bomba de infusión intravenosa, equipo de oxígeno, nebulizador y andador.</p>	<p>suministros relacionados cubiertos por Medicare.</p> <p>Consulte “Suministros y Equipo médico duradero (DME) cubiertos adicionales” en este cuadro para conocer los otros artículos cubiertos por el plan.</p>
<p>Dispositivos protésicos y suministros relacionados¹</p> <p>Dispositivos (que no sean odontológicos) que sustituyan una parte o una función del cuerpo. Esto incluye, entre otros: Bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con los cuidados de colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, calzado protésico, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluyendo al sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con los dispositivos protésicos y reparación o reemplazo de dispositivos protésicos. También incluye cierta cobertura después de una eliminación de cataratas o una cirugía de cataratas. Para obtener información detallada, consulte “Atención oftalmológica” más adelante en esta sección.</p>	<p>Usted paga 20% del coseguro por artículos y suministros relacionados cubiertos por Medicare.</p> <p>Consulte “Suministros y equipo médico duradero (DME) cubiertos adicionales” más adelante en este cuadro para conocer los otros artículos cubiertos por el plan.</p>
<p>Capacitación de autocontrol de la diabetes, servicios diabéticos y suministros</p> <p>Para todas las personas que tienen diabetes (insulino-dependientes o no). Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medidor de glucosa en sangre, tiras reactivas de glucosa en sangre, dispositivos de lancetas y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la exactitud de las tiras reactivas y los medidores • Para las personas con diabetes que sufren de enfermedad 	<p>Usted paga \$0 por los servicios cubiertos por Medicare recibidos en un entorno para pacientes ambulatorios.</p> <p>Antes de recibir los servicios de un especialista, debe obtener</p>

* Excepto en una emergencia, se requiere autorización previa de Tufts Health Plan Medicare Preferred antes de recibir este servicio.

Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>grave de pie diabético: Un par de zapatos terapéuticos hechos a medida por año calendario (incluidas las plantillas proporcionadas con esos 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 esos zapatos). La cobertura incluye la adaptación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La capacitación de autocontrol de la diabetes está cubierta bajo ciertas condiciones • Para personas que están en riesgo de tener diabetes: Las pruebas de glucosa en plasma en ayunas según sea médicamente necesario. 	<p>primero una derivación de su PCP.</p>
<p>Pruebas de diagnóstico, servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías • Terapia de radiación (radioterapia y terapia con isótopos) que incluyen materiales técnicos y suministros • Servicios radiológicos de diagnóstico • Quimioterapia • Suministros quirúrgicos, tales como vendajes • Tablillas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir las fracturas y las dislocaciones • Análisis de laboratorio • Sangre. La cobertura comienza con la cuarta pinta de sangre que usted necesita. La cobertura comienza con la primera pinta de sangre que usted necesita. La cobertura para el almacenamiento y la administración comienza con la primera pinta de sangre que usted necesita. • Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios (Ciertos servicios, como estudios del sueño, requieren autorización previa de Tufts Health Plan Medicare Preferred. Consulte el Capítulo 3, Sección 2.3 para obtener información 	<p>Usted paga \$0 por servicios cubiertos por Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de laboratorio • Pruebas y procedimientos de diagnóstico • Servicios radiológicos terapéuticos • Quimioterapia <p>Usted paga 20% del coseguro hasta un máximo de \$100. por día por servicio cubierto por Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías • Servicios radiológicos de diagnóstico <p>Antes de recibir servicios de radiología terapéuticos o de diagnóstico como radiografías, ultrasonido, tomografía por emisión de</p>

Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
adicional).	positrones, resonancia magnética, tomografía computarizada o servicios de terapia de radiación, primero debe obtener una orden o receta por escrito de su PCP o del especialista al cual fue derivado por su PCP, según corresponda.
Atención oftalmológica Los servicios cubiertos incluyen: <ul style="list-style-type: none">• Servicios para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y afecciones de los ojos. Original Medicare no cubre los exámenes oftalmológicos de rutina (refracciones oftalmológicas) para anteojos o lentes de contacto.• Para las personas que tienen un alto riesgo de contraer glaucoma, como personas con antecedentes familiares de glaucoma, personas con diabetes y afroamericanos mayores de 50 años: exámenes de detección de glaucoma una vez por año.	Usted paga \$30 por cada visita ambulatoria cubierta por Medicare. Usted paga \$0 por un examen anual de detección de glaucoma si presenta alto riesgo. Antes de recibir los servicios de un especialista para el diagnóstico y/o tratamiento de una afección médica de la vista, debe obtener primero una derivación de su PCP.

Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none">• Un par de anteojos o lentes de contacto terapéuticos estándar (recetado) después de cada cirugía de cataratas que incluye inserción de un lente intraocular. Lentes correctivos/marcos (y reemplazos) necesarios después de una eliminación de cataratas sin implante de lente (tintes, protección antirreflejos, lentes U-V o extra grandes están cubiertos solo cuando el médico tratante los considere médicamente necesarios) • Un par de anteojos terapéuticos estándar (recetado) cada año calendario (incluye un par de marcos estándar y lentes de visión simple, bifocales y trifocales) o lentes de contacto por cambio de receta para queratocono, anisometropía (más de 3.0 dioptrías) o miopía elevada (más de 7.0 dioptrías) • Un examen oftalmológico de rutina cada año calendario	<p>Usted paga \$0 por un par de anteojos estándar o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas a cargo de un proveedor oftalmológico del plan. No pagará costo alguno más allá del cargo permitido por Medicare. Los reemplazos también están cubiertos.</p> <p>No se requiere derivación para este servicio pero debe obtener los artículos ópticos cubiertos de un proveedor del plan.</p> <p>Usted paga \$0 por un par de anteojos estándar o lentes de contacto para queratocono, anisometropía o miopía elevada. No pagará costo alguno más allá del cargo permitido.</p> <p>No se requiere derivación para este servicio pero debe obtener los artículos ópticos cubiertos de un proveedor del plan.</p> <p>Usted paga \$30 por cada</p>

Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> Un par de anteojos de rutina (lentes y marcos recetados) cada año calendario o lentes de contacto⁺. Nota: Este beneficio de \$150 no puede combinarse con los beneficios de anteojos o lentes de contacto estándar descritos anteriormente o con ninguna oferta de descuento. Los artículos de venta están excluidos y no se pueden combinar con ningún otro descuento, cupón o código promocional de las tiendas. Deben adquirirse en un proveedor o ubicación que participe en la red EyeMed. El beneficio anual de \$150 se puede aplicar a los anteojos O a los lentes de contacto pero no a ambos. Para los anteojos, el beneficio es para marcos nuevos con lentes nuevos (no se puede usar con marcos nuevos solamente). <p>⁺ Los costos de los miembros para los servicios no cubiertos, o después de agotar el beneficio, no se aplican hacia el monto máximo de bolsillo de \$3,400.</p>	<p>examen oftalmológico de rutina anual.</p> <p>No se requiere derivación para un examen oftalmológico de rutina anual, pero debe usar un proveedor del plan.</p> <p>El Plan paga hasta \$150 cada año calendario respecto del precio minorista total que usted paga por anteojos recetados de rutina o lentes de contacto comprados en un proveedor oftalmológico del plan. Usted paga todos los cargos superiores a \$150 por año calendario.</p> <p>El beneficio anual de \$150 se puede aplicar a los anteojos O a los lentes de contacto pero no a ambos.</p>
Servicios preventivos	
<p>Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo en Original Medicare, también cubrimos el servicio sin costo para usted. No obstante, si recibe tratamiento o control para una afección médica existente durante la visita en la que recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago para la atención que reciba para la afección existente.</p>	
<p>Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal Una única ecografía de detección para las personas en riesgo con una derivación de su PCP.</p>	<p>Usted paga \$0 por este único examen de detección cubierto por Medicare.</p>

Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
	Antes de recibir este examen de detección, debe obtener primero una derivación de su PCP.
<p>Medición de masa ósea</p> <p>Para las personas que reúnan los requisitos (generalmente, esto significa personas en riesgo de perder masa ósea o de padecer osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses, o con mayor frecuencia si fueran médicamente necesarios: procedimientos para identificar masa ósea, detectar pérdida ósea o determinar la calidad de los huesos, incluyendo la interpretación médica de los resultados.</p>	Usted paga \$0 por los servicios cubiertos por Medicare realizados por un proveedor del plan.
<p>Examen de detección de cáncer colorrectal</p> <p>Para personas de 50 años o más, se cubren los siguientes exámenes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sigmoidoscopia flexible (o enema opaco de control como una alternativa) cada 48 meses • Prueba de detección de sangre en materia fecal, cada 12 meses <p>En el caso de las personas con alto riesgo de cáncer colorrectal, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colonoscopia de detección (o enema opaco de control como una alternativa) cada 24 meses <p>En el caso de las personas que no tienen alto riesgo de cáncer colorrectal, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colonoscopia de detección cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses posteriores a una sigmoidoscopia de detección 	<p>Usted paga \$0 para estos servicios preventivos cubiertos por Medicare. Si recibe servicios no preventivos durante la misma visita al consultorio, usted paga un copago para la visita al consultorio de PCP de \$20 o un copago de visita al consultorio del especialista de \$30. Usted debe recibir estos servicios de proveedores del plan.</p> <p>Si se realiza un procedimiento quirúrgico durante un procedimiento de exámenes de detección, consulte la sección “Cirugía ambulatoria” anteriormente en este cuadro para conocer el copago que paga.</p>

Servicios cubiertos para usted	Qué 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 quienes corren un mayor riesgo de infección por VIH, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Un examen de detección cada 12 meses <p>Para las mujeres embarazadas, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Hasta tres exámenes de detección durante el embarazo	<p>Usted paga \$0 por los servicios cubiertos por Medicare realizados por un proveedor del plan.</p>
<p>Vacunas</p> <p>Los servicios cubiertos de la Parte B de Medicare incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Vacuna contra la neumonía• Vacunas contra la gripe, una vez por año en otoño o invierno• Vacuna contra la hepatitis B, si presenta riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B• Otras vacunas, si usted se encuentra en riesgo y cumple con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare. Esto significa que la vacuna está directamente relacionada con el tratamiento de una lesión o exposición directa a una enfermedad o afección, como por ejemplo entre otras, antitoxina del tétanos (o refuerzo de vacuna) o tratamiento antirrábico.	<p>Usted paga \$0 para estos servicios preventivos cubiertos por Medicare. Si recibe servicios no preventivos durante la misma visita al consultorio, usted paga un copago para la visita al consultorio de PCP de \$20 o un copago de visita al consultorio del especialista de \$30.</p> <p>No se requiere de derivación para las vacunas contra la hepatitis, la gripe y la neumonía cubiertas por Medicare.</p> <p>Excepto en una emergencia, antes de recibir otras vacunas cubiertas de un especialista, primero debe obtener una derivación de su PCP.</p>
<p>Examen de detección de cáncer de mamas (mamografías)</p>	<p>Usted paga \$0 por una</p>

Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años en adelante • Exámenes clínicos de mamas cada 24 meses 	<p>mamografía cubierta por Medicare cada año calendario.</p> <p>No se requiere de derivación para una mamografía anual cubierta por Medicare pero debe utilizar un proveedor del plan.</p>
<p>Exámenes de detección de cáncer vaginal y cervical</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: Las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos están cubiertos cada año calendario. • Si tiene alto riesgo de cáncer cervical o ha tenido un examen de Papanicolaou anormal y está en edad de concebir: Las pruebas de Papanicolaou adicionales están cubiertas en el año calendario como médicamente necesarias. 	<p>Usted paga \$0 para estos servicios preventivos. Si recibe servicios no preventivos durante la misma visita al consultorio, usted paga un copago para la visita al consultorio de PCP de \$20 o un copago de visita al consultorio del especialista de \$30.</p> <p>No se requiere derivación para una prueba anual de Papanicolaou, un examen pélvico y un examen de mamas cubiertos, pero debe utilizar un proveedor del plan.</p>
<p>Exámenes de detección de cáncer de próstata</p> <p>Para hombres de 50 años en adelante, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente, una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen de tacto rectal • Examen antígeno específico de la próstata (Prostate Specific Antigen, PSA) 	<p>Usted paga \$0 para estos servicios preventivos. Si recibe servicios no preventivos durante la misma visita al consultorio, usted paga un copago para la visita al</p>

Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
	<p>consultorio de PCP de \$20 o un copago de visita al consultorio del especialista de \$30.</p> <p>Antes de recibir los servicios de un especialista, debe obtener primero una derivación de su PCP.</p>
<p>Prueba de enfermedad cardiovascular</p> <p>Análisis de sangre para la detección de enfermedad cardiovascular (o anomalías relacionadas con un riesgo elevado de enfermedad cardiovascular). Cubriremos estas pruebas mientras que sean médicamente necesarias.</p>	<p>Usted paga \$0 para este servicio preventivo. Si recibe servicios no preventivos durante la misma visita al consultorio, usted paga un copago para la visita al consultorio de PCP de \$20 o un copago de visita al consultorio del especialista de \$30.</p> <p>Antes de recibir los servicios de un especialista, debe obtener primero una derivación de su PCP.</p>
<p>Examen físico de “Bienvenida a Medicare”</p> <p>El plan cubre un único examen físico de “Bienvenida a Medicare”, que incluye una revisión de su salud, así como también educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluso ciertos exámenes de detección y vacunas), y derivaciones para otra atención médica si fuera necesaria.</p> <p>Importante: Usted debe realizarse el examen físico dentro de los primeros 12 meses que tiene la Parte B de Medicare. Cuando realiza su cita, infórmele al consultorio de su médico que quisiera</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el examen de Bienvenida a Medicare.</p>

Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>programar su examen físico de “Bienvenida a Medicare”.</p>	
<p>Visita de bienestar anual</p> <p>Si usted ha tenido la Parte B durante más de 12 meses, puede obtener una visita de bienestar anual para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado basado en sus factores de riesgo y salud actuales. Esto se cubre una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: Su primera visita de bienestar anual no se puede llevar a cabo dentro de los 12 meses de su examen de “Bienvenida a Medicare”. Sin embargo, no necesita haber tenido un examen de “Bienvenida a Medicare” para estar cubierto para las visitas de bienestar anual después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.</p> <p>Un examen físico de rutina por año calendario.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el examen de bienestar anual.</p>
<p>Exámenes de detección de diabetes</p> <p>Cubrimos este examen de detección (incluyendo las pruebas de glucosa en ayunas) si tiene algunos de los siguientes factores de riesgo: Presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles de colesterol y triglicéridos anormales (dislipidemia), obesidad o antecedentes de azúcar en sangre alto (glucosa). Las pruebas también pueden estar cubiertas si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Según los resultados de estas pruebas, usted puede ser elegible para recibir hasta dos exámenes de detección de diabetes cada 12 meses.</p>	<p>Usted paga \$0 por los servicios cubiertos por Medicare recibidos en un entorno para pacientes ambulatorios.</p> <p>Antes de recibir los servicios de un especialista, debe obtener primero una derivación de su PCP.</p>

Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Terapia de nutrición médica</p> <p>Este beneficio es para personas que tienen diabetes, enfermedad renal (riñón) (pero que no están recibiendo diálisis), o después de un trasplante cuando sean derivados por su médico.</p> <p>Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que reciba los servicios de terapia de nutrición médica en Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage u Original Medicare) y 2 horas por año una vez finalizado. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, puede recibir más horas de tratamiento con una derivación del médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar su derivación en forma anual si su tratamiento es necesario en otro año calendario.</p>	<p>Usted paga \$0 por los servicios cubiertos por Medicare recibidos en un entorno para pacientes ambulatorios.</p> <p>Antes de recibir los servicios de un especialista, debe obtener primero una derivación de su PCP.</p>
<p>Cese de uso de tabaco y dejar de fumar (asesoramiento para dejar de fumar)</p> <p>Si consume tabaco, pero no tiene signos o síntomas de enfermedad relacionada con el tabaco, cubrimos dos intentos para dejar de fumar con asesoramiento dentro de un período de 12 meses. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas presenciales.</p> <p>Si consume tabaco y le han diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando medicamentos que puedan verse afectados por el tabaco, cubrimos los servicios de</p>	<p>Si no le han diagnosticado una enfermedad causada o complicada por el tabaco, utilice:</p> <p>Usted paga \$0 por estos servicios preventivos.</p> <p>Antes de recibir los servicios de un especialista, debe obtener primero una derivación de</p>

Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>asesoramiento para dejar de fumar. Cubrimos dos intentos para dejar de fumar con asesoramiento dentro de un período de 12 meses. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas presenciales. Sin embargo, usted pagará la participación en los costos correspondiente para pacientes ambulatorios o internados.</p> <ul style="list-style-type: none"> El asesoramiento telefónico para dejar de fumar también se encuentra disponible a través de QuitWorks. <p>Si está listo para dejar de fumar o está pensando en hacerlo, pregúntele a su médico sobre QuitWorks, visite www.makesmokinghistory.org o llame al 1-800-TRY-TO-STOP.</p>	<p>su PCP.</p> <p>Si le han diagnosticado una enfermedad causada o complicada por el tabaco o si toma medicamentos que están afectados por el consumo de tabaco: Usted paga \$0 por estos servicios preventivos.</p> <p>Antes de recibir los servicios de un especialista, debe obtener primero una derivación de su PCP.</p> <p>Usted paga \$0 por el programa QuitWorks</p>
Otros servicios	
<p>Servicios para tratar las afecciones y las enfermedades renales</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Servicios de educación sobre enfermedades renales para 	<p>Usted paga \$0 por los servicios de diálisis cubiertos por Medicare dentro del área de servicio</p>

Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>enseñar sobre el cuidado de los riñones y para ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su atención médica. Para los miembros con enfermedad renal crónica de etapa IV, y siempre que su médico los derive, cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación sobre enfermedades renales una vez en la vida.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluyendo los tratamientos de diálisis cuando se encuentran temporalmente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3) • Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si ingresa en un hospital como paciente internado para recibir atención especial) • Capacitación para la autodiálisis (incluye capacitación para usted y para cualquier persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar) • Equipo y suministros para diálisis en el hogar • Ciertos servicios de ayuda en el hogar (por ejemplo, cuando sea necesario, visitas por parte de empleados capacitados en diálisis para controlar su diálisis en el hogar, ayudar en casos de emergencia y controlar su equipo de diálisis y suministro de agua) <p>Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte B, consulte la siguiente sección, “Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare”.</p>	<p>cuando están autorizados por su PCP.</p> <p>No se requiere de derivación para los servicios de diálisis.</p>
<p>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare^(†)</p>	

* Excepto en una emergencia, se requiere autorización previa de Tufts Health Plan Medicare Preferred antes de recibir este servicio.

+ Los costos de los miembros para los servicios no cubiertos, o después de agotar el beneficio, no se aplican hacia el monto máximo de bolsillo de \$3,400.

Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Original Medicare. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura por estos medicamentos a través de nuestro plan. Entre los medicamentos cubiertos se incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que generalmente no se los autoadministra el paciente y que se inyectan o infunden mientras está recibiendo servicios de médicos, centro hospitalario o centro de cirugía ambulatoria • Medicamentos que se administran mediante equipo médico duradero (como nebulizadores) que fue autorizado por el plan • Factores de coagulación que se autoadministran mediante inyecciones en caso de tener hemofilia • Medicamentos inmunosupresores, si estaba inscrito en la Parte A de Medicare en el momento del trasplante de órgano • Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si está confinado en su hogar, tiene una fractura ósea que el médico haya certificado que está relacionada con osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse el medicamento • Antígenos • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y antieméticos • Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, incluida la heparina, el antídoto para la heparina cuando sea medicamento necesario, anestésicos tópicos y agentes estimulantes de la eritropoyesis (como Epogen®, Procrit®, epoetina alfa, Aranesp® o darbepoetina alfa) • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento domiciliario de las enfermedades de inmunodeficiencia primarias 	<p>Usted paga \$0 por los medicamentos cubiertos por la Parte B de Original Medicare.</p> <p>Este plan no incluye medicamentos recetados para pacientes ambulatorios cubiertos por el plan de medicamentos recetados de Medicare (Parte D de Medicare).</p>
Beneficios adicionales	
Servicios odontológicos En general, los servicios odontológicos preventivos (como	Usted paga \$30 por cada

Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>limpieza, exámenes odontológicos de rutina y radiografías odontológicas) no están cubiertos por Original Medicare. Cubrimos:</p> <p>Los servicios cubiertos por Medicare prestados por un dentista o por un cirujano oral se limitan a cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas, composición de fracturas de mandíbula o huesos de la cara, extracción de dientes a fin de preparar la mandíbula para tratamientos de radiación de enfermedad neoplásica o servicios que serían cubiertos cuando los preste un médico</p>	<p>visita al consultorio cubierta por Medicare.</p> <p>Antes de recibir los servicios de un especialista, debe obtener primero una derivación de su PCP.</p> <p>Consulte “Atención hospitalaria para pacientes internados” y “Cirugía ambulatoria/servicios para pacientes ambulatorios” anteriormente en este cuadro para saber la participación en los costos que paga cuando recibe los servicios en un hospital o centro de cirugía ambulatoria.</p>
<p>Servicios de audición</p> <p>Las evaluaciones básicas de audición realizadas por su proveedor están cubiertas en las visitas al consultorio del médico.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de diagnóstico de audición. • Prueba de audición de rutina cada año calendario. 	<p>Usted paga \$30 por un examen de audición cubierto por Medicare.</p> <p>Antes de recibir los servicios de un especialista, debe obtener primero una derivación de su PCP.</p> <p>Usted paga \$30 por una prueba de audición de rutina anual.</p> <p>No se requiere derivación para una prueba de audición de rutina anual,</p>

Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
	pero debe usar un proveedor del plan.
<p>Programas de educación para la salud y el bienestar Programas orientados a las condiciones de salud clínicas.</p> <p><u>Programas para la diabetes</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Envío educativo anual <p><u>Programas de inmunización de adultos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Folleto educativo anual para miembros sobre la importancia de la vacuna contra la gripe, la neumonía y el tétanos. • Llamada como recordatorio de la vacuna contra la gripe anual <p><u>Beneficio de nutrición y gimnasia</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Participación en clases de gimnasia como yoga, Pilates, Tai Chi y aeróbicos. • Membrecía en un club de salud o gimnasio calificado. Un club de salud o gimnasio calificado proporciona equipos para realizar ejercicios de entrenamiento cardiovascular y fuerza en el lugar. Este beneficio no cubre los cargos de membrecía que paga en clubes de salud o gimnasios no calificados, lo que incluye, entre otros, centros de artes marciales, centros de gimnasia, clubes de campo, clubes deportivos y clubes sociales, y actividades deportivas como golf y tenis. • Visitas a un asesor nutricional o dietista autorizado para servicios de asesoramiento nutricional <p>Para obtener un reembolso de hasta \$150 del Beneficio de nutrición y gimnasia, debe enviar un formulario de reclamación de beneficios de nutrición y gimnasia junto con una factura detallada del asesor nutricional autorizado del centro calificado o dietista registrado y las facturas pagas. Llame a Atención al Cliente para solicitar un formulario de reclamación o visite nuestro sitio web tuftsmedicarepreferred.org. Envíe el formulario de reclamación</p>	<p>Usted paga \$0 por este programa</p> <p>Usted paga \$0 por este programa</p> <p>El plan le reembolsa hasta \$150 cada año calendario respecto de su costo por membrecía en un centro de salud o gimnasio calificado y/o clases de gimnasia cubiertas y/o sesiones de asesoramiento nutricional con un asesor nutricional autorizado o dietista registrado. Usted paga todos los cargos superiores a \$150 por año calendario.</p> <p>No se requiere derivación para este beneficio.</p>

Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>completo junto con las facturas pagas a Atención al Cliente a la dirección que aparece en el formulario de reclamación.</p>	
<p>Pelucas[†]</p> <p>Las pelucas están cubiertas para los miembros que pierden el cabello debido a tratamientos para el cáncer o leucemia.</p>	<p>El plan cubre hasta \$350 en un año calendario. Usted paga cualquier monto superior a \$350.</p> <p>No se requiere derivación para este beneficio.</p>
<p>Suministros y equipo médico duradero (DME) cubiertos adicionales</p> <p>El siguiente Equipo de seguridad para el baño para los miembros que tienen una discapacidad funcional y el artículo mejorarán la seguridad (la instalación no está cubierta)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inodoro elevado estándar: 1 por miembro de por vida • Barras de soporte para el baño estándar: Hasta 2 por miembro de por vida • Asiento para bañera estándar: 1 por miembro de por vida <p>Medias de compresión gradual o medias quirúrgicas para miembros con edema periférico de las extremidades inferiores, insuficiencia venosa sin úlceras por estasis, linfedemas, varicosidades sintomáticas, síndrome posttrombótico (síndrome posflebítico) o hipotensión de postura, o para evitar la incidencia de úlceras por estasis que hayan sanado.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta 2 pares de medias de compresión gradual cada 6 meses, <p><u>O</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta 2 pares de medias quirúrgicas cada 6 meses <p>Nota: Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx continuará cubriendo las medias de compresión gradual según las pautas de</p>	<p>Usted paga 20% del coseguro con recetas de un médico de la red a un proveedor protésico y ortopédico (Orthotics and Prosthetics, O&P) o DME de la red en el círculo de derivación de su PCP.</p> <p>La calificación para cada artículo depende de los criterios enumerados.</p>

† Los costos de los miembros para los servicios no cubiertos, o después de agotar el beneficio, no se aplican hacia el monto máximo de bolsillo de \$3,400.

Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>cobertura de Medicare para el caso de insuficiencia venosa con úlceras por estasis.</p> <p>Mangas de mastectomía para miembros con linfedema posterior a una mastectomía en las extremidades superiores.</p> <ul style="list-style-type: none"> Hasta 2 cada 6 meses 	
<p>Evaluación de prevención de caídas en el domicilio para miembros no confinados en el hogar</p> <p>La evaluación es una evaluación de riesgo del miembro de caerse que se realiza en el domicilio para miembros no confinados en el hogar cuando su PCP o Administrador de caso lo recomienda. La evaluación de prevención de caídas incluye evaluar el riesgo del miembro de caerse mediante:</p> <ol style="list-style-type: none"> Levantarse y asistir a la prueba Revisión de medicamentos Antecedentes detallados de caídas, problemas de equilibrio o incontinencia Una evaluación para saber si el dolor o los problemas de las articulaciones pueden contribuir al riesgo de caídas Un examen de audición y oftalmológico de detección <p>El resultado de la evaluación incluiría las recomendaciones para reducir el riesgo de caídas tratando los factores de riesgo identificados. Una evaluación médica y otras derivaciones podrían ser los próximos pasos correctos.</p> <p>Esto también es un beneficio cubierto para miembros confinados en el hogar</p>	<p>Usted paga \$0 por esta evaluación.</p>

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

Sección 3.1 Beneficios que *no* cubrimos (exclusiones)

Esta sección brinda información sobre qué tipos de beneficios están “excluidos”. Excluidos significa que el plan no cubre estos beneficios.

La lista que se encuentra a continuación describe algunos servicios y artículos que no están cubiertos bajo ninguna condición y algunos que están excluidos solamente bajo condiciones específicas.

Si recibe beneficios que están excluidos, usted mismo debe pagarlos. No pagaremos los beneficios médicos excluidos indicados en esta sección (o en otra parte de este libro) y tampoco lo hará Original Medicare. La única excepción es: si, después de una apelación, se determina que un beneficio de la lista de exclusión es un beneficio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que tomamos con respecto a no cubrir un servicio médico, consulte el Capítulo 7, Sección 5.3, de este libro).

Además de las exclusiones o limitaciones que se describen en el Cuadro de beneficios o en cualquier otra parte de esta *Evidencia de cobertura*, **los siguientes artículos y servicios no están cubiertos por Original Medicare ni por nuestro plan:**

- Servicios que no se consideren razonables y necesarios, conforme a las normas de Original Medicare, excepto cuando nuestro plan los incluya como servicios cubiertos.
- Procedimientos, equipos y medicamentos quirúrgicos y médicos experimentales, excepto cuando estén cubiertos por Original Medicare o por un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare. (Consulte el Capítulo 3, Sección 5, para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica). Los artículos y procedimientos experimentales son aquellos artículos y procedimientos que nuestro plan y Original Medicare determinen que no son aceptados generalmente por la comunidad médica.
- Tratamiento quirúrgico por obesidad patológica, excepto cuando se considere médicamente necesario y esté cubierto por Original Medicare.
- Habitación privada en un hospital, excepto cuando se considere médicamente necesario.
- Enfermeras privadas.
- Artículos personales en su habitación de un hospital o centro de enfermería especializada, tales como un teléfono o un televisor.
- Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar.
- Atención de custodia, excepto cuando se brinde junto con la atención de enfermería especializada o servicios de rehabilitación especializados cubiertos. La atención de custodia o atención no especializada es la atención que lo ayuda con las actividades de la vida diaria, tales como bañarse o vestirse.
- Servicios de empleada doméstica, que incluyen asistencia doméstica básica, incluyendo quehaceres domésticos sencillos y preparación sencilla de comidas.
- Cargos cobrados por sus familiares inmediatos o miembros de su hogar.
- Comidas enviadas a su domicilio.

-
- Procedimientos o servicios de mejoramiento optativos o voluntarios (incluyendo pérdida de peso, crecimiento capilar, desempeño sexual, rendimiento atlético, con fines cosméticos, de rejuvenecimiento y rendimiento mental), excepto cuando sean médicamente necesarios.
 - Cirugía o procedimientos estéticos, salvo que sean a causa de una lesión accidental o para mejorar una malformación de alguna parte del cuerpo. Sin embargo, están cubiertas todas las etapas correspondientes a la reconstrucción de una mama después de una mastectomía, así como también para producir una apariencia simétrica en la mama no afectada.
 - Atención odontológica de rutina, como limpiezas, empastes o prótesis odontológicas. Sin embargo, la atención odontológica que no es de rutina requerida para tratar una enfermedad o lesión se puede cubrir como atención para pacientes internados o ambulatorios.
 - Atención quiropráctica, siempre que no incluya la manipulación manual de la columna conforme a las pautas de cobertura de Medicare.
 - Podología de rutina, con excepción de la cobertura limitada proporcionada conforme a las pautas de Medicare.
 - Calzado ortopédico, excepto cuando el calzado sea parte de un aparato ortopédico para las piernas y esté incluido en el costo del aparato ortopédico, o que el calzado sea para una persona que sufre de la enfermedad de pie diabético.
 - Dispositivos de apoyo para los pies, excepto el calzado ortopédico o terapéutico para personas que sufren de la enfermedad de pie diabético.
 - Audífonos o exámenes para adaptar audífonos.
 - Queratotomía radial, cirugía LASIK, terapia de la vista y otros accesorios para corregir la vista deficiente. Sin embargo, los anteojos están cubiertos para las personas después de una cirugía de cataratas.
 - Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios.
 - Procedimientos de reversión de la esterilización, operaciones de cambio de sexo y suministros anticonceptivos sin receta.
 - Acupuntura.
 - Servicios de naturopatía (utiliza tratamientos naturales o alternativos).
 - Servicios proporcionados a veteranos en centros de Veterans Affairs (VA). Sin embargo, cuando se reciban servicios de emergencia en un hospital de veteranos y la participación en los costos de veteranos sea mayor que la participación en los costos conforme a nuestro plan, le reembolsaremos la diferencia a los veteranos. De todos modos, los miembros seguirán siendo responsables por nuestros montos de participación en los costos.

- Transporte, excepto en ambulancia según se describe en este capítulo, Sección 2.1. Si elige usar una ambulancia cuando no es un servicio cubierto por Medicare, usted será responsable del costo total. El transporte en camioneta con silla de ruedas (automóvil con sillas) no está cubierto incluso si es ofrecido por una compañía de ambulancias.

El plan no cubrirá los servicios excluidos enumerados anteriormente. Aun cuando usted reciba los servicios en un centro de emergencia, los servicios excluidos tampoco se cubren. Por ejemplo, la atención de rutina no autorizada para afecciones que para una persona razonable no parecen ser una emergencia médica no está cubierta cuando se recibe en una sala de emergencias.

Capítulo 5. Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido por servicios médicos cubiertos

SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de sus servicios médicos cubiertos	88
Sección 1.1	Si usted paga la parte del costo que le corresponde a nuestro plan por sus servicios cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el pago.....	88
SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos que le realicemos un reembolso o que paguemos una factura que ha recibido	89
Sección 2.1	Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago.....	89
SECCIÓN 3	Consideraremos su solicitud de pago y la aprobaremos o rechazaremos	90
Sección 3.1	Verificamos si debemos cubrir el servicio y cuánto debemos	90
Sección 3.2	Si le informamos que no pagaremos la atención médica en forma total o parcial, puede presentar una apelación	90

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

Sección 1.1	Si usted paga la parte del costo que le corresponde a nuestro plan por sus servicios cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el pago
--------------------	--

A veces, cuando usted recibe atención médica, es posible que tenga que pagar el costo total de inmediato. Otras veces, puede notar que ha pagado más de lo esperado conforme a las reglas de cobertura del plan. En cualquiera de los casos, puede solicitar que nuestro plan le devuelva el dinero (generalmente, devolverle el dinero se denomina “reembolsarle”). Usted tiene derecho a que nuestro plan le reembolse cada vez que haya pagado más de su parte del costo para los servicios médicos cubiertos por nuestro plan.

Además, es posible que algunas veces reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que ha recibido. En muchos casos, usted nos debería enviar esta factura en lugar de pagarla. Revisaremos la factura y decidiremos si los servicios deberían cubrirse. Si decidimos que deberían estar cubiertos, le pagaremos directamente al proveedor.

Los siguientes son ejemplos de situaciones en las que posiblemente necesite solicitarle a nuestro plan que le reembolse el dinero o que pague una factura que ha recibido:

1. Cuando reciba atención médica de emergencia o urgencia de un proveedor que no se encuentra en la red de nuestro plan

Puede recibir servicios de emergencia de cualquier proveedor, independientemente que el proveedor sea parte de nuestra red o no. Cuando recibe atención de emergencia o urgencia de un proveedor que no es parte de nuestra red, usted es solo responsable de pagar su parte del costo, no el costo total. Debe solicitarle al proveedor que le cobre al plan nuestra parte del costo.

- Si usted paga el monto completo en el momento que recibe la atención, debe solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. Envíenos la factura, junto con los documentos de cualquier pago que haya realizado.
- Algunas veces, es posible que reciba una factura del proveedor en la que se le solicite un pago que usted cree que no corresponde. Envíenos esta factura, junto con los documentos de cualquier pago que haya realizado.
 - Si se le debe algo al proveedor, se lo pagaremos directamente a él.
 - Si usted ya ha pagado más que su parte del costo del servicio, determinaremos cuánto debía pagar usted y le reembolsaremos nuestra parte del costo.

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

Los proveedores de la red siempre deben cobrarle directamente al plan y solicitarle que usted pague solo su parte del costo. No obstante, algunas veces se equivocan y le solicitan que pague más de la parte que le corresponde.

- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red que usted cree que supera lo que debe pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema de facturación.
- Si usted ya ha pagado una factura a un proveedor de la red, pero cree que pagó demasiado, envíenos la factura junto con los documentos de los pagos que haya realizado y solicítenos que le reembolsemos la diferencia entre el monto que pagó y el monto que debería pagar conforme al plan.

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

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

Si se inscribió en forma retroactiva en nuestro plan y pagó de su bolsillo cualquiera de sus servicios cubiertos después de su fecha de inscripción, puede solicitarnos un reembolso de nuestra parte de los costos. Necesitará enviarnos los documentos para que podamos ocuparnos del reembolso.

- Llame a Atención al Cliente para obtener información adicional sobre cómo solicitarnos que le realicemos un reembolso y los plazos para realizar la solicitud.

Todos los ejemplos anteriores son tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que si denegamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 7 de este libro (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*) contiene información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos que le realicemos un reembolso o que paguemos una factura que ha recibido

Sección 2.1 Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago

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

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

- No tiene la obligación de utilizar el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápido.
- Llame a Atención al Cliente y solicite el formulario. Los números de teléfono de Atención al Cliente se encuentran en la contraportada de este libro.

Envíenos por correo su solicitud de pago junto con las facturas o los recibos a la siguiente dirección:

Tufts Health Plan Medicare Preferred, P.O. Box 9181, Watertown, MA 02471-9181

Asegúrese de comunicarse con Atención al Cliente si tiene alguna pregunta. Si no sabe qué monto debe pagar o si recibe facturas y no sabe qué hacer con ellas, podemos ayudarlo. También puede llamar si desea brindarnos más información sobre una solicitud de pago que ya nos haya enviado.

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y la aprobaremos o rechazaremos

Sección 3.1 Verificamos si debemos cubrir el servicio y cuánto debemos
--

Cuando recibamos su solicitud de pago, le avisaremos si necesitamos alguna información adicional de su parte. De lo contrario, consideraremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que la atención médica está cubierta y usted siguió todas las reglas para obtenerla, pagaremos nuestra parte del costo. Si usted ya pagó por el servicio, le enviaremos por correo el reembolso de nuestra parte del costo. Si aun no pagó por el servicio, le enviaremos el pago por correo directamente al proveedor. (En el Capítulo 3, se explican las reglas que necesita seguir para recibir sus servicios médicos cubiertos).
- Si decidimos que la atención médica *no* está cubierta o usted *no* siguió todas las reglas, no pagaremos nuestra parte del costo. En cambio, le enviaremos una carta que explique los motivos por los cuales no estamos enviando el pago que solicitó y sus derechos a apelar esta decisión.

Sección 3.2 Si le informamos que no pagaremos la atención médica en forma total o parcial, puede presentar una apelación
--

Si cree que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o no está de acuerdo con el monto le estamos pagando, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos está solicitando que cambiemos la decisión que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 7 de este libro (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*). El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Si nunca ha presentado una apelación, le será útil comenzar leyendo la Sección 4 del Capítulo 7. La Sección 4 es una sección de introducción que explica el proceso de las decisiones de cobertura y apelaciones, y ofrece definiciones de términos tales como “apelación”. Luego, después de haber leído la Sección 4, puede consultar la Sección 5.3 para saber cómo presentar una apelación sobre el reembolso por un servicio médico.

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan	93
Sección 1.1	Debemos brindar información de forma tal que a usted le sirva (en otros idiomas además del inglés)	93
Sección 1.1	Debemos proporcionar información en una manera que sea adecuada para usted (en idiomas distintos al inglés)	93
Sección 1.2	Debemos tratarlo con imparcialidad, respeto y dignidad en todo momento	94
Sección 1.3	Debemos asegurarnos de que usted obtenga acceso oportuno a sus servicios cubiertos.....	94
Sección 1.4	Debemos proteger la privacidad de su información de salud personal.....	94
Sección 1.5	Debemos proporcionarle información acerca del plan, la red de proveedores del plan y sus servicios cubiertos	96
Sección 1.6	Debemos respaldar su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica	97
Sección 1.7	Usted tiene derecho a presentar quejas y a solicitarnos que reconsideremos decisiones que hayamos tomado.....	99
Sección 1.8	¿Qué puede hacer si cree que lo están tratando injustamente o que no se respetan sus derechos?.....	99
Sección 1.9	Cómo obtener más información sobre sus derechos y responsabilidades	100
SECCIÓN 2	Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan	100
Sección 2.1	¿Cuáles son sus responsabilidades?	100
SECCIÓN 3	Cómo ayudarlo a recibir atención de calidad.....	103
Sección 3.1	Programa de administración de la utilización.....	103

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

Sección 1.1 Debemos brindar información de forma tal que a usted le sirva (en otros idiomas además del inglés)
--

Para obtener información de nuestra parte que a usted le sirva, llame a Atención al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este libro).

Nuestro plan cuenta con personal y servicios gratuitos de interpretación disponibles para responder a las preguntas de los miembros que no hablan inglés. También podemos darle información en otros idiomas además del inglés si usted lo necesita. Si usted es elegible para Medicare debido a una discapacidad, debemos brindarle información sobre los beneficios del plan de una manera que sea accesible y adecuada para usted.

Si tiene problemas para obtener la información de nuestro plan por cuestiones de idioma o de discapacidad, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y comuníqueles que desea presentar una queja. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 1.1 Debemos proporcionar información en una manera que sea adecuada para usted (en idiomas distintos al inglés)

Para obtener información de una manera que sea adecuada para usted, llame a atención al cliente (los números de teléfono están en la contraportada de este libro).

Nuestro plan tiene personal y servicios gratuitos de interpretación disponibles para responder a las preguntas de los miembros que no hablan inglés. También, si lo necesita, podemos proporcionarle información en idiomas distintos al inglés. Si es elegible para Medicare debido a una discapacidad, estamos obligados a proporcionarle información sobre los beneficios del plan en una forma que sea accesible y apropiada para usted.

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan por problemas relacionados con el idioma o una discapacidad, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana, y dígales que desea presentar una queja. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 1.2 Debemos tratarlo con imparcialidad, respeto y dignidad en todo momento

Nuestro plan debe cumplir con las leyes que lo protegen contra la discriminación o el trato injusto. **No discriminamos** sobre la base de raza, origen étnico, nacionalidad, religión, género, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia de reclamos, antecedentes médicos, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica de una persona dentro del área de servicio.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes sobre discriminación o trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights)** del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services) al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso para la atención médica, llámenos a Atención al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este libro). Si tiene una queja, como un problema con el acceso para la silla de ruedas, Atención al Cliente puede ayudarlo.

Sección 1.3 Debemos asegurarnos de que usted obtenga acceso oportuno a sus servicios cubiertos

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a elegir un médico de atención primaria (PCP) de la red del plan para que le proporcione y organice sus servicios cubiertos (en el Capítulo 3 se ofrece más información). Llame a Atención al Cliente para obtener información sobre los médicos que aceptan pacientes nuevos (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este libro). Usted también tiene derecho a consultar a un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin una derivación.

Como miembro del plan, tiene derecho a obtener citas y servicios cubiertos de la red de proveedores del plan *en un tiempo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de especialistas cuando usted lo necesita.

Si considera que no está obteniendo su atención médica en un tiempo razonable, el Capítulo 7, Sección 9 de este libro brinda información sobre lo que puede hacer. (Si hemos rechazado la cobertura de su atención médica y usted no está de acuerdo con nuestra decisión, el Capítulo 7, Sección 4 brinda información sobre lo que puede hacer).

Sección 1.4 Debemos proteger la privacidad de su información de salud personal

Las leyes estatales y federales protegen la privacidad de sus registros médicos y su información de salud personal. Protegemos su información de salud personal según lo requerido por estas leyes.

- Su “información de salud personal” incluye la información personal que usted nos brindó cuando se inscribió en este plan, así como también sus registros médicos y otra información médica y de salud.
- Las leyes que protegen su privacidad le otorgan derechos relacionados con la obtención de información y el control de la utilización de su información de salud. Le proporcionamos una notificación por escrito, denominada “Notificación de prácticas de privacidad”, que informa sobre estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información de salud.

Puede ver una copia de nuestra “Notificación de prácticas de privacidad” en nuestro sitio web o si desea que le enviemos una copia, llame a Atención al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la portada de este libro).

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- En la mayoría de las situaciones, si proporcionamos su información de salud a cualquier persona que no esté brindándole o pagándole la atención médica, *primero debemos obtener su autorización por escrito*. La autorización por escrito la puede otorgar usted u otra persona a quien usted le haya otorgado poder legal para tomar decisiones en su nombre.
- Existen ciertas excepciones que no requieren que obtengamos primero su autorización por escrito. Estas excepciones están permitidas o son exigidas por la ley.
 - Por ejemplo, se nos exige que divulguemos información de salud a las agencias gubernamentales que controlan la calidad de la atención médica.
 - Debido a que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, se nos exige que brindemos a Medicare su información de salud. Si Medicare da a conocer su información para investigación u otros usos, esto se realizará de acuerdo con las leyes y reglamentaciones federales.

Puede ver la información que figura en sus registros y saber cómo se ha compartido con otras personas

Usted tiene derecho a revisar sus registros médicos mantenidos en el plan y a obtener una copia de sus registros. También tiene derecho a solicitarnos realizar adiciones o correcciones a sus registros médicos. Si nos solicita esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si los cambios se deben realizar.

Usted tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información de salud con terceros por cualquier motivo que no sea de rutina.

Si tiene dudas o inquietudes sobre la privacidad de su información de salud personal, llame a Atención al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este libro).

Sección 1.5 Debemos proporcionarle información acerca del plan, la red de proveedores del plan y sus servicios cubiertos

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a obtener diferentes tipos de información de nuestra parte. (Según lo explicado anteriormente en la Sección 1.1, tiene derecho a que le proporcionemos información de forma tal que a usted le sirva. Esto incluye recibir información en otros idiomas además del inglés). Los miembros también tienen derecho a hacer recomendaciones con respecto a las políticas de derechos y responsabilidades de los miembros.

Si desea cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Atención al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este libro):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la condición financiera del plan. Además, incluye información sobre la cantidad de apelaciones realizadas por los miembros y las calificaciones de rendimiento del plan, incluyendo las calificaciones hechas por los miembros del plan y cómo se compara con otros planes de salud Medicare.
- **Información sobre nuestros proveedores de la red.**
 - Por ejemplo, usted tiene derecho a obtener información de nosotros sobre las calificaciones de los proveedores de nuestra red y sobre cómo pagamos a los proveedores de nuestra red.
 - Para obtener una lista de proveedores de la red del plan, consulte el *Directorio de proveedores*.
 - Para obtener información más detallada acerca de nuestros proveedores, puede llamar a Atención al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este libro) o visitar nuestro sitio web en tuftsmedicarepreferred.org.
- **Información sobre su cobertura y reglas que debe seguir al utilizar su cobertura.**
 - En los Capítulos 3 y 4 de este libro, explicamos los servicios médicos que están cubiertos para usted, cualquier restricción a su cobertura y las reglas que debe seguir para obtener sus servicios médicos cubiertos.
 - Usted tiene derecho a una conversación franca sobre las opciones de tratamiento apropiadas o medicamento necesarias, sin considerar el costo o cobertura de beneficios.
 - Si tiene dudas sobre las reglas o restricciones, llame a Atención al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este libro).
- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.**
 - Si un servicio médico no está cubierto para usted o si su cobertura está restringida de alguna forma, puede solicitarnos una explicación por escrito. Usted tiene

derecho a obtener esta explicación, incluso si ha recibido el servicio médico de un proveedor fuera de la red.

- Si no está conforme o si no está de acuerdo con una decisión que tomemos sobre qué atención médica está cubierta en su caso, usted tiene derecho a solicitarnos un cambio de decisión. Puede solicitarnos que cambiemos la decisión a través de la presentación de una apelación. Para obtener detalles sobre qué hacer si algo no está cubierto para usted de la forma que considera que debería estarlo, consulte el Capítulo 7 de este libro. Le proporciona detalles sobre cómo presentar una apelación si desea que cambiemos nuestra decisión. (El Capítulo 7 también informa sobre cómo presentar una queja acerca de la calidad de la atención médica, el tiempo de espera y otras inquietudes).
- Si usted quiere solicitar a nuestro plan que pague nuestra parte de una factura que usted recibió por atención médica, consulte el Capítulo 5 de este libro.

Sección 1.6	Debemos respaldar 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 cuando va en busca de atención médica. Sus proveedores deben explicarle su afección médica y sus opciones de tratamiento *de tal forma que usted pueda comprenderlas*.

Usted también tiene derecho a participar completamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarlo a tomar decisiones con sus médicos sobre el mejor tratamiento para usted, sus derechos incluyen los siguientes:

- **Conocer todas sus opciones.** Esto significa que usted tiene derecho a recibir información sobre todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, independientemente de los costos o de si nuestro plan las cubre o no.
- **Conocer los riesgos.** Usted tiene derecho a recibir información sobre los riesgos relacionados con su atención médica. Le deben informar por anticipado si la atención médica o el tratamiento propuestos son parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar tratamientos experimentales.
- **El derecho de decir “no”.** Usted tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho de abandonar el hospital u otro centro médico, incluso si su médico le recomienda que no se retire. Por supuesto, si usted rechaza un tratamiento, está aceptando que es completamente responsable por lo que pueda sucederle a su cuerpo como consecuencia de ello.

- **Recibir una explicación si se le niega la cobertura de atención médica.** Usted tiene derecho a recibir una explicación de nuestra parte en el caso que un proveedor se niegue a brindar la atención médica que usted cree que debería recibir. Para recibir esta explicación, tendrá que solicitarnos una decisión de cobertura. El Capítulo 7 de este libro brinda información sobre cómo solicitar al plan una decisión de cobertura.

Usted tiene derecho a proporcionar instrucciones sobre lo que se debe hacer si no puede tomar decisiones médicas por sí mismo

Algunas veces, las personas se vuelven incapaces de tomar decisiones relacionadas con la atención médica por sí mismas debido a accidentes o enfermedades graves. Usted tiene derecho a decir lo que quiere que suceda si se encuentra en esta situación. Esto significa que, *si lo desea*, usted puede:

- Completar un formulario por escrito para otorgarle a **una persona la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** si alguna vez se vuelve incapaz de tomarlas usted mismo.
- **Proporcionar a sus médicos instrucciones por escrito** sobre cómo desea que manejen su atención médica si se vuelve incapaz de tomar decisiones por usted mismo.

Los documentos legales que usted puede utilizar para dar sus indicaciones por adelantado en estas situaciones se denominan “**directivas anticipadas**”. Existen diferentes tipos de directivas anticipadas, y cada una de ellas tiene un nombre diferente. Los documentos denominados “**testamento en vida**” y “**poder para atención médica**” son ejemplos de directivas anticipadas.

Si desea utilizar una “directiva anticipada” para proporcionar sus instrucciones, tiene que hacer lo siguiente:

- **Obtener el formulario.** Si desea tener una directiva anticipada, puede obtener un formulario de su abogado, asistente social o alguna tienda de suministros de oficina. Algunas veces, puede obtener los formularios de directivas anticipadas solicitándolos a organizaciones que brindan información a las personas sobre Medicare.
- **Completarlo y firmarlo.** Independientemente de dónde obtenga este formulario, tenga en cuenta que es un documento legal. Es recomendable que un abogado lo ayude a prepararlo.
- **Entregar copias a las personas adecuadas.** Usted debe proporcionar una copia del formulario a su médico y a la persona que indica en el formulario como la que toma decisiones por usted en el caso que usted no pueda hacerlo. Es posible que quiera proporcionar copias a amigos íntimos o familiares. Asegúrese de conservar una copia en su hogar.

Si sabe con anticipación que va a ser hospitalizado y ha firmado una directiva anticipada, **lleve una copia con usted al hospital.**

- Si ingresa a un hospital, le preguntarán si ha firmado un formulario de directiva anticipada y si lo tiene con usted.
- Si no ha firmado un formulario de directiva anticipada, el hospital cuenta con formularios disponibles y le preguntará si desea firmar uno.

Recuerde que usted decide si desea completar una directiva anticipada (incluso si desea firmar una cuando se encuentra en el hospital). Conforme a la ley, nadie puede negarle atención médica o discriminarlo por haber firmado o no una directiva anticipada.

¿Qué sucede si no se siguen sus instrucciones?

Si ha firmado una directiva anticipada y cree que un médico u hospital no ha seguido las instrucciones indicadas en ella, puede presentar una queja ante el Departamento de Salud Pública (Department of Public Health), Commissioner's Office, 250 Washington Street, Boston, MA 02110, 1-617-753-8000.

Sección 1.7	Usted tiene derecho a presentar quejas y a solicitarnos que reconsideremos decisiones que hayamos tomado
--------------------	---

Si tiene algún problema o inquietud sobre su atención médica o sus servicios cubiertos, el Capítulo 7 de este libro brinda información sobre lo que puede hacer. Proporciona detalles sobre cómo tratar todo tipo de problemas y quejas.

Según lo explicado en el Capítulo 7, lo que necesita hacer para realizar el seguimiento de un problema o una inquietud depende de la situación. Usted podría necesitar solicitarle a nuestro plan que tome una decisión de cobertura para usted, presentar una apelación para cambiar una decisión de cobertura o presentar una queja. Independientemente de lo que haga (pedir una decisión de cobertura, apelar o presentar una queja), **debemos tratarlo con imparcialidad.**

Usted tiene derecho a obtener un resumen de información sobre las apelaciones y quejas que otros miembros han presentado contra nuestro plan en el pasado. Para obtener esta información, llame a Atención al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este libro).

Sección 1.8	¿Qué puede hacer si cree que lo están tratando injustamente o que no se respetan sus derechos?
--------------------	---

Si se trata de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles

Si considera que lo han tratado injustamente o no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad o nacionalidad, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 o TTY al 1-800-537-7697, o llamar a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

¿Se trata de otro tema?

Si considera que lo han tratado injustamente o no se han respetado sus derechos y *no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para tratar el problema que tiene:

- Puede **llamar a Atención al Cliente** (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este libro).
- Puede **llamar al Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud**. Para obtener detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- 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. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 1.9	Cómo obtener más información sobre sus derechos y responsabilidades
--------------------	--

Existen diferentes lugares donde puede obtener más información sobre sus derechos:

- Puede **llamar a Atención al Cliente** (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este libro).
- Puede **llamar al Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud**. Para obtener detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Your Medicare Rights & Protections” (Sus derechos y protecciones de Medicare). (La publicación está disponible en: <http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/10112.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 2 **Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan**

Sección 2.1	¿Cuáles son sus responsabilidades?
--------------------	---

A continuación, se indican las cosas que necesita hacer como miembro del plan. Si tiene alguna pregunta, llame a Atención al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este libro). Estamos aquí para ayudarlo.

- ***Familiarícese con sus servicios cubiertos y las reglas que debe seguir para obtener dichos servicios cubiertos. Utilice este libro de Evidencia de cobertura para enterarse de lo que está cubierto para usted y las reglas que necesita seguir para obtener sus servicios cubiertos.***
 - Los Capítulos 3 y 4 proporcionan los detalles sobre sus servicios médicos, incluyendo lo que está cubierto, lo que no está cubierto, las reglas que debe seguir y lo que debe pagar.

- ***Si cuenta con alguna información que Tufts Health Plan Medicare Preferred pueda necesitar, incluyendo otra cobertura de seguro de salud además de nuestro plan o una cobertura de medicamentos recetados por separado, debe informarnos al respecto. Llame a Atención al Cliente para informarnos.***
 - Debemos seguir las reglas establecidas por Medicare para asegurarnos que usted esté utilizando toda su cobertura en combinación cuando recibe sus servicios cubiertos de nuestro plan. Esto se denomina “**coordinación de beneficios**” porque implica coordinar los beneficios de salud que obtiene de nuestro plan con cualquier otro beneficio de salud disponible para usted. Lo ayudaremos con esto. (Para obtener más información sobre la coordinación de beneficios, consulte el Capítulo 1, Sección 7).

- ***Informe a su médico y demás proveedores de atención médica que usted se encuentra inscrito en nuestro plan. Muestre su tarjeta de membresía del plan siempre que reciba atención médica.***

- ***Ayude a sus médicos y a otros proveedores a ayudarlo a usted brindándoles información, formulándoles preguntas y continuando con su atención médica.***
 - Para ayudar a sus médicos y a otros proveedores de salud a brindarle la mejor atención médica, aprenda lo máximo posible sobre sus problemas de salud y bríndeles la información necesaria sobre usted y su salud. Cumpla los planes y las instrucciones de tratamiento que acordaron usted y sus médicos.
 - Asegúrese de que sus médicos sepan todos los medicamentos que está tomando, incluso los medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.
 - Si tiene alguna pregunta, asegúrese de formularla. Se espera que sus médicos y otros proveedores de atención médica le expliquen de una forma que sea comprensible para usted. Tiene la responsabilidad de comprender sus problemas de salud y participar en el desarrollo de los objetivos del tratamiento acordados mutuamente en la medida que sea posible. Si usted formula una pregunta y no comprende la respuesta que le dan, vuelva a preguntar.

- **Sea atento.** *Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de los otros pacientes. También esperamos que usted actúe de tal forma que ayude al correcto funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otros consultorios.*
- **Pague lo que adeude.** *Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:*
 - Debe pagar las primas de su plan para continuar siendo miembro de nuestro plan.
 - Para ser elegible para nuestro plan, usted debe tener derecho a la Parte A de Medicare y estar inscrito en la Parte B de Medicare. Por ese motivo, algunos miembros del plan deben pagar una prima por la Parte A de Medicare y la mayoría de los miembros del plan deben pagar una prima por la Parte B de Medicare para continuar siendo miembros del plan.
 - Para algunos de sus servicios médicos cubiertos por el plan, debe pagar la parte que le corresponde del costo cuando recibe el servicio. Esta será un copago (un monto fijo) o un coseguro (un porcentaje del costo total). El Capítulo 4 le indica qué debe pagar usted por sus servicios médicos.
 - Si obtiene algún servicio médico que no esté cubierto por nuestro plan o por otro seguro que pueda tener, debe pagar el costo total.
 - Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar la cobertura de un servicio, puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 7 de este libro para obtener información sobre cómo presentar una apelación.
- **Infórmenos si se muda.** *Si usted va a mudarse, es importante que nos avise de inmediato. Llame a Atención al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este libro).*
 - **Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no puede continuar siendo miembro de nuestro plan.** (En el Capítulo 1, se informa sobre nuestra área de servicio). Podemos ayudarlo a saber si se muda fuera de nuestra área de servicio. Si abandona nuestra área de servicio, podemos informarle si tenemos un plan en su nueva área.
 - **Si se muda dentro de nuestra área de servicio, aun así necesitamos saberlo** para poder mantener actualizado su registro de membresía y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Llame a Atención al Cliente para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes.** *También son bienvenidas las sugerencias que pueda tener para mejorar nuestro plan.*
 - Los números de teléfono y los horarios para llamar a Atención al Cliente se encuentran en la contraportada de este libro.
 - Para obtener más información sobre cómo contactarnos, incluyendo nuestro domicilio postal, consulte el Capítulo 2.

SECCIÓN 3 Cómo ayudarlo a recibir atención de calidad

Sección 3.1 Programa de administración de la utilización
--

Nuestro Programa de administración de la utilización (Utilization Management, UM) ayuda a coordinar que los miembros reciban atención médica de calidad en un entorno de tratamiento apropiado. UM se refiere al proceso por el cual Tufts Health Plan Medicare Preferred o un revisor certificado autoriza la cobertura para los procedimientos o tratamientos de atención médica. Las decisiones de cobertura se basan en las pautas de necesidad médica y lo apropiado de la atención, el servicio y el entorno. Toda decisión de UM relacionada con el rechazo de cobertura la toman médicos autorizados, calificados o, cuando corresponde, la toma un psicólogo autorizado.

No recompensamos a nuestros revisores por emitir rechazos de cobertura. Ni proporcionamos incentivos financieros para las personas que toman decisiones de UM a fin de alentar los rechazos de cobertura adecuada o la no utilización de los servicios de atención médica. El Programa de UM de Tufts Health Plan Medicare Preferred sigue todas las pautas de cobertura de Medicare.

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

ANTECEDENTES

SECCIÓN 1	Introducción	107
Sección 1.1	Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud	107
Sección 1.2	¿Qué sucede con los términos legales?.....	107
SECCIÓN 2	Puede obtener ayuda de organizaciones gubernamentales que no estén relacionadas con nosotros	108
Sección 2.1	Dónde obtener más información y asistencia personalizada	108
SECCIÓN 3	¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema?.....	109
Sección 3.1	¿Debe utilizar el proceso para las decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso de presentación de quejas?	109
SECCIÓN 4	Una guía sobre los elementos fundamentales de las decisiones de cobertura y las apelaciones	110
Sección 4.1	Solicitud de decisiones de cobertura y presentación de apelaciones: Visión general	110
Sección 4.2	Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación	111
Sección 4.3	¿Qué sección de este capítulo proporciona los detalles para <u>su</u> situación?	112
SECCIÓN 5	Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	112
Sección 5.1	Esta sección brinda información sobre qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención médica	112

Sección 5.2	Instrucciones detalladas: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo solicitar a nuestro plan que autorice o proporcione la cobertura de atención médica que usted desea)	114
Sección 5.3	Instrucciones detalladas: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura de atención médica tomada por nuestro plan)	117
Sección 5.4	Instrucciones detalladas: Cómo presentar una apelación de Nivel 2	121
Sección 5.5	¿Qué sucede si nos solicita que le pagemos la parte que nos corresponde de una factura que usted ha recibido por atención médica?	123
SECCIÓN 6 Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada como paciente internado si cree que el médico le da el alta demasiado pronto		124
Sección 6.1	Durante su hospitalización como paciente internado, usted recibirá una notificación por escrito de Medicare que le informará sus derechos	124
Sección 6.2	Instrucciones detalladas: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para modificar su fecha de alta del hospital	126
Sección 6.3	Instrucciones detalladas: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para modificar su fecha de alta del hospital	129
Sección 6.4	¿Qué sucede si usted no cumple con el plazo para presentar su apelación de Nivel 1?	130
SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la continuidad de la cobertura de ciertos servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto		133
Sección 7.1	<i>Esta sección trata sobre tres servicios <u>únicamente</u>: Servicios de atención médica domiciliaria, de atención en un centro de enfermería especializada y de un centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF)</i>	<i>133</i>
Sección 7.2	Le informaremos con anticipación cuándo finalizará su cobertura	134
Sección 7.3	Instrucciones detalladas: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención médica durante un período más prolongado	135

Sección 7.4	Instrucciones detalladas: Cómo presentar una apelación del Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención médica durante un período más prolongado.....	138
Sección 7.5	¿Qué sucede si usted no cumple con el plazo para presentar su apelación de Nivel 1?.....	139
SECCIÓN 8 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y a los niveles superiores.....		142
Sección 8.1	Niveles de apelación 3, 4 y 5 para las apelaciones de servicio médico	142
SECCIÓN 9 Cómo presentar una queja acerca de la calidad de la atención médica, el tiempo de espera, el servicio de atención al cliente u otras inquietudes.....		145
Sección 9.1	¿Qué tipos de problemas se tratan mediante el proceso de quejas?.....	145
Sección 9.2	El nombre formal para “presentación de una queja” es “presentación de una queja por agravios”.....	147
Sección 9.3	Instrucciones detalladas: Presentación de una queja	148
Sección 9.4	También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención médica a la Organización para la Mejora de la Calidad.....	149

ANTECEDENTES

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud
--------------------	--

Este capítulo explica dos tipos de procesos para tratar problemas e inquietudes:

- Para algunos tipos de problemas, necesita usar el **proceso para decisiones de cobertura y presentación de apelaciones**.
- Para otros tipos de problemas, necesita utilizar el **proceso de presentación de quejas**.

Medicare ha aprobado ambos procesos. Para asegurar el manejo equitativo y oportuno de sus problemas, cada proceso tiene una serie de reglas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos cumplir.

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

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

Existen términos legales técnicos para algunas de estas reglas, procedimientos y tipos de plazos explicados en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de comprender.

Para simplificar, en este capítulo se explican reglas y procedimientos legales en palabras más simples en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo generalmente se dice “presentación de una queja” en lugar de decir “presentación de una queja por agravios”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización” y “Organización de Revisión Independiente” en lugar de “Entidad de revisión independiente”. También se utiliza la menor cantidad de abreviaturas posible.

Sin embargo, a usted puede resultarle útil (y algunas veces bastante importante) conocer los términos legales correctos de la situación en la que se encuentra. Conocer los términos lo ayudará a comunicarse de manera más clara y precisa para tratar su problema y para obtener la ayuda o la información correctas para su situación. Para ayudarlo a que conozca los términos que debe utilizar, incluimos términos legales cuando proporcionamos los detalles para manejar tipos específicos de situaciones.

SECCIÓN 2 Puede obtener ayuda de organizaciones gubernamentales que no estén relacionadas con nosotros

Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada
--

Algunas veces, puede ser confuso comenzar o seguir el proceso para tratar un problema. Esto puede ser especialmente cierto si no se siente bien o si tiene energía limitada. Otras veces, es posible que no tenga el conocimiento necesario para realizar el próximo paso.

Obtener ayuda de una organización gubernamental independiente

Siempre estamos disponibles para ayudarlo. Sin embargo, en algunas situaciones, es posible que usted también quiera recibir ayuda u orientación de alguien que no esté relacionado con nosotros. Siempre puede comunicarse con su **Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (SHIP)**. Este programa gubernamental ha capacitado a asesores en todos los estados. El programa no está relacionado con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a comprender el proceso que debe utilizar para tratar los problemas que tenga. También pueden responder sus preguntas, brindarle más información y ofrecerle asesoramiento sobre qué hacer.

Los servicios de los asesores del programa SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono en el Capítulo 2, Sección 3 de este libro.

También puede obtener ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y ayuda para tratar un problema, también puede comunicarse con Medicare. Las siguientes son dos formas de obtener información directamente de Medicare:

- Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Puede visitar el sitio web de Medicare (<http://www.medicare.gov>).

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

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

Si tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación. La siguiente guía lo ayudará.

Para averiguar la parte de este capítulo que lo ayudará con su problema o inquietud específicos, COMIENCE AQUÍ

¿Su problema o inquietud están relacionados con beneficios o cobertura?
--

(Esto incluye problemas para determinar si ciertos medicamentos recetados o atención médica están cubiertos o no, la forma en que están cubiertos y los problemas relacionados con el pago de la atención médica o los medicamentos recetados).

Sí.	No.
------------	------------

Mi problema se relaciona con los beneficios o la cobertura.	Mi problema <u>no</u> trata sobre beneficios o cobertura.
---	---

Consulte la siguiente sección de este capítulo, Sección 4, “Una guía sobre los elementos fundamentales de las decisiones de cobertura y la presentación de apelaciones” .	Pase a la Sección 9 al final de este capítulo: “Cómo presentar una queja acerca de la calidad de la atención médica, el tiempo de espera, el servicio de atención al cliente u otras inquietudes” .
--	---

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

SECCIÓN 4 Una guía sobre los elementos fundamentales de las decisiones de cobertura y las apelaciones

Sección 4.1 Solicitud de decisiones de cobertura y presentación de apelaciones: Visión general

El proceso para las decisiones de cobertura y la presentación de apelaciones trata problemas relacionados con sus beneficios y cobertura para servicios médicos, incluyendo problemas relacionados con el pago. Este es el proceso que usted utiliza para problemas tales como si un medicamento está cubierto o no y la forma en que algo está cubierto.

Solicitud de decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y su cobertura, o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión de cobertura (favorable) para su caso siempre que usted recibe atención médica de su parte o si su médico de la red lo deriva a un médico especialista. También se puede comunicar con nosotros y solicitarnos una decisión de cobertura si su médico no está seguro si cubriremos un servicio médico en particular o si se niega a brindar atención médica que usted considera que necesita. Es decir, si desea saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura para usted.

Tomamos una decisión de cobertura en su caso cada vez que decidimos lo que se cubre para usted y cuánto pagamos. En algunos casos, podríamos decidir que un servicio no está cubierto o que Medicare ya no lo cubre para usted. Si usted no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y usted no está conforme con esta decisión, puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado.

Cuando usted presenta una apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si cumplimos con todas las reglas correctamente. Su apelación es manejada por revisores diferentes de los que tomaron la decisión original desfavorable. Cuando hayamos completado la revisión, le daremos a conocer nuestra decisión.

Si rechazamos su apelación de Nivel 1 en forma total o parcial, su caso automáticamente pasará a ser una apelación de Nivel 2. La apelación de Nivel 2 la realiza una organización independiente

que no está relacionada con nosotros. Si no está conforme con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda continuar por otros diferentes niveles de apelación.

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

¿Le gustaría recibir ayuda? A continuación, le presentamos los recursos que puede utilizar si decide solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Puede llamarnos a Atención al Cliente** (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este libro).
- Para **obtener ayuda gratuita de una organización independiente** que no esté relacionada con nuestro plan, comuníquese con su Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (consulte la Sección 2 de este capítulo).
- **Su médico u otro proveedor pueden presentar una solicitud por usted.** Su médico u otro proveedor pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Para solicitar cualquier apelación posterior al Nivel 1, su médico u otro proveedor deben ser designados como su representante.
- **Usted puede solicitar que una persona actúe en su nombre.** Si desea, puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su “representante” para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Es posible que ya haya una persona autorizada legalmente para actuar como su representante conforme a la ley estatal.
 - Si desea que un amigo, un pariente, su médico, otro proveedor u otra persona sea su representante, llame a Atención al Cliente y solicite el formulario de “Designación de representante”. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en <http://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf>). El formulario autoriza a dicha persona a actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la otra persona que usted quiera que actúe en su nombre. Debe proporcionarnos una copia del formulario firmado.
- **Además, usted tiene derecho a contratar a un abogado para que actúe en su nombre.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados de su localidad u otro servicio de referencia. Además, existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si reúne los requisitos necesarios. Sin embargo, **no se le exige que contrate a un abogado** para solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o para apelar una decisión.

Sección 4.3	¿Qué sección de este capítulo proporciona los detalles para <u>su</u> situación?
--------------------	---

Existen tres tipos diferentes de situaciones que implican decisiones de cobertura y apelaciones. Debido a que cada situación tiene diferentes reglas y plazos, proporcionamos los detalles para cada una en una sección separada:

- **Sección 5** de este capítulo: “Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- **Sección 6** de este capítulo: “Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización como paciente internado más prolongada si cree que el médico le da el alta demasiado pronto”
- **Sección 7** de este capítulo: “Cómo solicitarnos la continuidad de la cobertura de ciertos servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto” (*Se aplica a estos servicios únicamente*: servicios de atención médica domiciliaria, de atención en un centro de enfermería especializada y de un centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios [CORF])

Si no está seguro sobre qué sección debe utilizar, llame a Atención al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este libro). Además, puede obtener ayuda o información a través de las organizaciones gubernamentales, como el Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (en el Capítulo 2, Sección 3 de este libro encontrará los números de teléfono de este programa).

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



¿Ha leído la Sección 4 de este capítulo (*Una guía sobre los “elementos fundamentales” de las decisiones de cobertura y las apelaciones*)?

Si no lo hizo, le recomendamos que la lea antes de comenzar esta sección.

Sección 5.1	Esta sección brinda información sobre qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención médica
--------------------	--

Esta sección trata sobre sus beneficios de atención y servicios médicos. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este libro: *Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)*. Para simplificar, generalmente nos referimos a “cobertura de atención médica” o a

“atención médica” en el resto de esta sección, en lugar de repetir “atención o tratamiento o servicios médicos” cada vez.

Esta sección brinda información sobre lo que puede hacer si se encuentra en alguna de las siguientes cinco situaciones:

1. Usted no está recibiendo cierta atención médica que desea, y piensa que esta atención está cubierta por nuestro plan.
2. Nuestro plan no aprobará la atención médica que su médico u otro proveedor médico quiere brindarle, y usted cree que esta atención médica está cubierta por el plan.
3. Usted ha recibido atención o servicios médicos que cree que deben estar cubiertos por el plan, pero le hemos dicho que no pagaremos esta atención.
4. Usted ha recibido y pagado atención o servicios médicos que cree que deben estar cubiertos por el plan y desea solicitar a nuestro plan que le reembolse el costo de dicha atención médica.
5. A usted se le ha dicho que la cobertura por cierta atención médica que ha estado recibiendo que previamente aprobamos se verá reducida o interrumpida, y usted piensa que dicha reducción o interrupción podría afectar negativamente su salud.
 - **NOTA: Si la cobertura que se interrumpirá es para los servicios de atención hospitalaria, de atención médica domiciliaria, de atención en un centro de enfermería especializada o de un centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF), es necesario que lea otra sección de este capítulo porque se aplican reglas especiales a estos tipos de atención. A continuación, le explicamos lo que debe leer en esas situaciones:**
 - Capítulo 7, Sección 6: *Cómo solicitar una hospitalización más prolongada si cree que le solicitan que abandone el hospital demasiado pronto.*
 - Capítulo 7, Sección 7: *Cómo solicitarnos la continuidad de la cobertura de ciertos servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto.* Esta sección trata sobre tres servicios únicamente: servicios de atención médica domiciliaria, de atención en un centro de enfermería especializada y de un centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF).
 - Para *todas las demás* situaciones que implican haber sido informado que la atención médica que estuvo recibiendo se interrumpirá, utilice esta sección (Sección 5) como su guía sobre qué hacer.

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?	
Si estuviera en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
¿Desea saber si cubriremos la atención o los servicios médicos que desea?	Puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. Consulte la siguiente sección de este capítulo, Sección 5.2 .
¿Ya le informamos que no cubriremos ni pagaremos un servicio médico de la forma en la que usted desea que esté cubierto o pagado?	Puede presentar una apelación . (Esto significa que nos solicita que lo reconsideremos). Pase a la Sección 5.3 de este capítulo.
¿Quiere solicitarnos que le reembolsemos por atención o servicios médicos que ya ha recibido y pagado?	Puede enviarnos la factura. Pase a la Sección 5.5 de este capítulo.

Sección 5.2 **Instrucciones detalladas: Cómo solicitar una decisión de cobertura**
 (cómo solicitar a nuestro plan que autorice o proporcione la cobertura de atención médica que usted desea)

Términos legales Cuando una decisión de cobertura involucra su atención médica, se denomina **“determinación de la organización”**.

Paso 1: Usted le solicita a nuestro plan que tome una decisión de cobertura sobre la atención médica que está solicitando. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitarnos una **“decisión rápida”**.

Términos legales Una “decisión rápida” se denomina **“determinación acelerada”**.

Cómo solicitar cobertura para la atención médica que desea

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para presentar su solicitud para que le brindemos cobertura para la atención médica que desea. Usted, su médico o su representante pueden hacerlo.

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

En general, utilizamos los plazos estándar para comunicarle nuestra decisión

Cuando le demos a conocer nuestra decisión, utilizaremos los plazos “estándar”, excepto cuando hayamos acordado utilizar los plazos “rápidos”. **Una decisión estándar significa que le daremos una respuesta en un plazo de 14 días** después de recibir su solicitud.

- **Sin embargo, podemos tomarnos hasta 14 días calendario más** si solicita más tiempo o si necesitamos información (tales como registros médicos) que pueda beneficiarlo. Si decidimos utilizar más días para tomar una decisión, se lo notificaremos por escrito.
- Si cree que *no* deberíamos tomarnos más días, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomarnos más días. Cuando presenta una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (El proceso para presentar una queja es diferente al proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluyendo las quejas rápidas, consulte la Sección 9 de este capítulo).

Si su salud lo necesita, pídanos que tomemos una “decisión rápida”

- **Una decisión rápida significa que le responderemos dentro de las 72 horas.**
 - **Sin embargo, podemos tomarnos hasta 14 días calendario más** si descubrimos que falta información que pueda beneficiarlo, o si usted necesita tiempo para enviarnos información para la revisión. Si decidimos tomarnos más días, se lo notificaremos por escrito.
 - Si cree que *no* deberíamos tomarnos más días, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomarnos más días. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluyendo las quejas rápidas, consulte la Sección 9 de este capítulo). Lo llamaremos tan pronto como tomemos una decisión.
- **Para obtener una decisión rápida, debe cumplir con dos requisitos:**
 - Puede obtener una decisión rápida *solo* si solicita cobertura de atención médica *que aún no ha recibido*. (No puede obtener una decisión rápida si su solicitud es sobre el pago de la atención médica que ya recibió).
 - Puede obtener una decisión rápida *solo* si el uso de los plazos estándar podría *causar daños graves a su salud o perjudicar su capacidad para desempeñarse*.
- **Si su médico nos informa que su salud requiere una “decisión rápida”, automáticamente aceptaremos proporcionarle una decisión rápida.**

- Si solicita una decisión rápida por su cuenta, sin el respaldo de su médico, decidiremos si su salud requiere que le proporcionemos una decisión rápida.
 - Si decidimos que su afección médica no cumple con los requisitos para una decisión rápida, le enviaremos una carta informándole al respecto (y, en su lugar, utilizaremos los plazos estándar).
 - Esta carta le informará que automáticamente le proporcionaremos una decisión rápida si su médico solicita la misma.
 - Además, la carta le indicará cómo puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión estándar en lugar de la decisión rápida que solicitó. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluyendo las quejas rápidas, consulte la Sección 9 de este capítulo).

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

Plazos para una decisión de cobertura “rápida”

- En general, para una decisión rápida, le daremos una respuesta **en un plazo de 72 horas**.
 - Como se explicó anteriormente, podemos tomarnos hasta 14 días calendario más en ciertas circunstancias. Si decidimos utilizar más días para tomar una decisión, se lo notificaremos por escrito.
 - Si cree que *no* deberíamos tomarnos más días, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomarnos más días. Cuando presenta una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluyendo las quejas rápidas, consulte la Sección 9 de este capítulo).
 - Si no le proporcionamos nuestra respuesta en 72 horas (o si existe un período extendido, al final de dicho período), usted tiene derecho a presentar una apelación. Más adelante, la Sección 5.3 brinda información sobre cómo presentar una apelación.
- **Si nuestra respuesta es parcial o totalmente positiva con respecto a lo que solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura de atención médica que hemos acordado brindarle dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud. Si extendemos el período necesario para tomar nuestra decisión, proporcionaremos la cobertura al final de dicho período extendido.
- **Si nuestra respuesta es parcial o totalmente negativa con respecto a lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explique el motivo de nuestro rechazo.

Plazos para una decisión de cobertura “estándar”

- En general, para una decisión estándar, le daremos una respuesta **en un plazo de 14 días de haber recibido su solicitud.**
 - Podemos tomarnos hasta 14 días calendario más (“un período extendido”) en ciertas circunstancias. Si decidimos utilizar más días para tomar una decisión, se lo notificaremos por escrito.
 - Si cree que *no* deberíamos tomarnos más días, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomarnos más días. Cuando presenta una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluyendo las quejas rápidas, consulte la Sección 9 de este capítulo).
 - Si no le proporcionamos nuestra respuesta en 14 días (o si existe un período extendido, al final de dicho período), usted tiene derecho a presentar una apelación. Más adelante, la Sección 5.3 brinda información sobre cómo presentar una apelación.
- **Si nuestra respuesta es parcial o totalmente positiva con respecto a lo que solicitó,** debemos autorizar o proporcionar la cobertura que hemos acordado brindarle dentro de los 14 días posteriores a la recepción de su solicitud. Si extendemos el período necesario para tomar nuestra decisión, proporcionaremos la cobertura al final de dicho período extendido.
- **Si nuestra respuesta es parcial o totalmente negativa con respecto a lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito que explique el motivo de nuestro rechazo.

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

- Si decidimos no otorgar la cobertura, usted tiene derecho a presentar una apelación para solicitarnos que reconsideremos (y posiblemente cambiemos) esta decisión que hayamos tomado. Presentar una apelación significa intentar nuevamente obtener la cobertura de la atención médica que desea.
- Si decide presentar una apelación, significa que pasa al Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la Sección 5.3 a continuación).

Sección 5.3	Instrucciones detalladas: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura de atención médica tomada por nuestro plan)
--------------------	---

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

Paso 1: usted se comunica con nosotros y presenta su apelación. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una “**apelación rápida**”.

Qué debe hacer

- **Para comenzar su apelación, usted, su médico o su representante deben comunicarse con nosotros.** Para obtener detalles sobre cómo contactarnos por cualquier motivo relacionado con su apelación, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección denominada *Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación acerca de su atención médica*.
- **Si usted solicita una apelación estándar, hágalo por escrito presentando una solicitud firmada.**
 - Si una persona que no sea su médico presenta una apelación en su nombre, su apelación debe incluir un formulario de Designación de representante que autorice a esta persona a representarlo. (Para obtener el formulario, llame a Atención al Cliente y solicite el formulario de “Designación de representante”. También está disponible en el sitio web de Medicare en <http://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf>). Aunque podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos completar nuestra revisión hasta recibirlo. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días posteriores a la recepción de su solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación se enviará a la Organización de Revisión Independiente para su rechazo.
- **Si solicita una apelación rápida, hágalo por escrito o llámenos** al número de teléfono que figura en el Capítulo 2, Sección 1 (*Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre su atención médica*).
- **Usted debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 60 días calendario** desde la fecha que figura en la notificación por escrito que le enviamos para informarle sobre nuestra respuesta a su solicitud de decisión de cobertura. Si usted no cumple con los plazos y tiene una buena razón para ello, podemos darle un poco más de tiempo para que haga la apelación. Algunos ejemplos de buenas causas para no cumplir con los plazos pueden ser que usted haya tenido una enfermedad grave que impidió que usted se comunicara con nosotros o que nosotros le hayamos proporcionado información incompleta o incorrecta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Usted puede solicitar una copia de la información referente a su decisión médica y agregar más información como respaldo de su apelación.**
 - Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de la información relacionada con su apelación.
 - Si lo desea, usted y su médico pueden brindarnos información adicional para respaldar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una “apelación rápida” (usted puede solicitarlo mediante una llamada telefónica).

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

- Si usted está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de la atención médica que usted aún no recibió, usted o su médico necesitarán decidir si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos y procedimientos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión rápida”. Para solicitar una apelación rápida, siga las instrucciones que se indican para solicitar una decisión rápida. (Estas instrucciones se detallaron anteriormente en esta sección).
- Si su médico nos informa que su salud requiere de una "apelación rápida", le proporcionaremos una apelación rápida.

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

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, nuevamente observamos con cuidado toda la información sobre su solicitud de cobertura para atención médica. Verificamos si seguimos todas las reglas cuando dijimos que no a su solicitud.
- Recopilaremos más información si la necesitamos. Es posible que nos comuniquemos con usted o su médico para obtener más información.

Plazos para una apelación “rápida”

- Cuando usamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación**. Le daremos una respuesta más rápidamente si así lo requiere su salud.
 - Sin embargo, si nos solicita más tiempo o si debemos reunir más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario más**. Si decidimos utilizar más días para tomar una decisión, se lo notificaremos por escrito.
 - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas (o al final del período extendido si nos tomamos días adicionales), debemos enviar su solicitud automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en donde será revisada por una organización independiente. Más adelante en esta sección, le informamos sobre esta organización y le explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es parcial o totalmente positiva con respecto a lo que solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que hemos acordado proporcionarle dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.

- **Si nuestra respuesta es total o parcialmente negativa respecto a lo que solicitó**, le enviaremos un aviso de rechazo por escrito en el que se le informa que hemos enviado su apelación automáticamente a la Organización de Revisión Independiente para una apelación de Nivel 2.

*Plazos para una **apelación “estándar”***

- Si usamos los plazos estándar, debemos darle una respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de recibir su apelación si su apelación es sobre la cobertura de servicios que todavía no ha recibido. Le informaremos nuestra decisión más rápidamente si así lo requiere su afección médica.
 - Sin embargo, si nos solicita más tiempo o si debemos reunir más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario más**.
 - Si cree que *no* deberíamos tomarnos más días, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomarnos más días. Cuando presenta una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluyendo las quejas rápidas, consulte la Sección 9 de este capítulo).
 - Si no le damos una respuesta antes de transcurrido el plazo anterior (o al final del período extendido si nos tomamos días adicionales), debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en donde será revisada por una organización externa independiente. Más adelante en esta sección, le informamos sobre esta organización de revisión y le explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es parcial o totalmente positiva con respecto a lo que solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que hemos acordado brindarle dentro de los 30 días posteriores a la recepción de su apelación.
- **Si nuestra respuesta es total o parcialmente negativa respecto a lo que solicitó**, le enviaremos un aviso de rechazo por escrito en el que se le informa que hemos enviado su apelación automáticamente a la Organización de Revisión Independiente para una apelación de Nivel 2.

Paso 3: Si nuestro plan rechaza su apelación en forma total o parcial, su caso será enviado *automáticamente* al próximo nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que cumplimos con todas las reglas al rechazar su apelación, **debemos enviar su apelación a la “Organización de Revisión Independiente”**. Cuando hacemos esto, significa que su apelación se enviará al próximo nivel del proceso de apelaciones, el Nivel 2.

Sección 5.4	Instrucciones detalladas: Cómo presentar una apelación de Nivel 2
--------------------	--

Si rechazamos su apelación de Nivel 1, su caso será enviado *automáticamente* al próximo nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su primera apelación. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe cambiarse.

Términos legales	El nombre formal para la “Organización de Revisión Independiente” es “ Entidad de Revisión Independiente ”. Algunas veces se denomina “ IRE ” (Independent Review Entity).
-------------------------	---

Paso 1: La Organización de Revisión Independiente revisa su apelación.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente que es contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Es una compañía elegida por Medicare para desempeñarse como Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Enviaremos a esta organización la información de su apelación. Esta información se denomina “archivo del caso”. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia del archivo de su caso.**
- Usted tiene derecho a brindarle a la Organización de Revisión Independiente información adicional para respaldar su apelación.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente observarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

*Si obtuvo una apelación “rápida” en el Nivel 1, también tendrá una **apelación “rápida”** en el Nivel 2*

- Si obtuvo una apelación rápida a nuestro plan en el Nivel 1, recibirá automáticamente una apelación rápida en el Nivel 2. La organización de revisión debe proporcionarle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su apelación.
- Sin embargo, si la Organización de Revisión Independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo **puede tomarse hasta 14 días calendario más.**

*Si obtuvo una apelación “estándar” en el Nivel 1, también tendrá una **apelación “estándar”** en el Nivel 2*

- Si obtuvo una apelación estándar a nuestro plan en el Nivel 1, recibirá automáticamente una apelación estándar en el Nivel 2. La organización de revisión

debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en el plazo de 30 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación.

- Sin embargo, si la Organización de Revisión Independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo **puede tomarse hasta 14 días calendario más**.

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente le da una respuesta.

La Organización de Revisión Independiente le informará su decisión por escrito y le explicará sus razones.

- **Si la organización de revisión aprueba en forma total o parcial lo que usted solicitó**, debemos autorizar la cobertura de la atención médica en un plazo de 72 horas, o debemos proporcionar el servicio en un plazo de 14 días calendario posteriores a la fecha en que recibamos la decisión que tomó la organización de revisión.
- **Si esta organización rechaza en forma total o parcial su apelación**, esto significa que la organización está de acuerdo con nosotros en cuanto a que no se debe aprobar su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica. (Esto se denomina “confirmar la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”).
 - La notificación por escrito que obtiene de la Organización de Revisión Independiente le informará el valor en dólares que está en controversia para continuar con el proceso de apelaciones. Por ejemplo, para continuar y presentar otra apelación de Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura de atención médica que está solicitando debe cumplir con un determinado monto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación, lo que significa que la decisión del Nivel 2 es definitiva.

Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, usted decide si desea continuar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones posteriores al Nivel 2 (lo cual representa un total de cinco niveles de apelación).
- Si su apelación de Nivel 2 es rechazada y usted cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si desea continuar con el Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Los detalles de cómo hacer esto se encuentran en la notificación por escrito que recibió después de su apelación de Nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo es quien trata la apelación de Nivel 3. La Sección 8 de este capítulo brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 5.5	¿Qué sucede si nos solicita que le paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted ha recibido por atención médica?
--------------------	---

Si desea solicitarnos que paguemos la atención médica, comience por leer el Capítulo 5 de este libro: *Cómo solicitarnos que paguemos la parte que le corresponde de una factura que ha recibido por servicios médicos*. El Capítulo 5 describe las situaciones en las que posiblemente usted necesite solicitar un reembolso o el pago de una factura que ha recibido de un proveedor. También se explica cómo enviarnos los documentos en los que se nos solicita que realicemos el pago.

Al solicitar un reembolso, le pide a nuestro plan que tome una decisión de cobertura

Si nos envía los documentos en los que solicita un reembolso, usted nos está solicitando que tomemos una decisión de cobertura (para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte la Sección 4.1 de este capítulo). Para tomar esta decisión de cobertura, haremos las averiguaciones correspondientes para determinar si la atención médica que pagó es un servicio cubierto (consulte el Capítulo 4: *Cuadro de beneficios médicos [qué está cubierto y qué debe pagar]*). Además, haremos las averiguaciones correspondientes para determinar si usted cumplió con todas las reglas para el uso de la cobertura de atención médica (estas reglas se detallan en el Capítulo 3 de este libro: *Cómo utilizar la cobertura del plan para sus servicios médicos*).

Aceptaremos o rechazaremos su solicitud

- Si la atención médica que pagó está cubierta y usted cumplió con todas las reglas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo de su atención médica en un plazo de 60 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud. O bien, si no ha pagado los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor. (Cuando enviamos el pago, es lo mismo que darle una respuesta *positiva* con respecto a su solicitud de decisión de cobertura).
- Si la atención médica *no* está cubierta o usted *no* cumplió con todas las reglas, no le enviaremos el pago. En cambio, le enviaremos una carta en la que le informaremos que no pagaremos los servicios y las razones por las cuales no lo hacemos. (Cuando rechazamos su solicitud de pago, es lo mismo que darle una respuesta *negativa* con respecto a su solicitud de decisión de cobertura).

¿Qué sucede si usted solicita el pago y nosotros nos negamos a pagar?

Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión de negarnos a pagar, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, significa que nos está solicitando que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones que describimos en la Parte 5.3 de esta sección. Consulte esta parte para ver las instrucciones detalladas. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación de reembolso, debemos proporcionarle nuestra respuesta dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de su apelación. (Si nos solicita un reembolso por atención médica que usted ya ha recibido y pagado, usted no puede solicitar una apelación rápida).
- Si la Organización de Revisión Independiente revierte nuestra decisión de rechazar el pago, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o a su proveedor dentro de los 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es positiva en cualquier etapa del proceso de apelaciones posterior al Nivel 2, debemos enviar el pago que solicitó a usted o al proveedor dentro de los 60 días calendario.

SECCIÓN 6 Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada como paciente internado si cree que el médico le da el alta demasiado pronto

Cuando usted se interna en un hospital, tiene derecho a obtener todos sus servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre nuestra cobertura de su atención hospitalaria, incluyendo las limitaciones a esta cobertura, consulte el Capítulo 4 de este libro: *Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)*.

Durante su hospitalización, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararlo para el día en que le den el alta. Además, ayudarán a coordinar la atención que usted necesite después del alta.

- El día que usted abandona el hospital se denomina “**fecha de alta**”. La cobertura de nuestro plan para su hospitalización finaliza ese día.
- Cuando se haya decidido su fecha de alta, su médico o el personal del hospital se lo harán saber.
- Si considera que le están pidiendo que abandone el hospital demasiado pronto, puede solicitar una hospitalización más prolongada, y su solicitud será evaluada. Esta sección brinda información sobre cómo solicitarlo.

Sección 6.1 Durante su hospitalización como paciente internado, usted recibirá una notificación por escrito de Medicare que le informará sus derechos

Durante su hospitalización, usted recibirá una notificación por escrito denominada *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de esta notificación cuando ingresan en un hospital. Alguna persona del hospital (por

ejemplo, un asistente social o enfermero) es quien debe proporcionárselo dentro de los dos días posteriores a su admisión. Si no recibe la notificación, pregúntele a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Atención al Cliente. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

1. Lea esta notificación atentamente y haga preguntas si no la comprende. Le brinda información sobre sus derechos como paciente del hospital, incluyendo los siguientes:

- Su derecho a recibir los servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo solicite su médico. Esto incluye el derecho a conocer cuáles son estos servicios, quién los pagará y dónde los puede obtener.
- Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización y saber quién la pagará.
- Dónde informar sus inquietudes sobre la calidad de la atención hospitalaria.
- Su derecho a apelar su decisión de alta si considera que le están dando de alta del hospital demasiado pronto.

Términos legales

La notificación por escrito de Medicare le informa sobre cómo puede **“solicitar una revisión inmediata”**. Solicitar una revisión inmediata es una forma legal y formal de pedir un retraso en su fecha de alta, de manera que cubriremos su atención hospitalaria durante un mayor tiempo. (La Sección 6.2 a continuación le informa cómo puede solicitar una revisión inmediata).

2. Usted debe firmar la notificación para indicar que la recibió y que comprende sus derechos.

- Usted o alguien que actúe en su nombre debe firmar la notificación. (La Sección 4 de este capítulo brinda información sobre cómo puede proporcionar autorización por escrito para que una persona actúe como su representante).
- El hecho de firmar la notificación *solo* indica que usted recibió la información sobre sus derechos. La notificación no proporciona su fecha de alta (su médico o el personal del hospital le informarán su fecha de alta). Al firmar la notificación, **usted no indica** que está de acuerdo con la fecha de alta.

3. **Conserve su copia** de la notificación firmada para tener a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o cómo informar de una inquietud sobre la calidad de la atención médica) en caso que la necesite.
 - Si usted firma la notificación con más de 2 días de anticipación a su fecha de alta, recibirá otra copia antes de que programen su alta.
 - Para examinar una copia de esta notificación por adelantado, puede llamar a Atención 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 la puede ver en Internet en http://www.cms.gov/BNI/12_HospitalDischargeAppealNotices.asp.

Sección 6.2	Instrucciones detalladas: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para modificar su fecha de alta del hospital
--------------------	---

Si desea solicitar que cubramos sus servicios hospitalarios durante un período más prolongado, necesitará utilizar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, comprenda lo que necesita hacer y cuáles son los plazos.

- **Cumpla el proceso.** A continuación, se explica cada paso de los dos primeros niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de comprender y respetar los plazos que se aplican a lo que debe hacer.
- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Atención al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este libro). O bien, llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud, una organización gubernamental que proporciona asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la Mejora de la Calidad revisa su apelación. Realiza una verificación para determinar si su fecha de alta planificada es médicamente adecuada para usted.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado y solicite una “revisión rápida” de su alta del hospital. Usted debe actuar rápidamente.

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

¿Qué es una Organización para la Mejora de la Calidad?

- Esta organización está formada por un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica pagados por el gobierno federal. Estos expertos no pertenecen a nuestro plan. Medicare le paga a esta organización para que controle y ayude a

mejorar la calidad de la atención médica para las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta del hospital de las personas que tienen Medicare.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- La notificación por escrito que recibió (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) le indica cómo comunicarse con esta organización. (O bien, puede encontrar el nombre, domicilio y número de teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad correspondiente a su estado en el Capítulo 2, Sección 4, de este libro).

Actúe rápidamente:

- Para presentar su apelación, debe comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad *antes* de abandonar el hospital y **sin superar su fecha de alta planificada**. (Su “fecha de alta planificada” es la fecha que se ha establecido para que usted abandone el hospital).
 - Si usted cumple con este plazo, podrá permanecer en el hospital *después* de su fecha de alta *sin pagar* mientras espera obtener la decisión sobre su apelación de la Organización para la Mejora de la Calidad.
 - Si *no* cumple con este plazo y decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta planificada, *es posible que tenga que pagar todos los costos* correspondientes a la atención hospitalaria que reciba después de su fecha de alta planificada.
- Si usted no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad sobre su apelación, usted puede, en su lugar, presentar la apelación directamente a nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 6.4.

Solicite una “revisión rápida”:

- Usted debe solicitar a la Organización para la Mejora de la Calidad una “**revisión rápida**” de su alta. Solicitar una “revisión rápida” significa que está solicitando que la organización utilice los plazos “rápidos” para una apelación en lugar de utilizar los plazos estándar.

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

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para la Mejora de la Calidad (los llamaremos “los revisores” para abreviar) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que la cobertura de los servicios debería continuar. No es necesario que prepare algo por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores también observarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos proporcionado.
- Al mediodía del día siguiente al día que los revisores le informaron a nuestro plan de su apelación, usted también obtendrá una notificación por escrito que proporciona su fecha de alta planificada y explica los motivos por los cuales su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (médicamente adecuado) que usted sea dado de alta en esa fecha.

Términos legales	Esta explicación escrita se denomina “ Notificación detallada del alta ”. Para obtener un modelo de esta notificación, llame a Atención 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 un modelo de la notificación en Internet, en http://www.cms.hhs.gov/BNI/ .
-------------------------	---

Paso 3: La Organización para la Mejora de la Calidad le dará una respuesta con respecto a su apelación dentro de un día después de haber recopilado toda la información necesaria.

¿Qué sucede si la respuesta es positiva?

- Si la organización de revisión *aprueba* su apelación, **debemos continuar proporcionando sus servicios hospitalarios cubiertos mientras estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que continuar pagando su parte de los costos (tales como deducibles o copagos, si resultan aplicables). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos. (Consulte el Capítulo 4 de este libro).

¿Qué sucede si la respuesta es negativa?

- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación, eso significa que su fecha de alta planificada es médicamente adecuada. Si esto sucede, **nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios finalizará** al mediodía del día *siguiente* al día en que la Organización para la Mejora de la Calidad le da la respuesta a su apelación.
- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria

que reciba después del mediodía del día siguiente al día en que la Organización para la Mejora de la Calidad le da la respuesta a su apelación.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si la Organización para la Mejora de la Calidad ha rechazado su apelación y usted permanece en el hospital después de su fecha de alta planificada, entonces puede presentar otra apelación. Si presenta otra apelación, significa que pasa al “Nivel 2” del proceso de apelaciones.

Sección 6.3	Instrucciones detalladas: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para modificar su fecha de alta del hospital
--------------------	---

Si la Organización para la Mejora de la Calidad ha rechazado su apelación y usted permanece en el hospital después de su fecha de alta planificada, entonces puede presentar una apelación de Nivel 2. Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para la Mejora de la Calidad que vuelva a revisar la decisión que tomaron sobre su primera apelación. Si rechazamos su apelación de Nivel 2, es posible que tenga que pagar el costo total de su internación después de su fecha de alta planificada.

Los siguientes son los pasos para el Nivel 2 del proceso de apelaciones:

Paso 1: Usted se comunica nuevamente con la Organización para la Mejora de la Calidad y le solicita que realice otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** contados a partir del día en que la Organización para la Mejora de la Calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solamente si permaneció en el hospital después de la fecha de finalización de su cobertura de atención médica.

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

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad observarán cuidadosamente una vez más toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de un plazo de 14 días calendario, los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad tomarán una decisión sobre su apelación y se la informarán.

Si la decisión que tomó la organización de revisión es positiva:

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día siguiente a la fecha en que la Organización para la Mejora de la Calidad rechazó su primera apelación. **Debemos seguir**

proporcionando cobertura para su atención hospitalaria mientras sea médicamente necesario.

- Usted debe continuar pagando la parte que le corresponde de los costos, y es posible que se apliquen limitaciones en la cobertura.

Si la decisión que tomó la organización de revisión es negativa:

- Esto significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron con respecto a su apelación de Nivel 1 y no la modificarán. Esto se denomina “confirmar la decisión”.
- La notificación que recibirá le informará por escrito lo que puede hacer si desea seguir con el proceso de revisión. Le proporcionará los detalles sobre cómo continuar con el próximo nivel de apelación, el cual está manejado por un juez.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, usted deberá decidir si desea continuar con su apelación y pasar al Nivel 3.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones posteriores al Nivel 2 (lo cual representa un total de cinco niveles de apelación). Si la organización de revisión rechaza su apelación de Nivel 2, usted puede elegir aceptar dicha decisión o continuar con el Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, un juez revisa su apelación.
- La Sección 8 de este capítulo brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 6.4	¿Qué sucede si usted no cumple con el plazo para presentar su apelación de Nivel 1?
--------------------	--

En su reemplazo, usted puede apelar a nuestro plan

Como se explicó anteriormente en la Sección 6.2, debe actuar rápidamente para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad a fin de iniciar su primera apelación sobre el alta del hospital. (“Rápido” significa antes de abandonar el hospital y sin superar su fecha de alta planificada). Si usted no cumple con el plazo para comunicarse con esta organización, existe otra forma de presentar su apelación.

Si utiliza esta otra manera de presentar su apelación, *los dos primeros niveles de apelación son diferentes.*

Instrucciones detalladas: cómo presentar una apelación *alternativa* de Nivel 1

Si usted no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad, puede presentarnos una apelación solicitando una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que utiliza los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar.

Términos legales	Una revisión “rápida” (o “apelación rápida”) también se denomina “ apelación acelerada ”.
-------------------------	--

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una “revisión rápida”.

- Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nuestro plan, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección denominada *Cómo comunicarse con nuestro plan cuando presenta una apelación sobre su atención médica*.
- **Asegúrese de solicitar una “revisión rápida”.** Esto significa que usted nos pide que le demos una respuesta utilizando los plazos “rápidos” en lugar de los “estándar”.

Paso 2: Realizamos una revisión “rápida” de su fecha de alta planificada y verificamos si era médicamente adecuada.

- Durante esta revisión, examinamos toda la información sobre su hospitalización. Realizamos una verificación para determinar si su fecha de alta planificada era médicamente adecuada. Realizaremos una verificación para determinar si la decisión sobre la fecha en la que debía abandonar el hospital era justa y si se cumplieron todas las reglas.
- En esta situación, utilizaremos los plazos “rápidos” en lugar de los estándar para darle la respuesta acerca de esta revisión.

Paso 3: Le comunicamos nuestra decisión dentro de las 72 horas posteriores al momento en que usted solicita una “revisión rápida” (“apelación rápida”).

- **Si aceptamos proporcionarle una apelación rápida,** eso significa que hemos aceptado que usted todavía necesita quedarse en el hospital después de la fecha de alta y seguiremos proporcionando los servicios cubiertos mientras sea médicamente necesario. Esto también significa que hemos aceptado reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención médica que recibió desde la fecha en que le comunicamos que finalizaría su cobertura. (Usted debe pagar su parte de los costos, y es posible que se apliquen limitaciones en la cobertura).
- **Si rechazamos su apelación rápida,** eso significa que consideramos que la fecha de alta planificada era médicamente adecuada. Nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios finaliza a partir del día en que dijimos que finalizaría.
 - Si permaneció en el hospital *después* de su fecha de alta planificada, entonces **es posible que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha de alta planificada.

Paso 4: Si rechazamos su apelación rápida, su caso será enviado automáticamente al próximo nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que cumplimos con todas las reglas al rechazar su apelación rápida, **debemos enviar su apelación a la “Organización de Revisión Independiente”**. Cuando hacemos esto, significa que su apelación se envía *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Instrucciones detalladas: Cómo presentar una apelación *alternativa* de Nivel 2

Si rechazamos su apelación de Nivel 1, su caso será enviado *automáticamente* al próximo nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su “apelación rápida”. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe cambiarse.

Términos legales	El nombre formal para la “Organización de Revisión Independiente” es “ Entidad de Revisión Independiente ”. Algunas veces se denomina “ IRE ” (Independent Review Entity).
-------------------------	---

Paso 1: Enviaremos su caso automáticamente a la Organización de Revisión Independiente.

- Debemos enviar la información de la apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente en un plazo de 24 horas después de que le informemos que rechazamos su primera apelación. (Si usted considera que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar una queja. El proceso de quejas es diferente al proceso de apelaciones. La Sección 9 de este capítulo brinda información sobre cómo presentar una queja).

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente realiza una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le dan una respuesta en un plazo de 72 horas.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente que es contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Es una compañía elegida por Medicare para desempeñarse como Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente observarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación de su alta del hospital.
- **Si esta organización *aprueba* su apelación,** debemos reembolsarle (devolverle) nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde su fecha de alta planificada. Además, debemos continuar la cobertura del plan de sus servicios

hospitalarios mientras sea médicamente necesario. Usted debe continuar pagando la parte que le corresponde de los costos. Si hay limitaciones en la cobertura, se podría limitar el monto que le reembolsaríamos o el tiempo que seguiríamos cubriendo sus servicios.

- **Si esta organización rechaza su apelación**, esto significa que la organización está de acuerdo con nosotros en que su fecha de alta del hospital planificada era médicamente adecuada.
 - La notificación que reciba de la Organización de Revisión Independiente le informará por escrito lo que puede hacer si desea seguir con el proceso de revisión. Le ofrecerá los detalles sobre cómo continuar con una apelación de Nivel 3, la cual está a cargo de un juez.

Paso 3: Si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, usted decide si desea continuar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones posteriores al Nivel 2 (lo cual representa un total de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, usted decide si acepta la decisión o pasa al Nivel 3 y presenta una tercera apelación.
- La Sección 8 de este capítulo brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la continuidad de la cobertura de ciertos servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto

Sección 7.1	<i>Esta sección trata sobre tres servicios <u>únicamente</u>:</i> Servicios de atención médica domiciliaria, de atención en un centro de enfermería especializada y de un centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF)
--------------------	--

Esta sección trata *únicamente* sobre los siguientes tipos de atención:

- Los **servicios de atención médica domiciliaria** que recibe.
- La **atención de enfermería especializada** que recibe como paciente en un centro de enfermería especializada. (Para obtener más información sobre los requisitos para que una instalación sea considerada “centro de enfermería especializada”, consulte el Capítulo 10, *Definiciones de palabras importantes*).

- La **atención de rehabilitación** que recibe como paciente ambulatorio en un centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) aprobado por Medicare. Generalmente, esto significa que obtiene tratamiento para una enfermedad o un accidente, o se está recuperando de una operación grave. (Para obtener más información sobre este tipo de centro, consulte el Capítulo 10, *Definiciones de palabras importantes*).

Cuando recibe cualquiera de estos tipos de atención, usted tiene derecho a seguir recibiendo los servicios cubiertos para ese tipo de atención siempre que sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre sus servicios cubiertos, incluyendo su parte del costo y cualquier limitación a la cobertura que se pueda aplicar, consulte el Capítulo 4 de este libro: *Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)*.

Cuando decidimos que es momento de interrumpir la cobertura de cualquiera de estos tres tipos de atención médica para usted, debemos informárselo con anticipación. Cuando finaliza su cobertura para esa atención médica, *dejaremos de pagar la parte que nos corresponde del costo de su atención*.

Si usted considera que estamos finalizando la cobertura de su atención médica demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. Esta sección brinda información sobre cómo solicitar una apelación.

Sección 7.2 Le informaremos con anticipación cuándo finalizará su cobertura

1. **Usted recibe una notificación por escrito.** Al menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención médica, la agencia o el centro que le brinda la atención médica le entregará una notificación.
 - En la notificación por escrito se le informa la fecha en que dejaremos de cubrir su atención médica.
 - Además, en la notificación por escrito se le informa lo que puede hacer si desea solicitarle a nuestro plan que cambie esta decisión sobre cuándo finalizar su atención médica y que continúe cubriéndola por un período más prolongado.

Términos legales

Al informarle lo que puede hacer, la notificación por escrito le informa cómo puede solicitar una **“apelación de seguimiento rápido”**. Solicitar una apelación de seguimiento rápido es una forma legal y formal de solicitar un cambio a nuestra decisión de cobertura sobre cuándo detener su atención médica. (A continuación, la Sección 7.3 brinda información sobre cómo puede solicitar una apelación de seguimiento rápido).

Términos legales	La notificación por escrito se denomina “ Notificación de no cobertura de Medicare ”. Para obtener una copia de ejemplo, llame a Atención 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 ver una copia en Internet, en http://www.cms.hhs.gov/BNI/ .
-------------------------	---

2. Usted debe firmar la notificación por escrito para indicar que la recibió.

- Usted o alguien que actúe en su nombre debe firmar la notificación. (La Sección 4 brinda información sobre cómo puede proporcionar una autorización por escrito para que una persona actúe como su representante).
- El hecho de firmar la notificación *solo* indica que usted recibió la información sobre cuándo se interrumpirá su cobertura. **Firmarla no significa que usted está de acuerdo** con el plan en que es el momento de dejar de recibir la atención médica.

Sección 7.3	Instrucciones detalladas: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención médica durante un período más prolongado
--------------------	---

Si desea solicitarnos que cubramos su atención médica durante un período más prolongado, necesitará utilizar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, comprenda lo que necesita hacer y cuáles son los plazos.

- **Cumpla el proceso.** A continuación, se explica cada paso de los dos primeros niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de comprender y respetar los plazos que se aplican a lo que debe hacer. Además, existen plazos que nuestro plan debe respetar. (Si usted considera que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar una queja. La Sección 9 de este capítulo brinda información sobre cómo presentar una queja).
- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Atención al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este libro). O bien, llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud, una organización gubernamental que proporciona asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la Mejora de la Calidad revisa su apelación y decide si cambia la decisión tomada por nuestro plan.

Paso 1: Presente su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado y solicite una revisión. Usted debe actuar rápidamente.

¿Qué es una Organización para la Mejora de la Calidad?

- Esta organización está formada por un grupo de médicos y otros expertos de atención médica pagados por el gobierno federal. Estos expertos no pertenecen a nuestro plan. Verifican la calidad de la atención médica que reciben las personas con Medicare y revisan las decisiones del plan sobre cuándo es el momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- La notificación por escrito que recibió le indica cómo comunicarse con esta organización. (O bien, puede encontrar el nombre, domicilio y número de teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad correspondiente a su estado en el Capítulo 2, Sección 4, de este libro).

¿Qué debe solicitar?

- Solicítele a esta organización que realice una revisión independiente para determinar si es médicamente adecuado que finalicemos la cobertura de sus servicios médicos.

Su plazo para comunicarse con esta organización.

- Debe comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad para iniciar su apelación *antes del mediodía del día siguiente al día que recibe la notificación por escrito que le informa cuándo dejaremos de cubrir su atención médica.*
- Si usted no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad sobre su apelación, usted puede, en su lugar, presentar la apelación directamente a nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 7.5.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para la Mejora de la Calidad (los llamaremos “los revisores” para abreviar) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que la cobertura de los servicios debería continuar. No es necesario que prepare algo por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.

- La organización de revisión también observará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que nuestro plan le ha brindado.
- Hacia el final del día en que los revisores nos informen acerca de su apelación, usted también recibirá nuestra notificación por escrito informándole las razones por las que queremos finalizar la cobertura de sus servicios.

Términos legales	Esta explicación de la notificación se denomina la “ Explicación detallada de no cobertura ”.
-------------------------	--

Paso 3: En el plazo de un día completo después de que tengan toda la información necesaria, los revisores le informarán sobre su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aprueban su apelación?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, **debemos seguir proporcionando sus servicios cubiertos mientras sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que continuar pagando su parte de los costos (tales como deducibles o copagos, si resultan aplicables). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos (consulte el Capítulo 4 de este libro).

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores *rechazan* su apelación, **su cobertura finalizará en la fecha que le habíamos informado.** Dejaremos de pagar su parte de los costos de esta atención médica.
- Si decide continuar obteniendo los servicios de atención médica domiciliaria, de atención en un centro de enfermería especializada o de un centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de esta fecha cuando su cobertura termina, entonces **tendrá que pagar usted mismo el costo total** de esta atención.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Esta primera apelación que presenta corresponde al “Nivel 1” del proceso de apelaciones. Si los revisores *rechazan* su apelación de Nivel 1, y usted decide seguir recibiendo atención médica una vez finalizada la cobertura de la atención, usted puede presentar otra apelación.
- Si presenta otra apelación, significa que pasa al “Nivel 2” del proceso de apelaciones.

Sección 7.4	Instrucciones detalladas: Cómo presentar una apelación del Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención médica durante un período más prolongado
--------------------	--

Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechazó su apelación y usted decide seguir recibiendo atención médica una vez finalizada la cobertura de la atención, usted puede presentar una apelación de Nivel 2. Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para la Mejora de la Calidad que vuelva a revisar la decisión que tomaron sobre su primera apelación. Si rechazamos su apelación de Nivel 2, es posible que tenga que pagar el costo total de los servicios de atención médica domiciliaria, de atención en un centro de enfermería especializada o de un centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en la que dijimos que finalizaría su cobertura.

Los siguientes son los pasos para el Nivel 2 del proceso de apelaciones:

Paso 1: Usted se comunica nuevamente con la Organización para la Mejora de la Calidad y le solicita que realice otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días** a partir del día en que la Organización para la Mejora de la Calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solamente si continuó obteniendo atención médica luego de la fecha de finalización de su cobertura de atención médica.

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

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad observarán cuidadosamente una vez más toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días, los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión aprueba su apelación?

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención médica que recibió desde la fecha en la que le comunicamos la finalización su cobertura. **Debemos seguir proporcionando cobertura** para su atención mientras sea médicamente necesaria.
- Usted debe continuar pagando su parte de los costos, y es posible que se apliquen limitaciones en la cobertura.

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

- Esto significa que están de acuerdo con la decisión que tomamos sobre su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.

- La notificación que recibirá le informará por escrito lo que puede hacer si desea seguir con el proceso de revisión. Le proporcionará los detalles sobre cómo continuar con el próximo nivel de apelación, el cual está manejado por un juez.

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

- Existen tres niveles adicionales de apelación posteriores al Nivel 2, lo cual representa un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, usted puede elegir aceptar dicha decisión o continuar con el Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, un juez revisa su apelación.
- La Sección 8 de este capítulo brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

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

En su reemplazo, usted puede apelar a nuestro plan

Como se explicó anteriormente en la Sección 7.3, debe actuar rápidamente para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad a fin de iniciar su primera apelación (en un plazo de uno o dos días, como máximo). Si usted no cumple con el plazo para comunicarse con esta organización, existe otra forma de presentar su apelación. Si utiliza esta otra manera de presentar su apelación, *los dos primeros niveles de apelación son diferentes.*

Instrucciones detalladas: cómo presentar una apelación *alternativa* de Nivel 1

Si usted no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad, puede presentarnos una apelación solicitando una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que utiliza los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar.

A continuación, se detallan los pasos para una apelación alternativa de Nivel 1:

Términos legales	Una revisión “rápida” (o “apelación rápida”) también se denomina “ apelación acelerada ”.
-------------------------	--

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una “revisión rápida”.

- Para obtener detalles sobre cómo contactarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección denominada *Cómo comunicarse con nuestro plan cuando presenta una apelación sobre su atención médica.*
- **Asegúrese de solicitar una “revisión rápida”.** Esto significa que usted nos pide que le demos una respuesta utilizando los plazos “rápidos” en lugar de los “estándar”.

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

- Durante esta revisión, examinamos nuevamente toda la información sobre su caso. Realizamos una verificación para determinar si cumplimos con todas las reglas cuando establecimos la fecha de finalización de la cobertura del plan para los servicios que recibía.
- Utilizaremos los plazos “rápidos” en lugar de los estándar para darle la respuesta acerca de esta revisión. (Generalmente, si presenta una apelación a nuestro plan y solicita una “revisión rápida”, podemos decidir aceptar su solicitud y proporcionarle una “respuesta rápida”. Pero en esta situación, las reglas requieren que le proporcionemos una respuesta rápida si usted así lo solicita).

Paso 3: Le comunicamos nuestra decisión dentro de las 72 horas posteriores al momento en que usted solicita una “revisión rápida” (“apelación rápida”).

- **Si aprobamos su apelación rápida**, significa que estamos de acuerdo con usted en que necesita servicios durante un período más prolongado y continuaremos proporcionando sus servicios cubiertos mientras sea médicamente necesario. Esto también significa que hemos aceptado reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención médica que recibió desde la fecha en que le comunicamos que finalizaría su cobertura. (Usted debe pagar su parte de los costos, y es posible que se apliquen limitaciones en la cobertura).
- **Si rechazamos su apelación rápida**, su cobertura finalizará en la fecha que le habíamos informado y no pagaremos los servicios recibidos después de dicha fecha. Dejaremos de pagar su parte de los costos de esta atención médica.
- Si continuó recibiendo los servicios de atención médica domiciliaria, de atención en un centro de enfermería especializada o de un centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que le comunicamos que finalizaría su cobertura, entonces **tendrá que pagar usted mismo el costo total** de esta atención.

Paso 4: Si rechazamos su apelación rápida, su caso pasará automáticamente al próximo nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que cumplimos con todas las reglas al rechazar su apelación rápida, **debemos enviar su apelación a la “Organización de Revisión Independiente”**. Cuando hacemos esto, significa que su apelación se envía *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Instrucciones detalladas: Cómo presentar una apelación *alternativa* de Nivel 2

Si rechazamos su apelación de Nivel 1, su caso será enviado *automáticamente* al próximo nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su “apelación rápida”. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe cambiarse.

Términos legales	El nombre formal para la “Organización de Revisión Independiente” es “ Entidad de Revisión Independiente ”. Algunas veces se denomina “ IRE ” (Independent Review Entity).
-------------------------	---

Paso 1: Enviaremos su caso automáticamente a la Organización de Revisión Independiente.

- Debemos enviar la información de la apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente en un plazo de 24 horas después de que le informemos que rechazamos su primera apelación. (Si usted considera que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar una queja. El proceso de quejas es diferente al proceso de apelaciones. La Sección 9 de este capítulo brinda información sobre cómo presentar una queja).

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente realiza una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le dan una respuesta en un plazo de 72 horas.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente que es contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Es una compañía elegida por Medicare para desempeñarse como Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente observarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización *aprueba* su apelación,** debemos reembolsarle (devolverle) nuestra parte de los costos de la atención médica que recibió desde la fecha en la que le comunicamos que finalizaría su cobertura. También debemos seguir proporcionando cobertura para su atención mientras sea médicamente necesario. Usted debe continuar pagando la parte que le corresponde de los costos. Si hay limitaciones en la cobertura, se podría limitar el monto que le reembolsaríamos o el tiempo que seguiríamos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación,** eso significa que la organización está de acuerdo con la decisión que tomó nuestro plan sobre su primera apelación y no la modificará.

- La notificación que reciba de la Organización de Revisión Independiente le informará por escrito lo que puede hacer si desea seguir con el proceso de revisión. Le proporcionará los detalles sobre cómo continuar con una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, usted decide si desea continuar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales de apelación posteriores al Nivel 2, lo cual representa un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, usted puede elegir aceptar dicha decisión o continuar con el Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, un juez revisa su apelación.
- La Sección 8 de este capítulo brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y a los niveles superiores

Sección 8.1	Niveles de apelación 3, 4 y 5 para las apelaciones de servicio médico
--------------------	--

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y de Nivel 2, y ambas han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, la respuesta por escrito que recibe para su apelación de Nivel 2 explicará con quién comunicarse y qué hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que implican apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan prácticamente de la misma forma. A continuación, se presenta quién trata la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3	Un juez que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta. Este juez se denomina “juez de derecho administrativo”.
-----------------------------	--

- **Si el juez de derecho administrativo aprueba su apelación, el proceso de apelaciones puede o no haber terminado.** Nosotros decidiremos si apelaremos esta decisión para que pase al Nivel 4. A diferencia de una decisión de Nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que resulte favorable para usted.

- Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizarle o proporcionarle el servicio en un plazo de 60 días después de recibir la decisión del juez.
- Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con todos los documentos anexos. Podemos esperar la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proporcionar el servicio en disputa.
- **Si el juez de derecho administrativo rechaza su apelación, el proceso de apelaciones puede o no haber terminado.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, finaliza el proceso de apelaciones.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez de derecho administrativo rechaza su apelación, en la notificación que reciba se le informará qué hacer a continuación si elige continuar con su apelación.

Apelación de Nivel 4	El Consejo de Apelaciones de Medicare revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo de Apelaciones de Medicare trabaja para el gobierno federal.
-----------------------------	--

- **Si la respuesta es afirmativa o si el Consejo de Apelaciones de Medicare rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable de la apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones puede o no haber terminado.** Nosotros decidiremos si apelaremos esta decisión para que pase al Nivel 5. A diferencia de una decisión de Nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 que resulte favorable para usted.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizarle o proporcionarle el servicio en un plazo de 60 días después de recibir la decisión del Consejo de Apelaciones de Medicare.
 - Si decidimos apelar la decisión, le informaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo de Apelaciones de Medicare rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones puede o no haber terminado.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, finaliza el proceso de apelaciones.
 - Si no desea aceptar la decisión, podría continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo de Apelaciones de Medicare rechaza su apelación, en la notificación que obtenga se le informará si las normas le permiten continuar con la apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten continuar, en la notificación por escrito también se le informará a quién contactar y qué hacer a continuación si elige continuar con su apelación.

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

- Este es el último paso del proceso de apelaciones administrativas.

PRESENTACIÓN DE QUEJAS

SECCIÓN 9 **Cómo presentar una queja acerca de la calidad de la atención médica, el tiempo de espera, el servicio de atención al cliente u otras inquietudes**



Si su problema se trata de decisiones relacionadas con beneficios, cobertura o pago, entonces esta sección *no va dirigida a usted*. En cambio, usted necesita utilizar el proceso para las decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 4 de este capítulo.

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

En esta sección, se explica cómo utilizar el proceso de presentación de quejas. El proceso de quejas se utiliza para ciertos tipos de problemas *únicamente*. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención médica, el tiempo de espera y el servicio de atención al cliente que recibe. Los siguientes son ejemplos de los tipos de problemas que se tratan mediante el proceso de quejas.

Si tiene alguno de estos tipos de problemas, puede “presentar una queja”.

Calidad de su atención médica

- ¿No está conforme con la calidad de la atención médica que ha recibido (incluso la atención médica en el hospital)?

Respeto de su privacidad

- ¿Considera que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información sobre usted que cree que debería ser confidencial?

Falta de respeto, mal servicio de atención al cliente u otros comportamientos negativos

- ¿Alguien ha sido grosero con usted o le faltó el respeto?
- ¿No está conforme con la manera en que lo ha tratado nuestro personal de Atención al Cliente?
- ¿Siente que lo están alentando a abandonar el plan?

Tiempo de espera

- ¿Tiene problemas para obtener una cita o espera demasiado para obtenerla?
- ¿Le han hecho esperar demasiado los médicos u otros profesionales de la salud? ¿O el personal de Atención al Cliente u otro personal del plan?
 - Los ejemplos incluyen esperar demasiado tiempo en el teléfono, en la sala de espera o en el consultorio médico.

Limpieza

- ¿No está conforme con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o el consultorio del médico?

Información que obtiene de nosotros

- ¿Cree que no le hemos proporcionado una notificación que tenemos la obligación de proporcionar?
- ¿Cree que la información impresa que le hemos proporcionado es difícil de comprender?

En la siguiente página, se presentan más ejemplos de posibles motivos para presentar una queja

Posibles quejas (continuación)

Todos estos tipos de quejas están relacionados con lo oportuno de nuestras acciones en lo que respecta a las decisiones de cobertura y las apelaciones

El proceso de solicitar una decisión de cobertura y presentar apelaciones se explica en las Secciones 4 a 8 de este capítulo. Si solicita una decisión o presenta una apelación, usted utiliza ese proceso, no el proceso de quejas.

Sin embargo, si ya ha solicitado una decisión de cobertura o ha presentado una apelación y cree que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, también puede presentar una queja sobre nuestra lentitud. A continuación, se presentan algunos ejemplos:

- Si nos ha solicitado una “respuesta rápida” para una decisión de cobertura o apelación y nuestra respuesta fue negativa, usted puede presentar una queja.
- Si considera que no estamos cumpliendo con los plazos para proporcionarle una decisión de cobertura o una respuesta a una apelación que presentó, puede presentar una queja.
- Cuando una decisión de cobertura que tomamos está sujeta a revisión y se nos informa que debemos cubrir o reembolsarle ciertos servicios médicos, se aplican determinados plazos. Si cree que no estamos cumpliendo con estos plazos, puede presentar una queja.
- Cuando no le comunicamos una decisión a tiempo, debemos remitir su caso a la Organización de Revisión Independiente. Si no lo hacemos dentro del plazo requerido, puede presentar una queja.

Sección 9.2 El nombre formal para “presentación de una queja” es “presentación de una queja por agravios”

Términos legales

- Lo que en esta sección se denomina “queja” también se denomina “queja por

agravios”.

- Otro término para “**presentación de una queja**” es “**presentación de una queja por agravios**”.
- Otra forma de decir “**utilización del proceso de quejas**” es “**utilización del proceso para presentar quejas por agravios**”.

Sección 9.3 Instrucciones detalladas: Presentación de una queja

Paso 1: comuníquese con nosotros inmediatamente, ya sea telefónicamente o por escrito.

- **Por lo general, el primer paso es llamar a Atención al Cliente.** Si hay algo más que necesita hacer, Atención al Cliente le informará. Llame a Atención al Cliente al 1-800-701-9000 (TTY 1-800-208-9562). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. – 8:00 p.m. (Del 15 de octubre al 14 de febrero, los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. – 8:00 p.m.) Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el día hábil siguiente.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no está conforme), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presenta su queja por escrito, le responderemos su queja por escrito.
- Debe presentar una queja por agravios ya sea en forma oral o por escrito antes de los 60 días del evento. También puede hacerlo llamando a Atención al Cliente al 1-800-701-9000 (TTY 1-800-208-9562), los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8:00 a. m. – 8:00 p.m. (Los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. desde el 15 de noviembre al 1 de marzo. Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el día hábil siguiente). También puede presentar una queja por agravios por escrito y enviarla por correo a: Tufts Health Plan Medicare Preferred, Attn: Appeals & Grievances Department, 705 Mt. Auburn Street, Watertown, MA 02472. También puede enviarla por escrito mediante fax al: 1-(617) 972-9516.

También tiene derecho a presentar una queja por agravios acelerada que puede incluir una queja donde exprese que Tufts Health Plan Medicare Preferred se negó a acelerar una determinación de la organización o reconsideración, o invocó una extensión a una determinación de la organización o plazos de reconsideración. El plazo de Tufts Health Plan Medicare Preferred para responder es dentro de las 24 horas de su queja.

- Ya sea que llame o escriba, debe comunicarse con Atención al Cliente de inmediato. La queja se debe presentar en un plazo de 60 días calendario a partir de la fecha en que tuvo el problema sobre el cual desea quejarse.
- **Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud para una “respuesta rápida” para una decisión de cobertura o apelación, automáticamente le proporcionaremos una queja “rápida”.** Si tiene una queja “rápida”, significa que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas.**

Términos legales	Lo que en esta sección se denomina “ queja rápida ” también se denomina “ queja por agravios acelerada ”.
-------------------------	---

Paso 2: investigamos su queja y le proporcionamos nuestra respuesta.

- **Si es posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama por una queja, es posible que podamos brindarle una respuesta durante la misma llamada telefónica. Si su estado de salud requiere que respondamos rápido, eso haremos.
- **La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y el retraso es para su propio beneficio, o si usted solicita más tiempo, podemos tomarnos hasta 14 días calendario más (un total de 44 días calendario) para responder su queja.
- **Si no estamos de acuerdo** con su queja en forma total o parcial, o no asumimos la responsabilidad por el problema del cual se está quejando, se lo informaremos. Nuestra respuesta incluirá los motivos de tal decisión. Debemos responder, estemos o no de acuerdo con la queja.

Sección 9.4	También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención médica a la Organización para la Mejora de la Calidad
--------------------	---

Puede presentar su queja sobre la calidad de la atención médica que recibió ante nuestro plan utilizando el proceso detallado que se explicó anteriormente.

Cuando su queja se trata de la *calidad de la atención médica*, usted también cuenta con dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja ante la Organización para la Mejora de la Calidad.** Si prefiere, puede presentar su queja sobre la calidad de la atención médica que recibió directamente a esta organización (*sin* presentarnos la queja a nosotros).
 - La Organización para la Mejora de la Calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a quienes el gobierno federal les

paga para comprobar y mejorar la atención médica proporcionada a los pacientes de Medicare.

- Para encontrar el nombre, domicilio y número de teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad correspondiente a su estado, consulte el Capítulo 2, Sección 4, de este libro. Si presenta una queja ante esta organización, trabajaremos conjuntamente con ella para resolver su queja.
- **También puede presentar su queja a ambos al mismo tiempo.** Si desea, puede presentarnos su queja sobre la calidad de la atención médica y también a la Organización para la Mejora de la Calidad.

Capítulo 8. Cómo finalizar su membresía en el plan

SECCIÓN 1	Introducción	153
Sección 1.1	Este capítulo se centra en la finalización de su membresía en nuestro plan.....	153
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede usted finalizar su membresía en nuestro plan?....	153
Sección 2.1	Usted puede finalizar su membresía durante el Período de inscripción anual.....	153
Sección 2.2	Usted puede finalizar su membresía durante el Período anual de desafiliación de Medicare Advantage, pero sus opciones son más limitadas.....	154
Sección 2.3	En ciertas situaciones, usted puede finalizar su membresía durante un Período de inscripción especial.....	155
Sección 2.4	¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?	156
SECCIÓN 3	¿Cómo finaliza su membresía en nuestro plan?	156
Sección 3.1	Por lo general, usted finaliza su membresía al inscribirse en otro plan.....	156
SECCIÓN 4	Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos a través de nuestro plan	158
Sección 4.1	Hasta que finalice su membresía, usted sigue siendo miembro de nuestro plan.....	158
SECCIÓN 5	<i>Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx</i> debe finalizar su membresía en el plan en ciertas situaciones.....	158
Sección 5.1	¿Cuándo debemos finalizar su membresía en el plan?	158
Sección 5.2	<u>No</u> podemos pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud	159
Sección 5.3	Usted tiene derecho a presentar una queja si finalizamos su membresía en nuestro plan	159

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Este capítulo se centra en la finalización de su membresía en nuestro plan
--------------------	---

Finalizar su membresía en *Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx* puede ser un hecho **voluntario** (su propia elección) o **involuntario** (no su propia elección):

- Podría abandonar nuestro plan porque ha decidido que *desea* hacerlo.
 - Existen solo ciertas épocas del año, o ciertas situaciones, en las que usted puede finalizar voluntariamente su membresía en el plan. La Sección 2 le brinda información sobre *cuándo* puede finalizar su membresía en el plan.
 - El proceso para finalizar voluntariamente su membresía varía dependiendo del tipo de cobertura nueva que está eligiendo. La Sección 3 le brinda información sobre *cómo* finalizar su membresía en cada situación.
- Además, existen situaciones limitadas en las que usted no elige abandonar, sino que es necesario que demos por finalizada su membresía. La Sección 5 le brinda información sobre las situaciones en las cuales nosotros debemos finalizar su membresía.

Si abandona nuestro plan, debe seguir recibiendo su atención médica a través de nuestro plan hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede usted finalizar su membresía en nuestro plan?

Usted puede finalizar su membresía en nuestro plan solo durante ciertas épocas del año, conocidas como períodos de inscripción. Todos los miembros tienen la oportunidad de abandonar el plan durante el Período de inscripción anual y durante el Período anual de desafiliación de Medicare Advantage. En ciertas situaciones, usted también puede ser cumplir con los requisitos para abandonar el plan en otros momentos del año.

Sección 2.1	Usted puede finalizar su membresía durante el Período de inscripción anual
--------------------	---

Usted puede finalizar su membresía durante el **Período de inscripción anual** (también denominado “Período anual de elección coordinada”). Durante este período, usted debe revisar su cobertura médica y de medicamentos y tomar una decisión sobre su cobertura para el próximo año.

- **¿Cuándo es el Período de inscripción anual?** Esto sucede entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de 2011.
- **¿A qué tipo de plan puede cambiarse durante el Período de inscripción anual?** Durante este período, puede revisar su cobertura médica y su cobertura de medicamentos recetados. Puede optar por mantener su cobertura actual o realizarle cambios para el próximo año. Si decide cambiarse a un plan nuevo, puede seleccionar cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra los medicamentos recetados o uno que no los cubra).
 - Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
 - *u* Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Su membresía finalizará cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

Sección 2.2	Usted puede finalizar su membresía durante el Período anual de desafiliación de Medicare Advantage, pero sus opciones son más limitadas
--------------------	--

Usted tiene la oportunidad de realizar *un* cambio a su cobertura médica durante el **Período anual de desafiliación de Medicare Advantage**.

- **¿Cuándo es el Período anual de desafiliación de Medicare Advantage?** Esto sucede todos los años del 1 de enero al 14 de febrero.
- **¿A qué tipo de plan puede cambiarse durante el Período anual de desafiliación de Medicare Advantage?** Durante este tiempo, usted puede cancelar su inscripción en el plan Medicare Advantage y cambiarse a Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare durante este período, tiene hasta el 14 de febrero para inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado para agregar cobertura de medicamentos.
- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Su membresía finalizará el primer día del mes posterior al mes en que recibamos su solicitud de cambio a Original Medicare. Si además decide inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes siguiente al mes en el que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.3	En ciertas situaciones, usted puede finalizar su membresía durante un Período de inscripción especial
--------------------	--

En ciertas situaciones, los miembros de *Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx* pueden ser elegibles para finalizar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período de inscripción especial**.

- **¿Quién es elegible para un Período de inscripción especial?** Si alguna de las siguientes situaciones se aplica en su caso, usted es elegible para finalizar su membresía durante un Período de inscripción especial. Estos son solo ejemplos; si desea obtener la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (<http://www.medicare.gov>):
 - Generalmente, cuando se haya mudado.
 - Si tiene MassHealth.
 - Si violamos nuestro contrato con usted.
 - Si obtiene atención médica en una institución, como una residencia de ancianos o un hospital de atención a largo plazo.
- **¿Cuándo son los Períodos de inscripción especial?** Los períodos de inscripción varían según su situación.
- **¿Qué puede hacer?** Para averiguar si usted es elegible para el Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para finalizar su membresía debido a una situación especial, puede optar por cambiar su cobertura médica de Medicare y su cobertura de medicamentos recetados. Esto significa que puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra los medicamentos recetados o uno que no los cubra).
 - Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
 - *u* Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Generalmente, su membresía finalizará el primer día del mes posterior al mes en el que recibamos su solicitud de cambio de su plan.

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

Si tiene preguntas o quiere obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía:

- Puede **llamar a Atención al Cliente** (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este libro).
- Puede encontrar la información en el manual *Medicare y usted 2012*.
 - Todas las personas con Medicare reciben un ejemplar de *Medicare y usted* cada otoño. Los nuevos usuarios de Medicare lo reciben dentro del mes siguiente a la fecha de su inscripción.
 - También puede descargar un ejemplar desde el sitio web de Medicare (<http://www.medicare.gov>). O bien, puede solicitar un ejemplar impreso llamando a Medicare al número que aparece a continuación.
- Puede comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

Sección 3.1	Por lo general, usted finaliza su membresía al inscribirse en otro plan
--------------------	--

Generalmente, para finalizar su membresía en nuestro plan, usted simplemente se inscribe en otro plan de Medicare durante uno de los períodos de inscripción (consulte la Sección 2 para obtener información sobre los períodos de inscripción). Sin embargo, si desea cambiarse de nuestro plan a Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare, debe solicitar que le den de baja de nuestro plan. Existen dos formas en las que puede solicitar que le den de baja:

- Puede hacernos una solicitud por escrito. (Comuníquese con Atención al Cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo).
- *O bien*, puede comunicarse con 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.

En la siguiente tabla, se explica cómo debe finalizar su membresía en nuestro plan.

Si quisiera cambiarse de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
---	-----------------------------------

Si quisiera cambiarse de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
<ul style="list-style-type: none">Otro plan de salud de Medicare.	<ul style="list-style-type: none">Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. <p>Será automáticamente dado de baja de <i>Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx</i> cuando comience su nueva cobertura del plan.</p>
<ul style="list-style-type: none">Original Medicare <i>con</i> un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.	<ul style="list-style-type: none">Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. <p>Será automáticamente dado de baja de <i>Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx</i> cuando comience su nueva cobertura del plan.</p>
<ul style="list-style-type: none">Original Medicare <i>sin</i> un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.	<ul style="list-style-type: none">Envíenos una solicitud escrita para darle de baja. Comuníquese con Atención al Cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este libro).Además, puede comunicarse con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar que se dé de baja su membresía. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.Será dado de baja de <i>Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx</i> cuando comience su cobertura en Original Medicare.

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos a través de nuestro plan

Sección 4.1 Hasta que finalice su membresía, usted sigue siendo miembro de nuestro plan

Si abandona *Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx*, es posible que transcurra cierto tiempo hasta que su membresía finalice y su nueva cobertura de Medicare entre en vigencia. (Consulte la Sección 2 para obtener información sobre cuándo comienza su nueva cobertura). Durante este período, debe continuar obteniendo su atención médica a través de nuestro plan.

- **Si es hospitalizado el día en que finaliza su membresía, por lo general, la hospitalización estará cubierta por nuestro plan hasta que lo desafilien** (incluso si le dan de alta luego del comienzo de su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 *Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx* debe finalizar su membresía en el plan en ciertas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos finalizar su membresía en el plan?
--

Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx debe finalizar su membresía en el plan ante cualquiera de las siguientes circunstancias:

- Si usted no permanece inscrito de manera ininterrumpida en la Parte A y en la Parte B de Medicare.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
 - Si se muda o realiza un viaje largo, necesita llamar a Atención al Cliente para averiguar si el lugar al que se muda o viaja se encuentra en el área de nuestro plan.
- Si es encarcelado (enviado a prisión).
- Si nos proporciona información incorrecta intencionalmente cuando se inscribe en nuestro plan y dicha información afecta su elegibilidad para acceder a nuestro plan.
- Si se comporta continuamente en forma perjudicial y nos dificulta proporcionarle atención médica para usted y otros miembros de nuestro plan.

- No podemos hacer que abandone nuestro plan por este motivo, excepto que antes obtengamos permiso de Medicare.
- Si permite que otra persona utilice su tarjeta de membresía para obtener atención médica.
 - Si finalizamos su membresía debido a este motivo, Medicare puede hacer que el Inspector General investigue su caso.
- Si no paga las primas del plan durante *60 días*.
 - Debemos informarle por escrito que cuenta con un período de *60 días* para pagar la prima del plan antes de que finalicemos su membresía.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene preguntas o quisiera obtener más información sobre cuándo podemos finalizar su membresía:

- Puede llamar a **Atención al Cliente** para obtener más información (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este libro).

Sección 5.2 <u>No</u> podemos pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud
--

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si siente que le están pidiendo que abandone nuestro plan debido a un motivo relacionado con su salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Sección 5.3 Usted tiene derecho a presentar una queja si finalizamos su membresía en nuestro plan

Si finalizamos su membresía en nuestro plan, debemos informarle por escrito nuestros motivos para finalizar su membresía. Además, debemos explicarle cómo puede presentar una queja sobre nuestra decisión de finalizar su membresía. También puede consultar el Capítulo 7, Sección 9 para obtener información sobre cómo presentar una queja.

Capítulo 9. Avisos legales

SECCIÓN 1	Aviso sobre la ley aplicable	161
SECCIÓN 2	Aviso sobre no discriminación.....	161
SECCIÓN 3	Notificación sobre los pagos condicionales	161
SECCIÓN 4	Notificación sobre la relación entre Tufts Health Plan Medicare Preferred y los proveedores	161

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley aplicable

Muchas leyes se aplican a esta *Evidencia de cobertura*, y es posible que algunas disposiciones adicionales se apliquen porque lo requiere la ley. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no se incluyen o explican en este documento. La ley principal que se aplica a este documento es el Título XVIII de la Ley de seguro social y las reglamentaciones creadas conforme a esta ley por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Además, se pueden aplicar otras leyes federales y, bajo ciertas circunstancias, las leyes del estado en donde usted vive.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

No discriminamos por motivos de raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo, edad o nacionalidad de una persona. Todas las organizaciones que proporcionan planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluyendo el Título VI de la Ley de derechos civiles de 1964, la Ley de rehabilitación de 1973, la Ley de discriminación por edad de 1975, la Ley de estadounidenses con discapacidades y cualquier otra ley que se aplique a las organizaciones que reciben fondos federales, y cualquier otra ley y reglamento que se aplique por cualquier otro motivo.

SECCIÓN 3 Notificación sobre los pagos condicionales

Un pago condicional es el pago que hacemos si usted tiene otro seguro disponible y otra compañía de seguros, por ejemplo una compañía de seguros de responsabilidad, es el pagador responsable pero no pagará la reclamación dentro de 120 días. Nosotros pagamos la reclamación así no tendrá que usar su propio dinero para pagar la factura. Según la ley de Medicare, tenemos derecho a recuperar los pagos condicionales una vez alcanzado el acuerdo.

SECCIÓN 4 Notificación sobre la relación entre Tufts Health Plan Medicare Preferred y los proveedores

Tufts Health Plan Medicare Preferred coordina servicios de atención médica. Tufts Health Plan Medicare Preferred no proporciona servicios de atención médica. Tufts Health Plan Medicare Preferred tiene acuerdos contractuales con los proveedores que atienden en sus consultorios privados en toda el área de servicio. Estos proveedores son independientes. No son empleados, agentes o representantes de Tufts Health Plan Medicare Preferred. Los proveedores no están autorizados a cambiar esta Evidencia de cobertura o contraer o crear una obligación para Tufts Health Plan Medicare Preferred.

Capítulo 10. Definiciones de palabras importantes

Centro de cirugía ambulatoria: Un centro de cirugía ambulatoria es una entidad que opera exclusivamente con el fin de prestar servicios quirúrgicos para pacientes ambulatorios que no requieren hospitalización, y cuya permanencia esperada en el centro no supera las 24 horas.

Período de inscripción anual: un período establecido cada otoño cuando los miembros pueden cambiar sus planes de salud o medicamentos o cambiarse a Original Medicare. El Período de inscripción anual es del 15 de octubre al 7 de diciembre de 2011.

Apelación: Una apelación es lo que usted hace si no está de acuerdo con una decisión de rechazar una solicitud de cobertura de servicios de atención médica o el pago de servicios que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión para detener los servicios que está recibiendo. Por ejemplo, puede solicitar una apelación si no pagamos un artículo o servicio que cree que debería poder recibir. El Capítulo 7 explica las apelaciones, incluyendo el proceso para presentar una apelación.

Facturación del saldo: Una situación en la que un proveedor (como un médico u hospital) factura a un paciente un monto mayor al monto de participación en los costos del plan por los servicios. Como miembro de *Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx*, usted solo tiene que pagar los montos de participación en los costos del plan cuando recibe los servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le “facturen el saldo”. Consulte el Capítulo 4, Sección 1.3, para obtener más información sobre la facturación del saldo.

Período de beneficios: La manera en que nuestro plan y Original Medicare miden el uso de los servicios del centro de enfermería especializada (SNF) y del hospital. Un período de beneficios comienza el día en que usted ingresa en un hospital o un centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando transcurren 60 días consecutivos de no recibir atención hospitalaria para pacientes internados (o atención médica especializada en un SNF). Si ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada después de finalizado un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. La cantidad de períodos de beneficios es ilimitada.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): La agencia federal que administra Medicare. En el Capítulo 2 se explica cómo comunicarse con CMS.

Coseguro: monto que se le puede solicitar que pague como su parte de los costos por los servicios. Generalmente, el coseguro es un porcentaje (por ejemplo, 20%).

Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF): Centro que principalmente brinda servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión y proporciona diversos servicios, incluyendo terapia física, servicios psicológicos o sociales, terapia respiratoria, terapia ocupacional, servicios de patología del habla y del lenguaje, y servicios de evaluación de entorno en el hogar.

Copago: monto que se le puede solicitar que pague como su parte del costo para un suministro o servicio médico, como una visita al médico, visita al hospital de pacientes ambulatorios o un medicamento recetado. Generalmente, un copago es un monto fijo en lugar de un porcentaje. Por ejemplo, usted podría pagar \$10 o \$20 por una visita al médico o por un medicamento recetado.

Participación en los costos: Hace referencia a los montos que un miembro tiene que pagar cuando se reciben los servicios. (Esto es un agregado a la prima mensual del plan). La participación en los costos incluye toda combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier monto deducible que puede imponer un plan antes que se cubran los servicios; (2) cualquier monto de “copago” fijo que un plan requiere cuando se recibe un servicio específico; o (3) cualquier monto de “coseguro”, un porcentaje del monto total pagado por un servicio, que un plan requiere cuando se recibe un servicio específico.

Servicios cubiertos: el término general que utilizamos para hacer referencia a todos los servicios y suministros de atención médica que están cubiertos por nuestro plan.

Cobertura de medicamentos recetados acreditable: Cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos la misma cantidad que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare. Las personas que cuentan con este tipo de cobertura generalmente pueden mantenerla sin pagar una sanción cuando son elegibles para acceder a Medicare, siempre que decidan inscribirse en una cobertura de medicamentos recetados de Medicare con posterioridad.

Atención de custodia: es la atención personal que se puede proporcionar por personas que no cuentan con capacidades o entrenamiento profesional, como ayuda con actividades de la vida diaria como bañarse, vestirse, comer, acostarse o levantarse, pararse y sentarse, desplazarse y utilizar el baño. Además, puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas hacen por sí mismas, como usar gotas oftalmológicas. Medicare no paga la atención de custodia.

Atención al Cliente: Un departamento dentro de nuestro plan que es responsable de responder a sus preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas por agravios y apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con Atención al Cliente.

Deducible: El monto que debe pagar por la atención médica antes de que nuestro plan comience a pagar.

Dar de baja la membresía o desafilarse: El proceso de finalizar su membresía en nuestro plan. El hecho de dar de baja la membresía puede ser voluntario (su propia elección) o involuntario (no su propia elección).

Equipo médico duradero: determinado equipo médico que su médico solicita para que usted lo utilice en el hogar. Por ejemplo, andadores, sillas de ruedas o camas hospitalarias.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina creen que usted padece síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida, la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor severo o una afección médica que rápidamente empeora.

Atención de emergencia: incluye los siguientes servicios cubiertos: 1) los servicios proporcionados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia; y 2) los servicios necesarios para evaluar y estabilizar una afección médica de emergencia.

Información sobre divulgación y Evidencia de cobertura: Este documento, junto con su formulario de inscripción y otros adjuntos, cláusulas u otra cobertura opcional seleccionada, que explica su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que usted tiene que hacer como miembro de nuestro plan.

Ayuda adicional: un programa Medicare para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, tales como primas, deducibles y coseguros.

Queja por agravios: un tipo de queja que usted realiza sobre nosotros o uno de nuestros proveedores de la red, incluidas las quejas con respecto a la calidad de su atención médica. Este tipo de queja no implica disputas sobre pagos o cobertura.

Asistente de salud a domicilio: Brinda servicios que no necesitan de las capacidades de un terapeuta o enfermera con licencia, tal como la ayuda con el cuidado personal (p. ej., bañarse, ir al baño, cambiarse o llevar a cabo los ejercicios indicados). Los asistentes de salud a domicilio no cuentan con una licencia de enfermería ni proporcionan terapia.

Período de inscripción inicial: La primera vez que usted es elegible para acceder a Medicare, el período de tiempo durante el que usted puede inscribirse en la Parte B de Medicare. Por ejemplo, si usted es elegible para la Parte B cuando cumple 65 años, su Período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y finaliza 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Subsidio por bajos ingresos: Consulte “Ayuda adicional”.

Monto máximo de bolsillo: El máximo que usted paga de su bolsillo durante el año calendario para los servicios cubiertos dentro de la red de la Parte A y la Parte B . Los montos que usted paga por las primas del plan y las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare no cuentan para el monto máximo de bolsillo. Consulte el Capítulo 4, Sección 1.2 , para obtener más información sobre el monto máximo de bolsillo.

Medicaid (o Asistencia médica): Programa estatal y federal conjunto que ayuda con los costos médicos a algunas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid

varían de un estado a otro, pero la mayoría de los costos de la atención médica están cubiertos si usted reúne los requisitos tanto para Medicare como para Medicaid. Consulte el Capítulo 2, Sección 6, para obtener más información acerca de cómo comunicarse con Medicaid en su estado.

Medicamento necesario: Servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de prácticas médicas.

Medicare: El programa federal de seguro de salud para personas mayores de 65 años, algunas personas menores de 65 años con determinadas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (por lo general, quienes tienen insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón). Las personas con Medicare pueden obtener su cobertura médica de Medicare mediante Original Medicare o un plan Medicare Advantage.

Período de desafiliación de Medicare Advantage: Fecha establecida cada año cuando los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y cambiar a Original Medicare. El Período de desafiliación de Medicare Advantage es del 1 de enero al 14 de febrero de 2012.

Plan Medicare Advantage (MA): A veces, denominado Parte C de Medicare, se trata de un plan ofrecido por una compañía privada que celebra un contrato con Medicare para proporcionarle todos los beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser un plan de una Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO), un plan de una Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO), un plan Privado de Cargo por Servicio (Private Fee-for-Service, PFFS) o un plan de Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare (Medical Savings Account, MSA). Cuando se inscribe en un plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare están cubiertos mediante el plan y no se pagan conforme a Original Medicare. En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se denominan **planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados**. Todas las personas que tengan la Parte A y la Parte B de Medicare cumplen con los requisitos para inscribirse en cualquier plan de salud de Medicare que se ofrece en su área, excepto las personas con enfermedad renal en etapa terminal (salvo que se apliquen ciertas excepciones).

Plan de salud de Medicare: Se ofrece mediante una compañía privada que celebra un contrato con Medicare para proporcionar los beneficios de la Parte A y la Parte B a las personas con Medicare que se inscriban en el plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, Medicare Cost, programas pilotos/de demostración y Programas de Atención Todo Incluido para las Personas de la Tercera Edad (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Parte D de Medicare): Seguro para ayudar a pagar medicamentos recetados, vacunas, productos biológicos y algunos suministros ambulatorios no cubiertos por la Parte A ni la Parte B de Medicare.

Póliza “Medigap” (seguro complementario de Medicare): Seguro complementario de Medicare vendido por compañías de seguro privadas para cubrir las “brechas” que tiene Original Medicare. Las pólizas Medigap solamente funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Miembro (miembro de nuestro Plan o “Miembro del Plan”): Persona con Medicare que es elegible para obtener servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Proveedor de la red: “Proveedor” es el término general que utilizamos para referirnos a los médicos, otros profesionales de atención médica, hospitales y otros centros de atención médica que están autorizados o certificados por Medicare y el estado para proporcionar servicios de atención médica. Los denominamos “**proveedores de la red**” cuando tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestros pagos en su totalidad y, en algunos casos, para coordinar y proporcionar los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Nuestro plan paga a los proveedores de la red según los acuerdos que tiene con ellos, o si los proveedores acuerdan ofrecerle a usted servicios cubiertos por el plan. También podemos referirnos a los proveedores de la red como “proveedores del plan”.

Determinación de la organización: La organización Medicare Advantage ha tomado una determinación de la organización cuando esta o uno de sus proveedores toma una decisión sobre si los servicios están cubiertos o sobre el monto que usted tiene que pagar por los servicios cubiertos. Las determinaciones de organización se denominan “decisiones de cobertura” en este libro. En el Capítulo 7 se explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Original Medicare (“Medicare tradicional” o Medicare “Cargo por Servicio”): Original Medicare es ofrecido por el gobierno, y no un plan de salud privado como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. Conforme a Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos por el pago de los montos que establece el Congreso a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica. Puede visitar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga la parte que le corresponde del monto aprobado por Medicare, y usted paga la suya. Original Medicare cuenta con dos partes: Parte A (seguro hospitalario) y Parte B (seguro médico), y está disponible en cualquier parte de los Estados Unidos.

Proveedor o centro fuera de la red: Un proveedor o un centro con el que no hemos acordado coordinar o proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados, que no son propiedad o que no están operados por nuestro plan, o que no tienen un contrato para suministrarle servicios cubiertos. La utilización de proveedores o centros fuera de la red se explica en este libro en el Capítulo 3.

Costos de bolsillo: Consulte la definición de “participación en los costos” incluida anteriormente. El requisito de participación en los costos del miembro relacionado con el pago de una parte de los servicios recibidos también se denomina requisito de costos “de bolsillo” del miembro.

Parte C: consulte el “Plan Medicare Advantage (MA)”.

Parte D: El programa voluntario de beneficios para medicamentos recetados de Medicare. (Para simplificar, nos referiremos al programa de beneficios de medicamentos recetados como Parte D).

Prima: Pago periódico a Medicare, una compañía de seguros o un plan de atención médica para la cobertura médica o de medicamentos recetados.

Médico de atención primaria (Primary Care Physician, PCP): Es el médico u otro proveedor que primero consulta para la mayoría de sus problemas de salud. Se asegura de que usted obtenga la atención médica que necesita para mantenerse sano. También puede hablar con otros médicos y proveedores de atención médica sobre su atención y derivarlo. En muchos planes de salud de Medicare, debe consultar a su médico de atención primaria antes de consultar a cualquier otro proveedor de atención médica. Consulte el Capítulo 3, Sección 2.1 para obtener información sobre los Médicos de atención primaria.

Autorización previa: Aprobación por adelantado para obtener servicios. Algunos servicios médicos de la red están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtienen “autorización previa” de nuestro plan. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están indicados en el Cuadro de beneficios que se encuentra en el Capítulo 4.

Organización para la Mejora de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO): Grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a quienes el gobierno federal les paga para comprobar y mejorar la atención médica proporcionada a los pacientes de Medicare. Consulte la Sección 4 del Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con la QIO de su Estado.

Servicios de rehabilitación: Estos servicios incluyen terapia física, terapia del lenguaje y del habla, y terapia ocupacional.

Área de servicio: Área geográfica donde un plan de salud acepta a los miembros si limita la membresía basada en el lugar en que viven las personas. Para los planes que limitan los médicos y hospitales que puede utilizar, generalmente se trata del área en donde usted puede obtener servicios de rutina (no de emergencia). El plan puede desafiliarlo si se muda del área de servicio del plan.

Atención de un centro de enfermería especializada (SNF): Servicios de rehabilitación y atención en un centro de enfermería especializada prestados de manera continua y a diario. Los

ejemplos de la atención en un centro de enfermería especializada incluyen terapia física o inyecciones intravenosas que solo pueden ser administradas por un médico o enfermero registrado.

Período de inscripción especial: Un período establecido durante el cual los miembros pueden cambiar sus planes de salud o medicamentos, o regresar a Original Medicare. Las situaciones en las que puede ser elegible para un Período de inscripción especial incluyen: si se muda del área de servicio, si se muda a una residencia de ancianos o si violamos nuestro contrato con usted.

Ingreso de seguridad suplementario (Supplemental Security Income, SSI): Un beneficio mensual pagado por la Administración del Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados que sufren de discapacidad o ceguera, o son mayores de 65 años. Los beneficios de SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Atención de urgencia: La atención de urgencia se refiere a la atención brindada para tratar una afección, lesión o enfermedad médica imprevista que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata, pero los proveedores de la red del plan no están disponibles o no se puede acceder a ellos temporalmente.

Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx Atención al Cliente

TELÉFONO	1-800-701-9000
	<p>Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes, 8:00 a. m. – 8:00 p.m. (Del 15 de octubre al 14 de febrero, los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. – 8:00 p.m.) Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el día hábil siguiente.</p> <p>Customer Relations also has free language interpreter services available for non-English speakers.</p>
TTY	1-800-208-9562
	<p>Este número requiere un equipo telefónico especial y está destinado solo para personas con dificultades para escuchar o hablar.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. – 8:00 p.m. (Del 15 de octubre al 14 de febrero, los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. – 8:00 p.m.) Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el día hábil siguiente.</p>
FAX	1-617-972-9487
CORREO POSTAL	Tufts Health Plan Medicare Preferred, P.O. Box 9181, Watertown, MA 02471-9181
SITIO WEB	tuftsmedicarepreferred.org

SHINE (Al servicio de las necesidades de información en salud de las personas mayores)

SHINE es un programa estatal que obtiene dinero del gobierno federal para proporcionar asesoramiento gratuito de seguro de salud local a las personas con Medicare.

TELÉFONO	1-800-243-4636
TTY	1-800-872-0166
	<p>Este número requiere un equipo telefónico especial y está destinado solo para personas con dificultades para escuchar o hablar.</p>
CORREO POSTAL	Executive Office of Elder Affairs, One Ashburton Place, 5 th floor, Boston, MA, 02108
SITIO WEB	www.mass.gov

Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx Atención al Cliente

TELÉFONO	1-800-701-9000 Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de octubre al 14 de febrero, los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.). Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el día hábil siguiente. Atención al Cliente también ofrece servicios gratuitos de interpretación disponibles para personas que no hablan inglés.
TTY	1-800-208-9562 Este número requiere un equipo telefónico especial y está destinado solo para personas con dificultades para escuchar o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de octubre al 14 de febrero, los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.). Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el día hábil siguiente. Atención al Cliente también ofrece servicios gratuitos de interpretación disponibles para personas que no hablan inglés.
FAX	1-617-972-9487
CORREO POSTAL	Tufts Health Plan Medicare Preferred P.O. Box 9181 Watertown, MA 02471-9181
SITIO WEB	tuftsmedicarepreferred.org

SHINE (Serving Health Information Needs of Elders)

SHINE es un programa estatal que obtiene dinero del gobierno federal para proporcionar asesoramiento gratuito de seguro de salud local a las personas con Medicare.

TELÉFONO	1-800-243-4636
TTY	1-800-872-0166 Este número requiere un equipo telefónico especial y está destinado solo para personas con dificultades para escuchar o hablar.
CORREO POSTAL	Executive Office of Elder Affairs One Ashburton Place, 5th floor Boston, MA, 02108
SITIO WEB	www.mass.gov