1 de enero al 31 de diciembre de 2021

Evidencia de Cobertura

Su cobertura de beneficios y servicios de salud como miembro de:

Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx (HMO)

Este folleto le brinda información detallada sobre su cobertura de atención médica de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2021. Explica cómo obtener cobertura para los servicios de atención médica que necesite. **Es un documento legal muy importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Este plan, Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx (también denominado en el resto de este documento como "Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No Rx"), es ofrecido por Tufts Health Plan Medicare Preferred (cuando esta *Evidencia de Cobertura* se refiera a "nosotros", "nos", "nuestro(a)" o "nuestros(as)", quiere decir Tufts Health Plan Medicare Preferred. Cuando se refiera a "plan" o "nuestro plan", quiere decir Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No Rx).

Este documento está disponible en español de forma gratuita.

Comuníquese con nuestro departamento de Relaciones con el Cliente al 1-800-701-9000 para solicitar información adicional (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Los representantes están disponibles de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil.

Esta información está disponible en diversos formatos, como en letra grande.

Los beneficios, las primas, el deducible, los copagos o el coaseguro podrían cambiar el 1 de enero de 2022.

El formulario y la red de farmacias o proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá una notificación cuando sea necesario.

H2256_2021_55_C_SPA

TUFTS Health Plan

Evidencia de Cobertura 2021

Contenido

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

Capítulo 1. Introducción para el miembro 4
Explica lo que significa estar en un plan de salud de Medicare y cómo usar este folleto. Habla sobre los materiales que le enviaremos, la prima de su plan, su tarjeta de membresía en el plan y cómo mantener actualizado su registro de membresía.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes 16
Explica cómo comunicarse con nuestro plan (Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No Rx) y con otras organizaciones como Medicare, el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP), la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, el Seguro Social, Medicaid (el programa de seguro médico estatal para personas con bajos ingresos) y la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios.

Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos..... 30
Se explica información importante que debe saber sobre la obtención de atención médica como miembro de nuestro plan. Los temas incluyen el uso de proveedores dentro de la red del plan y cómo obtener atención cuando tiene una emergencia.

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga) 49
Entrega información detallada sobre los tipos de atención médica que tiene cubiertos y que *no* tiene cubiertos como miembro de nuestro plan. Explica cuánto tendrá que pagar como su parte del costo por la atención médica cubierta.

Capítulo 5. Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted recibió por servicios médicos cubiertos 121
Explica cuándo y dónde enviarnos una factura cuando nos quiere solicitar el pago de nuestra parte del costo por sus servicios cubiertos.

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades. 127
Explica los derechos y deberes que tiene como miembro de nuestro plan. Explica lo que puede hacer si cree que no se están respetando sus derechos.

Capítulo 7. Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos) 138
Indica paso a paso lo que debe hacer si tiene algún problema o inquietud como miembro de nuestro plan.

- Explica cómo solicitar decisiones de cobertura y hacer apelaciones si tiene problemas para obtener atención médica que usted cree que está cubierta por nuestro plan. Esto incluye cómo solicitarnos que sigamos cubriendo la atención hospitalaria y ciertos servicios médicos si cree que su cobertura terminará demasiado pronto.

- Explica cómo hacer reclamos sobre calidad de atención, tiempos de espera, servicio al cliente y otras inquietudes.

Capítulo 8. Fin de su membresía en el plan 1822
Explica cuándo y cómo puede usted finalizar su membresía en el plan. Explica situaciones en las que nuestro plan está obligado a finalizar su membresía.

Capítulo 9. Notificaciones legales 191
Incluye notificaciones sobre las leyes vigentes y sobre la no discriminación.

Capítulo 10. Definiciones de palabras importantes 196
Explica los términos clave que se usan en este folleto.

CAPÍTULO 1

Introducción para el miembro

Capítulo 1. Introducción para el miembro

SECCIÓN 1 Introducción 5

Sección 1.1 Usted está inscrito en Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No Rx, que es un plan Medicare HMO. 5
Sección 1.2 ¿De qué se trata el folleto de *Evidencia de Cobertura*? 5
Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de Cobertura* 5

SECCIÓN 2 ¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan? 6

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad 6
Sección 2.2 ¿Qué son Medicare Part A y Medicare Part B? 6
Sección 2.3 A continuación se muestra el área de servicio del plan Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No Rx 7
Sección 2.4 U.S. estadounidense o residente legal 7

SECCIÓN 3 ¿Qué otros materiales recibirá de nuestra parte? 7

Sección 3.1 Su tarjeta de membresía en el plan: úsela para recibir toda la atención con cobertura 7
Sección 3.2 El *Directorio de proveedores:* Su guía de todos los proveedores en la red del plan 8

SECCIÓN 4 Su prima mensual por el plan Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No Rx 9

Sección 4.1 ¿De cuánto es la prima de su plan? 9
Sección 4.2 Hay distintas formas para pagar la prima del plan 10
Sección 4.3 ¿Podemos cambiar la prima mensual de su plan durante el año? 12

SECCIÓN 5 Mantenga actualizado el registro de la membresía en el plan 12

Sección 5.1 Cómo asegurarse de que tenemos su información precisa 12

SECCIÓN 6 Protegemos la privacidad de su información personal de salud 13

Sección 6.1 Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida 13

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan 13

Sección 7.1 ¿Qué plan paga primero cuando usted tiene otro seguro? 13

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Usted está inscrito en Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No Rx, que es un plan Medicare HMO.

Usted está cubierto por Medicare y ha elegido recibir la cobertura de atención médica de Medicare a través de nuestro plan, Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No Rx.

Hay distintos tipos de planes de salud de Medicare. Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No Rx es un plan Medicare Advantage HMO (Organización para el Mantenimiento de la Salud [HMO, Health Maintenance Organization]), aprobado por Medicare y administrado por una empresa privada. Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No Rx no incluye cobertura de medicamentos recetados de Part D.

La cobertura de este plan reúne los requisitos de una cobertura médica calificada (QHC por sus siglas en inglés) y cumple el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y la Ley de Asistencia Asequible (ACA por sus siglas en inglés). Consulte el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS por sus siglas en inglés) en: www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Sección 1.2 ¿De qué trata el folleto de *Evidencia de Cobertura*?

Este folleto de *Evidencia de Cobertura* le indica cómo recibir la atención médica de Medicare a través de nuestro plan. Este folleto explica sus derechos y deberes, lo que está cubierto y lo que paga como miembro del plan.

Los términos “cobertura” y “servicios cubiertos” se refieren a la atención y los servicios médicos disponibles para usted como miembro de Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No Rx.

Es importante que conozca las reglas del plan y los servicios que están disponibles para usted. Lo instamos a dedicar un tiempo para revisar este folleto de *Evidencia de Cobertura*.

Si tiene dudas o inquietudes, o simplemente tiene una pregunta, llame a Relaciones con el Cliente de nuestro plan (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de Cobertura*

Es parte de nuestro contrato con usted

Esta *Evidencia de Cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No Rx cubre su atención. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción y cualquier notificación que reciba de nosotros sobre cambios en su cobertura o condiciones que afectan su cobertura. En ocasiones, estas notificaciones se llaman “cláusulas adicionales” o “enmiendas”.

El contrato estará vigente durante los meses en los que está inscrito en el plan Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No Rx, entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2021.

Cada año calendario, Medicare nos permite hacer cambios al plan que ofrecemos. Esto quiere decir que podemos cambiar los costos y los beneficios del plan Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No Rx después del 31 de diciembre de 2021. Además, podemos decidir dejar de ofrecer el plan u ofrecerlo en un área de servicio distinta después del 31 de diciembre de 2021.

Medicare debe aprobar nuestro plan todos los años

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar el plan Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No Rx todos los años. Puede seguir con su cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan, siempre y cuando decidamos seguir ofreciéndolo y Medicare renueve la aprobación del plan.

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

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad

Es elegible para una membresía en nuestro plan, siempre y cuando:

- tenga Medicare Part A y Medicare Part B (la Sección 2.2 informa sobre Medicare Part A y Medicare Part B);
- viva en nuestra área geográfica de servicio (la Sección 2.3 a continuación describe nuestra área de servicio); y
- sea ciudadano estadounidense o tenga residencia legal en los Estados Unidos.

Sección 2.2 ¿Qué son Medicare Part A y Medicare Part B?

Cuando se inscribió por primera vez en Medicare, recibió información sobre los servicios que están cubiertos por Medicare Part A y Medicare Part B. Recuerde:

- Por lo general, Medicare Part A permite cubrir servicios provistos por hospitales (para servicios para pacientes hospitalizados, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio).
- Medicare Part B es para la mayoría de los demás servicios médicos (como servicios del médico, terapia de infusión a domicilio y otros servicios para pacientes externos) y ciertos artículos (como equipo médico duradero [DME por sus siglas en inglés] y suministros).

Sección 2.3 A continuación se muestra el área de servicio del plan Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No Rx

Si bien Medicare es un programa federal, Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No Rx está disponible solo para personas que viven en nuestra área de servicio del plan. Para seguir siendo miembro del plan, debe mantener su residencia en el área de servicio del plan. A continuación se describe el área de servicio.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en Massachusetts:

- Condado de Essex
- Condado de Suffolk
- Condado de Worcester

Si tiene planificado mudarse fuera del área de servicio, comuníquese con Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto). Cuando se mude, tendrá un período de inscripción especial que le permitirá cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o medicamentos de Medicare disponible en la nueva ubicación.

Además, es importante que llame al Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Puede encontrar los números de teléfono e información de contacto del Seguro Social en el Capítulo 2, Sección 5.

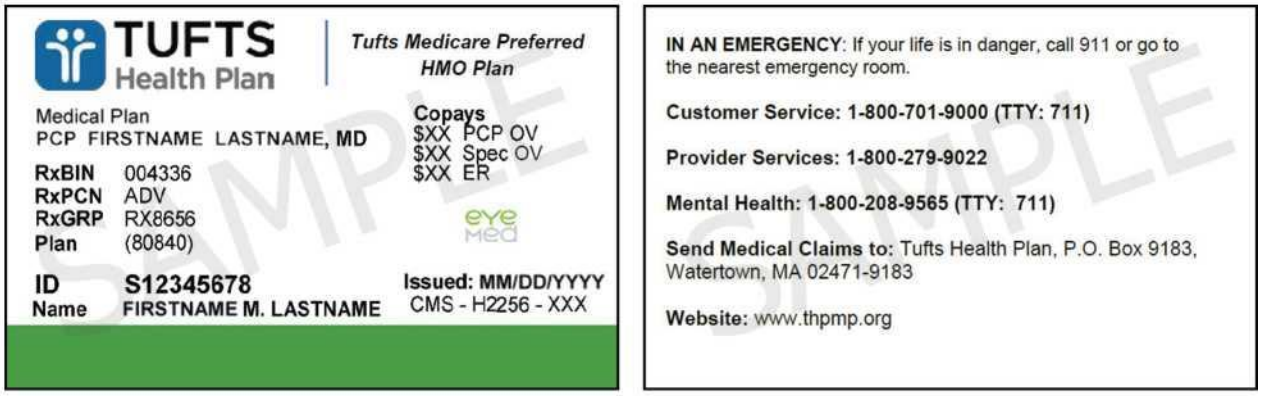
Sección 2.4 U.S. estadounidense o residente legal

Un miembro del plan de salud de Medicare debe ser ciudadano estadounidense o residente legal de Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) informará a Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No Rx si usted no es elegible para ser miembro según esta condición. Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No Rx debe cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 ¿Qué otros materiales recibirá de nuestra parte?

Sección 3.1 Su tarjeta de membresía en el plan: úsela para recibir toda la atención con cobertura

Mientras es miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de membresía del plan cuando reciba servicios cubiertos por este plan. Además, debería mostrarle al proveedor su tarjeta de Medicaid, si corresponde. El siguiente es un ejemplo de la tarjeta de membresía para que tenga una idea de cómo es:



NO use su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía de Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No Rx, es posible que deba pagar el costo total de los servicios médicos por su cuenta. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que se le pida que la muestre si necesita servicios hospitalarios, servicios de hospicio o si participa en estudios de investigación de rutina.

Por esto es tan importante: Si recibe servicios cubiertos cuando usa la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en lugar de usar la tarjeta de membresía de Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No Rx mientras es miembro del plan, es posible que usted deba pagar el costo total.

Si la tarjeta de membresía en el plan se daña, se pierde o se la roban, llame a Relaciones con el Cliente de inmediato y le enviaremos una nueva (los números de teléfono de Relaciones con el Cliente están impresos en la contratapa de este folleto).

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

El *Directorio de proveedores* indica los proveedores y los abastecedores de equipos médicos duraderos de nuestra red.

¿Qué son los “proveedores de la red”?

Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales del cuidado de la salud, grupos médicos, hospitales, abastecedores de equipos médicos duraderos y otros centros de atención médica que tienen un contrato con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago total. Hemos coordinado que estos proveedores presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. La lista más reciente de proveedores y abastecedores está disponible en nuestro sitio web www.thpmp.org.

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

Es importante saber qué proveedores forman parte de nuestra red porque, con escasas excepciones, mientras es miembro de nuestro plan, debe usar los proveedores de la red para recibir atención y servicios médicos. Cada PCP tiene ciertos especialistas del plan, a los que se denomina “círculo de referidos”, que utiliza para proporcionarle atención médica. Esto significa que en la mayoría de los casos, no tendrá

acceso a toda la red de Tufts Health Plan Medicare Preferred. Las únicas excepciones son emergencias, servicios de urgencia cuando la red no está disponible (por lo general, cuando se encuentra fuera del área de servicio), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No Rx autoriza el uso de proveedores fuera de la red. Consulte el Capítulo 3 (“Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos”) para obtener información más específica sobre cobertura en caso de emergencia, fuera -de- la red y fuera del área de servicio.

Si no tiene una copia del *Directorio de proveedores*, puede solicitar una en Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto). Puede pedir más información de los proveedores de nuestra red a Relaciones con el Cliente, como sus calificaciones. Además, puede revisar el *Directorio de proveedores* en www.thpmp.org o descargarlo de este sitio web. Tanto Relaciones con el Cliente como el sitio web pueden brindarle la información más actualizada sobre los cambios en los proveedores de nuestra red.

SECCIÓN 4 Su prima mensual por el plan Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No Rx

Sección 4.1 ¿De cuánto es la prima de su plan?

Como miembro de nuestro plan, paga una prima mensual por el plan. La tabla a continuación muestra la cantidad mensual por concepto de prima para cada región donde prestamos servicio. Además, debe continuar con el pago de las primas de Medicare Part B (a menos que Medicaid u otro tercero paguen por la prima de Part B).

Si vive en...	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No Rx
Condado de Essex	$28.00
Condado de Suffolk	$28.00
Condado de Worcester	$20.00

En algunos casos, la prima del plan puede ser mayor

Si se inscribió para recibir beneficios adicionales, también llamados “beneficios complementarios opcionales”, entonces paga una prima adicional mensual por estos beneficios adicionales. Si tiene alguna pregunta sobre las primas del plan, llame a Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto). La prima mensual adicional para agregar la opción Tufts Health Plan Medicare Preferred Dental Option al plan es de $17.

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Además de pagar la prima mensual del plan, muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Como se explicó en la Sección 2 anterior, para ser elegible para nuestro plan, debe tener tanto Medicare Part A como Medicare Part B. Algunos miembros del plan (los que no son elegibles para Part A sin pago de prima) pagan una prima por Medicare Part A. La mayoría de los miembros del plan pagan una prima

por Medicare Part B. **Debe seguir con el pago de las primas de Medicare para mantenerse como miembro del plan.**

Su copia de *Medicare y usted 2021* proporciona información sobre estas primas en la sección llamada "2021 Medicare Costs" ("Costos de Medicare para 2021"). Esto explica cómo las primas de Medicare Part B son distintas para personas con ingresos distintos. Todas las personas afiliadas a Medicare reciben una copia de *Medicare y usted* cada año en otoño. Quienes son nuevos en Medicare la recibirán un mes después de la inscripción. También puede descargar una copia de *Medicare y usted 2021* desde el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O bien puede pedir una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.2 Hay distintas formas de pagar la prima del plan

Hay 4 formas para pagar la prima del plan. Usted seleccionó una opción de pago cuando se inscribió en nuestro plan. Si quiere cambiar su selección, llame a Relaciones con el Cliente.

Si decide cambiar el método de pago de las primas, el nuevo método puede demorar hasta tres meses en entrar en vigor. Mientras procesamos su solicitud para cambiar el método de pago, usted es responsable de asegurarse de seguir con el pago oportuno de las primas del plan.

Opción 1: Puede pagarla con cheques

La prima mensual del plan vence el quince (15) de cada mes. Si decide pagarnos directamente, el plan Tufts Health Plan Medicare Preferred le enviará una factura y un sobre para enviar el pago antes del vencimiento de la prima. Llene un cheque o una orden de pago por la cantidad que aparece en la factura (los cheques o las órdenes de pago deben ser pagaderos a Tufts Health Plan Medicare Preferred) y envíelos por correo a Tufts Health Plan Medicare Preferred en el sobre con ventana que se provee o a:

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

Los pagos recibidos se aplicarán automáticamente a la factura pendiente con mayor antigüedad. Los pagos recibidos antes de la fecha de vencimiento se reflejarán en la factura del mes siguiente.

Si desea ir a dejar el cheque en persona (de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m), diríjase a:

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

(los números de teléfono de Relaciones con el Cliente están impresos en la contratapa de este folleto).

Opción 2: Puede pagarla con una transferencia electrónica de fondos (EFT)

En vez de pagarla con cheque, puede pagar la prima mensual del plan mediante una transferencia electrónica de fondos (EFT). Las deducciones automáticas de la cuenta bancaria se hacen mensualmente y, por lo general, el 9 de cada mes. Los retiros se realizan el día 9 del mes para tener tiempo de recibir y publicar el pago en su cuenta antes de la fecha de vencimiento de la factura, el día 15. Si el 9 del mes corresponde a un día sábado, domingo o festivo, la deducción se hará el día hábil siguiente. Si quiere pagar la prima mensual del plan mediante una EFT y actualmente no lo hace, llame a Relaciones con el Cliente para obtener información. Puede demorar hasta dos meses implementar las deducciones por EFT después de inscribirse en este método de pago. Continúe con el pago de la prima mensual de su plan directamente a Tufts Health Plan Medicare Preferred hasta que le informemos que está inscrito en el programa de EFT (los números de teléfono de Relaciones con el Cliente están impresos en la contratapa de este folleto).

Opción 3: Puede pagarla en línea

Puede pagar la prima mensual del plan en línea si crea una cuenta personal segura en nuestro sitio web www.thpmp.org/registration (si ya tiene una cuenta, solo ingrese a www.thpmp.org/login). En su cuenta personal, puede ver la cantidad actual de la prima del plan, lo que pagó el mes anterior y cuánto debe pagar el mes siguiente. Puede hacer un pago único por la cantidad adeudada (la prima vence todos los meses) o configurar un pago recurrente que se deducirá automáticamente de su cuenta bancaria todos los meses. Para obtener información más detallada sobre cómo crear una cuenta personal segura, llame a Relaciones con el Cliente o ingrese a www.thpmp.org/registration (los números de teléfono de Relaciones con el Cliente están impresos en la contratapa de este folleto).

Opción 4: Puede optar por que la prima mensual se descuente del cheque mensual del Seguro Social

Puede optar por que la prima del plan se descuente del cheque mensual del Seguro Social. Comuníquese con Relaciones con el Cliente para obtener más información sobre cómo pagar la prima mensual del plan de esta forma. Nos complacerá establecer esta forma de pago (los números de teléfono de Relaciones con el Cliente están impresos en la contratapa de este folleto).

Lo que debe hacer si tiene problemas para pagar la prima del plan

La prima del plan vence, en nuestra oficina, el 15 de cada mes. Si no hemos recibido el pago por la prima antes del 15 de cada mes, le enviaremos una notificación para indicarle que finalizará su membresía en el plan si no recibimos el pago de la prima dentro de 2 meses.

Si tiene problemas para pagar la prima mensual de forma oportuna, comuníquese con Relaciones con el Cliente para ver si podemos derivarlo a programas que lo ayudan a pagar la prima del plan (los números de teléfono de Relaciones con el Cliente están impresos en la contratapa de este folleto).

Si finalizamos su membresía porque no pagó las primas, tendrá cobertura de salud de Original Medicare.

En el momento que finalicemos su membresía, es posible que aún adeude primas que no ha pagado. Tenemos el derecho de exigir el pago de estas primas. En el futuro, si desea inscribirse nuevamente en nuestro plan (u otro plan que ofrezcamos), tendrá que pagar la cantidad que adeuda antes de poder inscribirse.

Si considera que hemos finalizado su membresía de forma errónea, tiene derecho a hacer un reclamo para pedirnos que reconsideremos esta decisión. El Capítulo 7, Sección 9 de este folleto indica cómo hacer un reclamo. Si tiene un caso de emergencia que no pudo controlar y eso provocó que no pudiera pagar la prima del plan dentro de nuestro período de gracia, puede pedirnos que reconsideremos esta decisión llamando al 1-800-701-9000, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., 7 días a la semana del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Debe hacer la solicitud a más tardar 60 días después del término de la membresía.

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

No. No tenemos autorización para cambiar la cantidad que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia para el año siguiente, se lo informaremos en septiembre y el cambio entrará en vigor el 1 de enero.

SECCIÓN 5 Mantenga actualizado el registro de la membresía en el plan

Sección 5.1 Cómo asegurarse de que tenemos su información precisa

El registro de membresía contiene información de su formulario de inscripción, como su dirección y número de teléfono. Muestra la cobertura específica del plan, como el proveedor primario de cuidados médicos, grupo médico y Asociación de Médicos Independientes (IPA por sus siglas en inglés).

Los médicos, hospitales y otros proveedores en la red del plan necesitan tener información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red usan su registro de membresía para saber qué servicios están cubiertos y las cantidades de costo compartido que le corresponden.** Por esto, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos sobre los siguientes cambios:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en alguna otra cobertura de seguros médicos que tenga (como del empleador, del empleador de su cónyuge, seguro de compensación del trabajador o Medicaid).
- Si tiene reclamaciones de responsabilidad civil, como reclamaciones por accidentes automovilísticos.
- Si lo han ingresado a una casa de reposo.
- Si recibe atención en un hospital o sala de emergencias fuera del área de atención o fuera de la red.
- Si cambia la parte responsable designada (como un cuidador).
- Si participa en un estudio de investigación clínica.

Si alguna de esta información cambia, llame a Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto) para comunicárnoslo. Los miembros con una cuenta personal en línea pueden actualizar cierta información en nuestro sitio web. Para obtener información detallada sobre cómo crear una cuenta personal segura, llame a Relaciones con el Cliente o ingrese a www.thpmp.org/registration.

Además, es importante comunicarse con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Puede encontrar los números de teléfono e información de contacto del Seguro Social en el Capítulo 2, Sección 5.

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

Medicare exige que recopilemos información sobre usted y sobre otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que tenga. Esto se debe a que tenemos que coordinar otras coberturas que tenga con los beneficios de 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 las otras coberturas médicas o de medicamentos de las que tenemos conocimiento. Lea atentamente esta información. Si la información es correcta, usted no tiene que hacer nada. Si la información no es correcta o si tiene otra cobertura que no se indica, llame a Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).

SECCIÓN 6 Protegemos la privacidad de su información personal de salud

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

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de su historia clínica e información personal de salud. Protegemos su información personal de salud de acuerdo con lo dispuesto por estas leyes.

Para obtener más información sobre cómo protegemos su información personal de salud, consulte el Capítulo 6, Sección 1.3 de este folleto.

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

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

Cuando tiene otro seguro (como cobertura de salud grupal del empleador), hay reglas establecidas por Medicare que deciden si nuestro plan o el otro seguro paga primero. El seguro que paga primero se llama “pagador principal” y paga hasta los límites de su cobertura. El que paga en segundo lugar se llama “pagador secundario” y solo paga los costos que no cubrió la cobertura principal, si los hubiera. Es posible que el pagador secundario no pague todos los costos no cubiertos.

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

- Si tiene cobertura para jubilados, Medicare paga primero.
- Si su cobertura del plan de salud grupal se basa en su empleo actual o el de uno de los miembros de su familia, el pagador principal depende de su edad, la cantidad de personas empleadas por el empleador y si tiene Medicare por edad, discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal (ESRD por sus siglas en inglés):
  - Si tiene menos de 65 años y tiene una discapacidad y usted o un miembro de su familia aún trabajan, el plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 empleados o más o al menos un empleador en un plan de empleadores múltiples tiene más de 100 empleados.
  - Si tiene más de 65 años y usted o su cónyuge aún trabajan, el plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 empleados o más o al menos un empleador en un plan de empleadores múltiples tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare porque tiene una ESRD, el plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de ser elegible para Medicare.

Por lo general, estos tipos de cobertura pagan primero por los servicios relacionados con cada tipo:

- Seguro contra todo riesgo (que incluye seguro para automóviles)
- Responsabilidad civil (que incluye seguro para automóviles)
- Beneficios por enfermedad del pulmón negro
- Compensación del trabajador

Medicaid y TRICARE nunca pagan primero por los servicios cubiertos por Medicare. Solo pagan después del pago de Medicare, los planes de salud grupales del empleador o Medigap.

Si tiene otro seguro, infórmeselo al médico, hospital y farmacia. Si tiene preguntas sobre quién paga primero o necesita ayuda para actualizar la información de otros seguros, llame a Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto). Es posible que tenga que proporcionar su número de identificación de miembro a sus otras compañías de seguros (después de que haya confirmado su identidad) para que las facturas se paguen a tiempo y de forma correcta.

CAPÍTULO 2

Números de teléfono y recursos importantes

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1 **Contactos del plan Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No Rx** (cómo contactarnos, incluido cómo comunicarse con Relaciones con el Cliente en el plan)..... **17**

SECCIÓN 2 **Medicare** (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare)..... **21**

SECCIÓN 3 **Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos** (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)..... **23**

SECCIÓN 4 **Organización para el Mejoramiento de la Calidad** (pagada por Medicare para verificar la calidad de la atención para personas con Medicare)..... **24**

SECCIÓN 5 **Seguro Social** **25**

SECCIÓN 6 **Medicaid** (programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos de algunas personas con ingresos y recursos limitados)..... **26**

SECCIÓN 7 **Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios**..... **27**

SECCIÓN 8 **¿Tiene un "seguro grupal" u otro seguro médico de un empleador?**..... **28**

SECCIÓN 1 Contactos del plan Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No Rx
(cómo contactarnos, incluido cómo comunicarse con Relaciones con el Cliente en el plan)

Cómo comunicarse con Relaciones con el Cliente de nuestro plan

Para obtener ayuda con reclamaciones, facturación o preguntas sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba a Relaciones con el Cliente de Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No Rx. Tendremos el agrado de ayudarlo.

Método	Relaciones con el Cliente: Información de contacto
LLAME AL	1-800-701-9000 Las llamadas a este número son gratis. Los representantes están disponibles de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil. Relaciones con el Cliente también tiene servicios gratuitos de intérprete disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratis. Los representantes están disponibles de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil.
FAX	1-617-972-9487
ESCRIBA A	Tufts Health Plan Medicare Preferred Attn: Customer Relations P.O. Box 9181 Watertown, MA 02471-9181
SITIO WEB	www.thpmp.org

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

Una decisión de cobertura corresponde a una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y cobertura o sobre la cantidad 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 un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)").

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

Método	Decisiones de cobertura para atención médica: Información de contacto
LLAME AL	1-800-701-9000 Las llamadas a este número son gratis. Los representantes están disponibles de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil. Relaciones con el Cliente también tiene servicios gratuitos de intérprete disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratis. Los representantes están disponibles de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil.
FAX	1-617-972-9487
ESCRIBA A	Tufts Health Plan Medicare Preferred Attn: Customer Relations P.O. Box 9181 Watertown, MA 02471-9181
SITIO WEB	www.thpmp.org

Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre la atención médica

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión que hemos tomado con respecto a su cobertura. Para obtener más información sobre cómo hacer una apelación sobre su atención médica, consulte el Capítulo 7 (“Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)”).

Método	Apelaciones sobre atención médica: Información de contacto
LLAME AL	1-800-701-9000 Las llamadas a este número son gratis. Los representantes están disponibles de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil. Relaciones con el Cliente también tiene servicios gratuitos de intérprete disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratis. Los representantes están disponibles de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil.
FAX	1-617-972-9516
ESCRIBA A	Tufts Health Plan Medicare Preferred Attn: Appeals & Grievances P.O. Box 9193 Watertown, MA 02471-9193
SITIO WEB	www.thpmp.org

Cómo comunicarse con nosotros cuando hace un reclamo sobre su atención médica

Puede presentar un reclamo sobre nosotros o alguno de los proveedores de nuestra red, como un reclamo sobre la calidad de su atención. Este tipo de reclamo no comprende conflictos en relación con la cobertura o pago (Si su problema tiene relación con la cobertura o pago del plan, debe buscar en la sección anterior la información sobre cómo realizar una apelación). Para obtener más información sobre cómo hacer un reclamo sobre su atención médica, consulte el Capítulo 7, (“Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)”).

Método	Reclamos sobre atención médica: Información de contacto
LLAME AL	1-800-701-9000 Las llamadas a este número son gratis. Los representantes están disponibles de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil. Relaciones con el Cliente también tiene servicios gratuitos de intérprete disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratis. Los representantes están disponibles de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil.
FAX	1-617-972-9516
ESCRIBA A	Tufts Health Plan Medicare Preferred Attn: Appeals & Grievances P.O. Box 9193 Watertown, MA 02471-9193
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar un reclamo sobre Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No Rx directamente ante Medicare. Para enviar un reclamo en línea a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Dónde enviar una solicitud en la que nos pide pagar nuestra parte del costo de la atención médica que ha recibido

Para obtener más información sobre situaciones en las que usted podría necesitar solicitarnos un reembolso o pagar una factura que ha recibido de un proveedor, consulte el Capítulo 5 (“Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted recibió por servicios médicos cubiertos”).

Tome en cuenta lo siguiente: Si nos envía una solicitud de pago y rechazamos cualquier parte de su solicitud, usted puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 7 (“Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)”) para obtener más información.

Método	Solicitudes de pago: Información de contacto
LLAME AL	1-800-701-9000 Las llamadas a este número son gratis. Los representantes están disponibles de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil. Relaciones con el Cliente también tiene servicios gratuitos de intérprete disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratis. Los representantes están disponibles de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil.
FAX	1-617-972-1028
ESCRIBA A	Tufts Health Plan Medicare Preferred P.O. Box 9183 Watertown, MA 02471-9183
SITIO WEB	www.thpmp.org

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

Medicare es el programa de seguro médico federal para las 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).

La agencia federal a cargo de Medicare es Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (a veces llamada "CMS" por sus siglas en inglés). Esta agencia tiene contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluidos nosotros.

Método	Medicare: Información de contacto
LLAME AL	1-800-MEDICARE o al 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratis. 24 horas al día, 7 días a la semana.
TTY	1-877-486-2048 Las llamadas a este número son gratis. Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla.
SITIO WEB	www.medicare.gov Este es el sitio web gubernamental oficial de Medicare. Le proporciona información actualizada sobre Medicare y los actuales temas de Medicare. También cuenta con información sobre hospitales, casas de reposo, médicos, agencias de atención médica a domicilio y centros de diálisis. Incluye folletos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado. El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre su elegibilidad para Medicare y opciones de inscripción con las siguientes herramientas: • **Herramienta de elegibilidad para Medicare:** Provee información sobre el estado de elegibilidad para Medicare. • **Buscador de planes de Medicare:** Provee información personalizada sobre los planes disponibles de medicamentos recetados de Medicare, planes de salud de Medicare y pólizas de Medigap (Seguro complementario de Medicare) en su área. Estas herramientas proveen un *cálculo aproximado* de lo que podrían ser sus desembolsos en diferentes planes de Medicare.

Método	Medicare: Información de contacto
	También puede usar el sitio web para informar a Medicare de cualquier reclamo que tenga con respecto a Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No Rx: • **Informe a Medicare de su reclamo:** Puede presentar un reclamo sobre Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No Rx directamente ante Medicare. Para presentar un reclamo ante Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma en serio sus reclamos y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare. Si no tiene una computadora, su biblioteca local o el centro para personas mayores pueden ayudarlo a visitar este sitio web usando su computadora. O bien puede llamar a Medicare e indicar qué información está buscando. Allí encontrarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán (puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227] 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP por sus siglas en inglés) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en cada estado. En Massachusetts, el SHIP se denomina SHINE, acrónimo de Serving the Health Insurance Needs of Everyone (Al servicio de las necesidades de seguro médico para todos).

El programa SHINE es independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para proporcionar asesoramiento gratuito sobre seguros médico locales a las personas que tienen Medicare.

Los asesores de SHINE pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare. Pueden ayudarlo a entender sus derechos de Medicare, ayudarlo a hacer reclamos sobre su atención o tratamiento médico y ayudarlo a solucionar problemas con sus facturas de Medicare. Los asesores de SHINE pueden ayudarlo a entender las opciones de su plan de Medicare y responder preguntas sobre el cambio de planes.

Método	SHINE (Al servicio de las necesidades de seguro médico para todos) (SHIP de Massachusetts): Información de contacto
LLAME AL	1-800-243-4636 (1-800-AGE-INFO)
TTY	1-800-439-2370 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla.
ESCRIBA A	Llame al número indicado anteriormente para obtener la dirección del programa SHINE en su área.
SITIO WEB	www.mass.gov/health-insurance-counseling

SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad (pagada por Medicare para verificar la calidad de la atención para personas con Medicare)

Hay una Organización para el Mejoramiento de la Calidad para atender a los beneficiarios de Medicare en cada estado. Para Massachusetts, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama KEPRO.

KEPRO tiene un grupo de médicos y otros profesionales del cuidado de la salud que paga el gobierno federal. Esta organización recibe pagos de Medicare para supervisar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. KEPRO es una organización independiente. No tiene conexión con nuestro plan.

Debería comunicarse con KEPRO en cualquiera de estas situaciones:

- Usted tiene un reclamo sobre la calidad de la atención que ha recibido.
- Usted cree que la cobertura de su hospitalización va a terminar demasiado pronto.
- Usted cree que la cobertura de su atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o los servicios de un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF por sus siglas en inglés) va a terminar demasiado pronto.

Método	KEPRO (Organización para el Mejoramiento de la Calidad de Massachusetts): Información de contacto
LLAME AL	1-888-319-8452 Lunes a viernes: 9:00 a.m. a 5:00 p.m. Fines de semana y festivos: 11:00 a.m. a 3:00 p.m. Hay servicio de correo de voz disponible 24 horas al día. Hay servicios de traducción disponibles para beneficiarios y cuidadores que no hablan inglés.
TTY	1-855-843-4776 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla.
ESCRIBA A	KEPRO 5700 Lombardo Center Drive, Suite 100 Seven Hills, OH 44131
SITIO WEB	www.keproqio.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y administrar las inscripciones para Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes permanentes legales mayores de 65 años o que tienen una discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal y cumplen ciertas condiciones son elegibles para Medicare. Si ya recibe cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no recibe cheques del Seguro Social, tiene que inscribirse en Medicare. El Seguro Social administra el proceso de inscripción para Medicare. Para inscribirse en Medicare, usted puede llamar al Seguro Social o visitar la oficina local del Seguro Social.

Si se muda o cambia su dirección postal, es importante que se comunique con el Seguro Social para darle esta información.

Método	Seguro Social: Información de contacto
LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratis. Disponible de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes. Puede usar los servicios automatizados de teléfono del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunos trámites 24 horas al día.

Método	Seguro Social: Información de contacto
TTY	1-800-325-0778 Las llamadas a este número son gratis. Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Disponible de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes.
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid
(programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos de algunas personas con ingresos y recursos limitados)

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

Asimismo, hay programas que se ofrecen mediante Medicaid que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas. Estos "Programas de ahorro de Medicare" ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero cada año:

- **Beneficiario Calificado de Medicare (QMB: Qualified Medicare Beneficiary):** Ayuda a pagar las primas de Medicare Part A y Part B y otros costos compartidos (como deducibles, coaseguro y copagos) (algunas personas con QMB también son elegibles para beneficios totales Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario de Medicare con ingreso bajo especificado (SLMB: Specified Low-Income Medicare Beneficiary):** Ayuda a pagar las primas de Part B (algunas personas con SLMB también son elegibles para beneficios totales Medicaid [SLMB+]).
- **Persona calificada (QI: Qualified Individual):** Ayuda a pagar las primas de Part B.
- **Trabajadores incapacitados calificados (QDWI: Qualified Disabled & Working Individuals):** Ayuda a pagar las primas de Part A.

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con MassHealth.

Método	MassHealth (Programa de Medicaid de Massachusetts): Información de contacto
LLAME AL	1-800-841-2900 Horario de atención: Autoservicio disponible 24 horas al día en inglés y español. Otros servicios disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Servicios de intérprete disponibles. El horario de atención del Centro de Inscripción de MassHealth (MEC por sus siglas en inglés) es de lunes a viernes, de 8:45 a.m. a 5:00 p.m.
TTY	1-800-497-4648 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla.
ESCRIBA A	MassHealth Enrollment Center P.O. Box 290794 Charlestown, MA 02129-0214
SITIO WEB	www.mass.gov/topics/masshealth

SECCIÓN 7 Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios

La Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios es una agencia federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores ferroviarios del país y sus familias. Si tiene preguntas con respecto a sus beneficios de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, comuníquese con la agencia.

Si recibe Medicare a través de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, es importante que les notifique si se muda o cambia su dirección postal.

Método	Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios: Información de contacto
LLAME AL	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratis. Si presiona “0”, puede hablar con un representante de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB por sus siglas en inglés) de 9:00 a.m. a 3:30 p.m., lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 a.m. a 12:00 p.m. el miércoles. Si presiona “1”, puede acceder a la línea de ayuda automatizada de la RRB, donde habrá información grabada 24 horas al día, incluso fines de semana y festivos.

Método	Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios: Información de contacto
TTY	1-312-751-4701 Las llamadas a este número *no* son gratis. Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla.
SITIO WEB	rrb.gov/

SECCIÓN 8 ¿Tiene un “seguro grupal” u otro seguro médico de un empleador?

Si usted (o su cónyuge) recibe beneficios de su empleador (o el de su cónyuge) o grupo de jubilados como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios del empleador o sindicato o a Relaciones con el Cliente si tiene alguna pregunta. Puede preguntar por los beneficios de salud, primas o período de inscripción del plan de su empleador (o el de su cónyuge) o grupo de jubilados (los números de teléfono de Relaciones con el Cliente están impresos en la contratapa de este folleto). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare de acuerdo con este plan.

CAPÍTULO 3

Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos

Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos

SECCIÓN 1 Lo que debe saber sobre la obtención de cobertura de atención médica como miembro de nuestro plan 32

Sección 1.1 ¿Cuáles son los "proveedores de la red" y los "servicios cubiertos"? 32
Sección 1.2 Reglas básicas para obtener cobertura de su atención médica por el plan 32

SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red del plan para recibir atención médica 34

Sección 2.1 Debe escoger un proveedor primario de cuidados médicos (PCP) para que le proporcione y supervise su atención médica 34
Sección 2.2 ¿Qué tipos de atención médica puede recibir sin tener la aprobación antes de su PCP? 36
Sección 2.3 Cómo recibir atención de especialistas y de otros proveedores de la red 36
Sección 2.4 Cómo recibir atención de proveedores fuera de la red 38

SECCIÓN 3 Cómo recibir servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o una necesidad urgente de atención o durante un desastre 39

Sección 3.1 Cómo recibir atención si tiene una emergencia médica 39
Sección 3.2 Cómo recibir atención si tiene una necesidad urgente de servicios 40
Sección 3.3 Cómo recibir atención durante un desastre 41

SECCIÓN 4 ¿Qué pasa si le facturan directamente el costo total de sus servicios cubiertos? 41

Sección 4.1 Puede pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos 41
Sección 4.2 Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan, usted debe pagar el costo total 41

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando usted está en un "estudio de investigación clínica"? 42

Sección 5.1 ¿Qué es un "estudio de investigación clínica"? 42
Sección 5.2 Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga qué? 43

SECCIÓN 6 Reglas para obtener atención cubierta en una "institución religiosa de cuidados de la salud no médicos" 44

Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa de cuidados de la salud no médicos? 44
Sección 6.2 Recibir atención de una institución religiosa de cuidados de la salud no médicos 44

SECCIÓN 7 Reglas de propiedad de un equipo médico duradero 45

Sección 7.1 ¿Será usted dueño del equipo médico duradero después de realizar una determinada cantidad de pagos conforme a nuestro plan? 45

SECCIÓN 8 Reglas para equipos, suministros y mantenimiento de oxígeno 46

Sección 8.1 ¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho? 46
Sección 8.2 ¿Cuál es su costo compartido? ¿Cambiará después de 36 meses? 46
Sección 8.3 ¿Qué sucede si abandona su plan y regresa a Original Medicare? 46

SECCIÓN 1 Lo que debe saber sobre la obtención de cobertura de atención médica como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que usted necesita saber sobre cómo usar el plan para obtener cobertura de su atención médica. Le ofrece definiciones de términos y explica las reglas que usted tendrá que seguir para recibir los tratamientos médicos, servicios y otros tipos de atención médica que están cubiertos por el plan.

Para obtener información detallada sobre qué atención médica está cubierta por nuestro plan y cuánto debe pagar usted cuando recibe esta atención, consulte el cuadro de beneficios en el siguiente capítulo, Capítulo 4 (“Cuadro de beneficios médicos, lo que está cubierto y lo que usted paga”).

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

A continuación encontrará algunas definiciones que pueden ayudarlo a entender cómo recibirá la atención y los servicios que están cubiertos para usted como miembro de nuestro plan:

- Los **“proveedores”** son médicos y otros profesionales del cuidado de la salud autorizados por el estado para proveer atención y servicios médicos. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- Los **“proveedores de la red”** son los médicos y otros profesionales del cuidado de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un contrato con nosotros para aceptar nuestro pago y el monto de su costo compartido como pago total. Hemos coordinado que estos proveedores presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan directamente la atención que le proporcionan. Cuando vea a un proveedor de la red, usted solo paga su parte del costo por los servicios prestados.
- Los **“servicios cubiertos”** incluyen toda la atención médica, servicios de atención médica, suministros y equipos que están cubiertos por nuestro plan. Sus servicios cubiertos de atención médica se indican en el cuadro de beneficios en el Capítulo 4.

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

Como un plan de salud de Medicare, Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No Rx debe cubrir todos los servicios que contempla Original Medicare y debe seguir las reglas de cobertura de Original Medicare.

Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No Rx generalmente cubrirá su atención médica siempre y cuando:

- **La atención que usted reciba esté incluida en el Cuadro de beneficios médicos del plan** (este cuadro se encuentra en el Capítulo 4 de este folleto).

- **La atención que usted reciba sea considerada médicamente necesaria**. "Médicamente necesario" significa que los servicios, suministros o medicamentos se necesitan para prevenir, diagnosticar o tratar su afección y cumplir las normas aceptadas de práctica médica.
- **Usted tenga un proveedor primario de cuidados médicos (PCP por sus siglas en inglés) de la red que proporcione y supervise su atención.** Como miembro de nuestro plan, usted debe seleccionar un PCP de la red (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
  - En la mayoría de las situaciones, el PCP de la red debe autorizarlo de forma anticipada antes de que puedan usar otros proveedores de la red del plan, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio. Esto se llama darle un "referido". Para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
  - No se requieren referidos de su PCP para atención de emergencia o servicios de urgencia. Hay también algunos tipos de atención que puede recibir sin tener la autorización anticipada de su PCP (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Usted debe recibir atención de parte de un proveedor de la red** (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, la atención que usted recibe de un proveedor fuera de la red (proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan) no tendrá cobertura. *Hay tres excepciones:*
  - El plan cubre servicios de emergencia o de urgencia que reciba de un proveedor -fuera de la red. Para obtener más información sobre esto y ver qué significa servicios de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
  - Si necesita atención médica que Medicare exige que su plan cubra y los proveedores en nuestra red no pueden proporcionarla, usted puede recibir esta atención de un proveedor fuera de la red con un referido de su PCP. En esta situación, usted pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red. Para recibir información sobre cómo recibir una autorización para ver un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
  - El plan cubre servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está temporalmente fuera del área de servicio del plan.

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

Sección 2.1 Debe escoger un proveedor primario de cuidados médicos (PCP) para que le proporcione y supervise su atención médica

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

Cuando se convierte en miembro de nuestro plan, debe escoger un proveedor del plan para que sea su PCP. El PCP es un médico, enfermera practicante o asistente médico que cumple los requisitos estatales y está capacitado para brindarle atención médica general. Tal como explicaremos más adelante, el PCP le brindará atención médica general o de rutina. Su PCP también coordinará referidos a otros proveedores de la red, como especialistas.

¿Qué tipo de proveedores pueden actuar como PCP?

Por lo general, los médicos de las áreas de Medicina Interna, Medicina General, Medicina Geriátrica o Medicina Familiar actúan como PCP. Una enfermera practicante o asistente médico también pueden ser un PCP.

¿Cómo recibe atención de su PCP?

Usted generalmente verá primero a su PCP para la mayoría de sus necesidades de atención médica. Su PCP le proveerá la mayor parte de la atención y ayudará a gestionar o coordinar el resto de los servicios cubiertos que usted recibe como miembro del plan. Esto incluye radiografías, exámenes de laboratorio, terapias, atención de médicos que son especialistas, hospitalizaciones y atención de seguimiento.

A veces es posible que necesite hablar con su PCP o recibir atención médica cuando el consultorio del PCP está cerrado. Si tiene una situación que no es una emergencia y necesita hablar con su PCP fuera del horario de atención, puede llamar al consultorio de su PCP en cualquier momento, y habrá un médico de turno que lo podrá ayudar. Los miembros con problemas de audición o del habla con máquinas TTY pueden llamar a MassRelay al TTY 1-800-439-2370 para que los ayuden a comunicarse con el PCP fuera del horario de atención (el número que no es TTY de MassRelay es 1-800-439-0183).

¿Cuál es el papel del PCP en la coordinación de los servicios cubiertos?

"Coordinar" sus servicios comprende revisar o consultar con otros proveedores del plan con respecto a su atención. Si necesita ciertos tipos de servicios o suministros cubiertos, el PCP puede referirlo a un especialista. Cada PCP tiene ciertos especialistas del plan, a los que se denomina "círculo de referidos", que utiliza para proporcionarle atención médica. Un círculo de referidos corresponde al equipo de especialistas con el que trabaja su PCP. Si su PCP lo refiere a un especialista, lo enviará a un especialista que esté en su círculo de referidos. No todos los médicos de Tufts Health Plan Medicare Preferred se incluyen en el círculo de referidos de su PCP. Esto significa que, en la mayoría de los casos, usted no tendrá acceso a toda la red de Tufts Health Plan Medicare Preferred, salvo en situaciones de emergencia o urgencia o para diálisis renal u otros servicios fuera de la red. Asimismo, el referido de su PCP puede tener limitaciones de tiempo. En algunos casos, el PCP necesitará obtener nuestra autorización previa (aprobación previa). Puesto que el PCP proporcionará y coordinará su atención médica, usted debería enviar toda su historia clínica al consultorio del PCP.

¿Cuál es el papel del PCP en la toma de decisiones sobre la autorización previa u obtenerla?

Ciertos medicamentos, servicios, equipos y suministros requieren autorización de Tufts Health Plan Medicare Preferred antes de que se presten los servicios. Con respecto a los servicios fuera de la red, el PCP es responsable de obtener una autorización o proveerle un referido dependiendo de los servicios que se prestarán. Su PCP u otro proveedor contratado es responsable de obtener esta autorización. Asegúrese de confirmar con su PCP u otro proveedor contratado para cerciorarse de que se haya entregado esta autorización o referido.

¿Cómo elige su PCP?

Cuando usted va a decidirse por un PCP, puede consultar nuestro *Directorio de proveedores*. Con la herramienta Doctor Search (Búsqueda de médicos) en nuestro sitio web, podrá obtener la información más actualizada. Una vez que haya tomado una decisión, debe llamar a Relaciones con el Cliente (vea el número en la contratapa de este folleto). Un representante de Relaciones con el Cliente verificará que el PCP que usted ha elegido acepte nuevos pacientes. Si lo deben ingresar a un hospital en particular o si debe ver a un especialista del plan en particular, revise el *Directorio de proveedores* o hable con un representante de Relaciones con el Cliente para asegurarse de que el PCP que haya elegido use ese hospital o haga referidos a ese especialista.

Tome en cuenta lo siguiente: Si su actual PCP es un proveedor contratado por Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO, usted debe verificar qué hospital usa para los miembros de Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO. Aunque su PCP puede tener privilegios de admisión en algunos hospitales, puede usar un hospital en particular para miembros de Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO, y puede ser un hospital diferente del cual lo hayan referido en el pasado.

Cómo cambiar su PCP

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

Si cambia su PCP, los especialistas y hospitales a los que su nuevo PCP lo refiera pueden ser diferentes de los especialistas y hospitales a los que su anterior PCP lo refirió. En otras palabras, su nuevo PCP puede tener un círculo de referidos diferente. Consulte la Sección 2.3 más adelante para obtener más información sobre los círculos de referidos.

Si está realizando un cambio, el cambio comenzará a regir el primer día del mes siguiente, y usted automáticamente recibirá una nueva tarjeta de identificación de miembro en el correo en donde se reflejará este cambio.

Para cambiar su PCP, llame a Relaciones con el Cliente. Cuando llame, asegúrese de decir a Relaciones con el Cliente si está viendo a especialistas o recibe otros servicios cubiertos que necesitan la autorización de su PCP (como equipo médico duradero). Relaciones con el Cliente lo ayudará a cerciorarse de que puede continuar con la atención especializada y otros servicios que recibe cuando cambie su PCP. También comprobarán que el PCP al que usted se quiere cambiar acepta nuevos pacientes. Si el PCP acepta nuevos pacientes, usted podrá fijar una cita con este a partir del primer día del mes siguiente.

Relaciones con el Cliente cambiará su registro de membresía para mostrar el nombre de su nuevo PCP y le enviará una nueva tarjeta de membresía que muestra el nombre de su nuevo PCP. Le sugerimos que fije una cita con su nuevo PCP y haga las gestiones correspondientes para que le transfieran sus registros a ese PCP.

Los miembros con una cuenta personal en línea pueden cambiar el PCP en nuestro sitio web y seleccionar a un nuevo PCP dentro de nuestra red. Para obtener información detallada sobre cómo crear una cuenta personal segura en línea, llame a Relaciones con el Cliente (vea el número en la contratapa de este folleto) o ingrese a www.thpmp.org/registration.

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

Puede recibir los servicios que se indican a continuación sin tener la aprobación anticipada de su PCP.

- Atención médica de rutina para mujeres, lo que incluye exámenes de senos, mamografías (-radiografías de los senos), exámenes de Papanicoláu y exámenes pélvicos, siempre y cuando los realice un proveedor de la red.
- Vacunas contra la gripe, vacunas contra la hepatitis B y vacunas contra la neumonía, siempre y cuando las coloque un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red.
- Servicios de urgencia de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o son inaccesibles (por ejemplo, cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan).
- Servicios de diálisis renal que usted recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está temporalmente fuera del área de servicio del plan (si es posible, sírvase llamar a Relaciones con el Cliente antes de salir del área de servicio, de manera que podamos coordinar diálisis de mantenimiento mientras está fuera. Los números de teléfono de Relaciones con el Cliente están impresos en la contratapa de este folleto).
- Servicios preventivos cubiertos por Medicare siempre y cuando los preste un proveedor de la red.

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

Un especialista es un médico que provee servicios de atención médica por una enfermedad o parte del cuerpo específica. Hay muchos tipos de especialistas. Estos son algunos ejemplos:

- Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos atienden a pacientes con afecciones cardíacas.
- Los ortopedistas atienden a pacientes con ciertas afecciones de huesos, articulaciones o músculos.

¿Cuál es el papel del PCP en el referido de miembros a especialistas y otros proveedores?

Por lo general, los PCP proveen atención preventiva básica y tratamiento para enfermedades comunes. En el caso de que haya servicios que el PCP no pueda proveer, este último ayudará a gestionar o coordinar el resto de los servicios cubiertos que usted recibe como miembro del plan mediante un referido a un especialista. Es posible que tenga que agendar una cita en el consultorio del PCP antes de que se emita un referido a un especialista.

¿Para qué servicios necesitará el PCP autorización previa del plan?

Ciertos medicamentos, servicios, equipos y suministros requieren autorización de Tufts Health Plan Medicare Preferred antes de que se presten los servicios. Con respecto a los servicios fuera de la red, el PCP es responsable de obtener una autorización o proveerle un referido dependiendo de los servicios que se prestarán. Su PCP u otro proveedor contratado es responsable de obtener esta autorización. Asegúrese de confirmar con su PCP u otro proveedor contratado para cerciorarse de que se haya entregado esta autorización o referido.

Para obtener información sobre qué servicios necesitan autorización previa del plan, consulte el Capítulo 4, Sección 2.1. También puede llamar a Relaciones con el Cliente al número que figura en la contratapa de este folleto para conocer una lista de servicios que necesitan que su PCP u otro proveedor contratado obtenga la autorización previa del plan. Consulte el Formulario de Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO para conocer qué medicamentos necesitan autorización previa.

¿Qué es un “círculo de referidos”?

Cada PCP tiene ciertos especialistas del plan, a los que se denomina “círculo de referidos”, 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, salvo en situaciones de emergencia o urgencia o para diálisis renal u otros servicios fuera de la red.

Si necesita ciertos tipos de servicios o suministros cubiertos, el PCP debe darle autorización anticipada (como referirlo a un especialista). En algunos casos, el PCP necesitará obtener la autorización previa (aprobación previa) del plan. Los servicios que necesitan autorización previa están marcados con un asterisco en el Cuadro de beneficios médicos que aparece en el Capítulo 4. Los servicios que necesitan un referido están marcados dentro del Cuadro de beneficios médicos que aparece en el Capítulo 4. Puesto que el PCP proporcionará y coordinará su atención médica, usted debería enviar toda su historia clínica al consultorio del PCP.

¿Qué pasa si un especialista u otro proveedor de la red deja nuestro plan?

Es importante que sepa que podemos realizar cambios de hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que son parte de su plan durante el año. Hay una serie de motivos por los cuales el proveedor con el que se atiende podría dejar el plan, pero si su médico o especialista deja el plan, tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación.

- Aun cuando nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare establece que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos todo lo posible para notificarle con al menos 30 días de anticipación que su proveedor dejará nuestro plan para que usted tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para que continúe administrando sus necesidades de atención médica.
- Si está bajo tratamiento médico, tiene el derecho de solicitar que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo, y nosotros colaboraremos para garantizar esto.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o cree que su atención no se está administrando de manera correcta, tiene el derecho de apelar nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor que gestione su atención.

Relaciones con el Cliente puede ayudarlo con preguntas o asistencia para encontrar y seleccionar otro proveedor (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).

Sección 2.4 Cómo recibir atención de proveedores fuera de la red

Para poder atenderse con un proveedor fuera de la red, su PCP o proveedor de la red debe hacer un referido. Si no puede obtener ese referido, usted o su representante autorizado también puede presentar una solicitud a Tufts Health Plan Medicare Preferred para que realice una “determinación de la organización”. La autorización de Tufts Health Plan Medicare Preferred puede ser necesaria de acuerdo con el servicio que se prestará. Si usted se atiende con proveedores fuera de la red sin un referido ni una autorización, Tufts Health Plan Medicare Preferred no pagará por estos servicios. Consulte el Capítulo 4 para obtener más información.

En circunstancias muy limitadas, nuestro plan permitirá que nuestros miembros se atiendan con proveedores fuera de la red. Estas circunstancias incluyen ver a un proveedor con una especialidad que nuestro plan no tiene contratada actualmente. Hemos contratado los servicios de proveedores en toda nuestra área de servicio para asegurar el acceso a la atención de nuestros miembros. Debe tener un referido del proveedor de la red y conseguir la autorización previa del plan antes de recibir la atención fuera de la red.

Si necesita atención médica que Medicare exige que su plan cubra y los proveedores de nuestra red no pueden proveerla, usted puede recibir esta atención de un proveedor o un establecimiento fuera de la red. Sin embargo, el Plan debe dar la autorización antes de que lo atienda ese proveedor. En esta situación, si el servicio es autorizado, usted pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red. Usted, su médico o su representante pueden llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitar la autorización. Para obtener información detallada sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada “Cómo comunicarse con nosotros cuando

solicita una decisión de cobertura sobre su atención médica".

SECCIÓN 3 Cómo recibir servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o una necesidad urgente de atención o durante un desastre

Sección 3.1 Cómo recibir atención si tiene una emergencia médica

¿Qué es una "emergencia médica" y que debería hacer si tiene una?

Una **"emergencia médica"** es cuando usted o cualquier otra persona prudente sin conocimiento especializado, con un conocimiento promedio de salud y medicina cree que usted presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para impedir la muerte, la pérdida de una extremidad o la pérdida de las funciones de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o una afección que está empeorando rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o vaya a la sala de emergencias o al hospital más cercano. Llame a una ambulancia si la necesita. *No* necesita conseguir primero una aprobación o un referido de su PCP.
- **Lo antes posible, asegúrese de que se haya informado a nuestro plan sobre su emergencia.** Tenemos que realizar un seguimiento a su atención de emergencia. Usted u otra persona debería llamarnos para informarnos de su atención de emergencia, por lo general dentro de un plazo de 48 horas. El número de teléfono para llamar a nuestro plan está al reverso de su tarjeta de membresía.

¿Qué servicios tienen cobertura si usted tiene una emergencia médica?

Puede recibir atención médica de emergencia con cobertura siempre que la necesite, en cualquier lugar del mundo. Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones en las que llegar a la sala de emergencias de cualquier otra manera podría poner en peligro su salud. Para obtener más información, consulte el Cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este folleto.

Usted tiene cobertura para servicios de emergencia y urgencia en todo el mundo. Los servicios recibidos deben cumplir los mismos criterios de Medicare que se aplican a los servicios de atención de emergencia o urgencia que se reciben dentro de Estados Unidos y sus territorios. Usted tiene cobertura para transporte de emergencia en ambulancia en todo el mundo para ir al centro adecuado más cercano que pueda proporcionarle atención, si el servicio es prestado cuando su afección es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro su salud o si está autorizado por el plan. Para obtener más información, consulte el Cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este folleto.

Si tiene una emergencia, hablaremos con los médicos que le están brindando la atención de emergencia para ayudar a gestionar y dar seguimiento a su atención. Los médicos que le brindan atención de emergencia decidirán cuando su estado de salud sea estable y cuando haya terminado la atención de emergencia.

Después de que haya terminado la emergencia, usted tendrá derecho a una atención de seguimiento para asegurar que su situación siga siendo estable. La atención de seguimiento tendrá cobertura de nuestro plan. Si la atención de emergencia la brindan proveedores fuera de la red, trataremos de gestionar que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención en cuanto su afección y las circunstancias lo permitan.

¿Qué pasa si no era una emergencia médica?

A veces puede ser difícil saber si tiene una emergencia médica. Por ejemplo, podría ir a recibir atención de emergencia, pensando que su salud está en grave peligro, y el médico puede decir que no fue una emergencia médica después de todo. Si resulta que no era una emergencia, en cuanto usted pensó razonablemente que su salud estaba en grave peligro, le cubriremos su atención.

Sin embargo, después de que el médico dijo que *no* era una emergencia, cubriremos la atención adicional *solo* si la recibió de una de estas dos maneras:

- usted va a un proveedor de la red para recibir la atención adicional; o
- la atención adicional que recibe se considera “servicios de urgencia” y usted sigue las reglas para recibir esta atención de urgencia (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 3.2 a continuación).

Sección 3.2 Cómo recibir atención si tiene una necesidad urgente de servicios

¿Qué son los “servicios de urgencia”?

Los “servicios de urgencia” son enfermedades, lesiones o afecciones imprevistas que no son de emergencia que requieren una atención médica inmediata. Proveedores de la red o fuera de la red pueden prestar los servicios de urgencia si los proveedores de la red no están temporalmente disponibles o accesibles. La afección imprevista podría ser, por ejemplo, un brote de una afección conocida que ya tiene.

¿Qué pasa si usted está en el área de servicio del plan cuando tiene una necesidad urgente de atención?

Siempre debe tratar de obtener servicios de urgencia de los proveedores de la red. Sin embargo, si los proveedores no están disponibles temporalmente o no se puede acceder a ellos y no es razonable esperar para obtener atención de su proveedor de la red cuando esta esté disponible nuevamente, cubriremos los servicios de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red.

Si cree que usted experimenta una situación médica urgente, imprevista y que no es una emergencia, comuníquese con su PCP inmediatamente. Si no puede hacerlo o es poco práctico que usted reciba atención con su PCP o un proveedor del plan, puede ir a cualquier proveedor o clínica que proporcione atención de urgencia, o bien puede llamar al 911 para que lo ayuden inmediatamente.

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

Cuando usted está fuera del área de servicio y no puede recibir atención de un proveedor de la red, nuestro plan cubrirá los servicios de urgencia que recibe de cualquier proveedor.

Nuestro plan cubre servicios de atención de emergencia y urgencia fuera de los Estados Unidos cuando sea médicamente necesario.

Sección 3.3 Cómo recibir atención durante un desastre

Si el gobernador de su estado, el Secretario de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. o el Presidente de Estados Unidos declara un estado de desastre o emergencia en su área geográfica, usted sigue teniendo derecho a recibir atención de su plan.

Visite el siguiente sitio web: www.medicare.gov/what-medicare-covers/getting-care-drugs-in-disasters-or-emergencies para obtener información sobre cómo obtener la atención que necesita durante un desastre.

Por lo general, si no puede usar un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá atenderse con proveedores fuera de la red con costos compartidos dentro de la red.

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

Sección 4.1 Puede pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos

Si ha pagado más que su parte de los servicios cubiertos o si recibió una factura por el costo total de servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 5 (“Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted recibió por servicios médicos cubiertos”) para obtener más información sobre qué debe hacer.

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

Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No Rx cubre todos los servicios médicos que son médicamente necesarios; estos servicios se indican en el Cuadro de beneficios médicos (este cuadro está en el Capítulo 4 de este folleto) y se obtienen de acuerdo 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 se obtuvieron fuera de la red y no estaban autorizados.

Si tiene dudas sobre si pagaremos algún servicio médico o atención que usted está considerando, tiene derecho a preguntarnos si lo cubriremos antes de que lo reciba. También tiene derecho a solicitar esto por escrito. Si le respondemos que no cubriremos sus servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención.

En el Capítulo 7 (“Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)”) hay más información sobre qué hay que hacer si recibió una decisión nuestra de cobertura o desea apelar una decisión que ya tomamos. También puede llamar a Relaciones con el Cliente para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).

En el caso de los servicios cubiertos que tienen un límite de beneficios, usted paga el costo total de los servicios que recibe después de que ha agotado su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. El pago de los costos una vez que se ha alcanzado el límite de beneficios no se aplicará a la cantidad máxima de desembolsos. Puede llamar a Relaciones con el Cliente cuando desee saber cuánto ha usado de su límite de beneficios.

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando usted está en un “estudio de investigación clínica”?

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

Un estudio de investigación clínica (también denominado “ensayo clínico”) es una forma en que los médicos y científicos prueban nuevos tipos de atención médica, por ejemplo, el funcionamiento de un nuevo medicamento contra el cáncer. Solicitan voluntarios para que los ayuden con el estudio y probar nuevos procedimientos de atención médica o medicamentos. Este tipo de estudio es una de las etapas finales de un proceso de investigación que ayuda a los médicos y científicos comprobar si un nuevo método funciona o si es seguro.

No todos los estudios de investigación clínica están abiertos a los miembros de nuestro plan. Medicare primero debe aprobar el estudio de investigación. Si usted participa en un estudio que Medicare *no* ha aprobado, *usted será responsable de pagar todos los costos de su participación en el estudio*.

Una vez que Medicare haya aprobado el estudio, alguien que trabaje en el estudio se comunicará con usted para explicar más sobre el estudio y ver si cumple los requisitos establecidos por los científicos que realizan el estudio. Usted puede participar en el estudio siempre y cuando cumpla los requisitos de este *y* entienda y acepte totalmente todo lo que implica si usted participa 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 participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su atención (la atención que no está relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* necesita que nosotros o su PCP lo autoricemos. Los proveedores que brindan su atención como parte del estudio de investigación clínica *no* necesitan ser parte de la red de proveedores de nuestro plan.

Aunque no tenga que recibir el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, **sí tiene que informarnos antes de comenzar a participar en un estudio de investigación clínica.**

Si contempla participar en un estudio de investigación clínica, comuníquese con Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto) para informarnos que participará en un ensayo clínico y para obtener información detallada sobre lo que pagará su plan.

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

Una vez que se incorpore a un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, usted tiene cobertura de los artículos y servicios de rutina que recibe como parte del estudio, entre los que se incluyen los siguientes:

- Habitación y comida relativa a una hospitalización que Medicare pagaría incluso si no estuviera en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico que forma parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de los efectos secundarios y complicaciones de la nueva atención.

Original Medicare paga la mayor parte de los costos de los servicios cubiertos que usted recibe como parte del estudio. Después de que Medicare ha pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan también pagará parte de los costos. Pagaremos la diferencia entre los costos compartidos de Original Medicare y sus costos compartidos como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará la misma cantidad por los servicios que recibe como parte del estudio como si recibiera estos servicios de parte de nuestro plan.

A continuación encontrará un ejemplo de cómo funcionan los costos compartidos: Digamos que usted tiene un examen de laboratorio que cuesta $100 como parte del estudio de investigación. Digamos también que su parte de los costos por este examen es de $20 con Original Medicare, pero el examen costaría $10 según los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría $80 por el examen y nosotros pagaríamos otros $10. Esto significa que usted pagaría $10, que es la misma cantidad que usted pagaría según los beneficios de nuestro plan.

Para que nosotros paguemos nuestra parte de los costos, usted tendrá que enviar una solicitud de pago. Con su solicitud, usted tendrá que enviarnos una copia de su Notificación resumida de Medicare u otros documentos que muestren qué servicios recibió como parte del estudio y cuánto le debemos. Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre el envío de solicitudes de pago.

Cuando usted no 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 nuevo artículo o servicio que el estudio pruebe a menos que Medicare cubra el artículo o servicio incluso si usted *no* estuviera en un estudio.
- Los artículos y servicios que el estudio le entrega a usted o a cualquier participante en forma gratuita.
- Los artículos o servicios que se le proveen solo para reunir datos y que no se usan en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no pagará las tomografías computarizadas mensuales que se realizan como parte del estudio si su afección normalmente requeriría solo una tomografía.

¿Quiere obtener más información?

Puede obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica leyendo la publicación "Medicare y estudios de investigación clínica" en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Reglas para obtener atención cubierta en una "institución religiosa de cuidados de la salud no médicos"

Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa de cuidados de la salud no médicos?

Una institución religiosa de cuidados de la salud no médicos es un centro que proporciona atención para una afección que normalmente se trataría en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, entonces proveeremos cobertura de atención en una institución religiosa de cuidados de la salud no médicos. Puede elegir procurar atención médica en cualquier momento por cualquier motivo. Este beneficio se provee solo para los servicios como paciente hospitalizado de Part A (servicios de cuidado de la salud no médico). Medicare solo pagará los servicios de cuidado de la salud no médico proporcionados por instituciones religiosas de cuidados de la salud no médicos.

Sección 6.2 Recibir atención de una institución religiosa de cuidados de la salud no médicos

Para recibir atención de una institución religiosa de cuidados de la salud no médicos, usted debe firmar un documento legal que diga que usted se opone por temas de conciencia a recibir tratamiento médico "no obligatorio".

- Una atención médica o tratamiento "no obligatorio" es cualquier atención médica o tratamiento que es *voluntario* y *no es exigido* por ninguna ley federal, estatal o local.
- Una atención médica o tratamiento "obligatorio" es cualquier atención médica o tratamiento que *no* es voluntario o *es exigido* por cualquier ley federal, estatal o local.

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

- El centro que proporciona la atención debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de servicios que usted recibe se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución que se le proporcionan en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
  - debe tener una afección que permita que usted reciba servicios cubiertos de atención para pacientes hospitalizados o atención en un centro de enfermería especializada; y
  - debe obtener la aprobación anticipada de nuestro plan antes de que sea ingresado al centro o su estadía no será cubierta.

Los límites de cobertura de Medicare se aplican según lo descrito en el Capítulo 4, “Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados”.

SECCIÓN 7 Reglas de propiedad de un equipo médico duradero

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

El equipo médico duradero (DME) incluye artículos como equipos de oxígeno y suministros, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos para enfermos, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos de generación de habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital indicadas por un proveedor para su uso en el hogar. El miembro siempre será dueño de ciertos artículos, por ejemplo, las prótesis. En esta sección, analizaremos otros tipos de DME que usted debe alquilar.

En Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de DME son dueñas del equipo después de realizar copagos por ese equipo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No Rx, usted generalmente no adquiere la propiedad de los DME alquilados sin importar cuántos copagos haga por el artículo mientras es miembro de nuestro plan. En ciertas circunstancias limitadas, le transferiremos la propiedad del DME a usted. Llame a Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto) para conocer los requisitos que usted debe cumplir y la documentación que debe entregar.

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

Si no adquirió la propiedad del DME mientras estaba en nuestro plan, tendrá que realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de cambiarse a Original Medicare para poder ser dueño del equipo. Los pagos que usted realizó mientras estaba en nuestro plan no se incluyen en estos 13 pagos consecutivos.

Si realizó menos de 13 pagos por el DME con Original Medicare *antes de* afiliarse a nuestro plan, sus pagos anteriores tampoco se incluyen en los 13 pagos consecutivos. Tendrá que realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de volver a Original Medicare para poder ser dueño del equipo. No hay excepciones en este caso cuando usted vuelve a Original Medicare.

SECCIÓN 8 Reglas para equipos, suministros y mantenimiento de oxígeno

Sección 8.1 ¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si califica para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare, mientras esté inscrito, Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No Rx cubrirá:

- Alquiler de equipos de oxígeno
- Entrega de oxígeno y contenido de oxígeno
- Tubos y accesorios de oxígeno relacionados para el suministro de oxígeno y contenido de oxígeno
- Mantenimiento y reparación de equipos de oxígeno

Si abandona Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No Rx o ya no necesita un equipo de oxígeno por motivos médicos, el equipo de oxígeno debe devolverse al propietario.

Sección 8.2 ¿Cuál es su costo compartido? ¿Cambiará después de 36 meses?

Su costo compartido para la cobertura de equipo de oxígeno de Medicare es del 20 % cada mes.

Después de 36 meses, dejará de pagar el coaseguro del 20 % por su equipo de oxígeno, hasta que el beneficio se restablezca al cumplirse los cinco años. Una vez que se restablezca el beneficio, reanudará el pago del costo compartido correspondiente según el diseño de beneficios actual de su plan.

Si antes de inscribirse en Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No Rx había realizado 36 meses de pagos de alquiler para la cobertura de equipo de oxígeno, su costo compartido en Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No Rx es del 20 %.

Sección 8.3 ¿Qué sucede si abandona su plan y regresa a Original Medicare?

Si regresa a Original Medicare, entonces comienza un nuevo ciclo de 36 meses que se renueva cada cinco años. Por ejemplo, si pagó alquileres por equipos de oxígeno durante 36 meses antes de unirse a Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No Rx, se inscribe en Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No Rx durante 12 meses y luego regresa a Original Medicare, pagará el costo compartido total para la cobertura del equipo de oxígeno.

De manera similar, si realizó pagos durante 36 meses mientras estaba inscrito en Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No Rx y luego regresa a Original Medicare, pagará el costo- compartido total por la cobertura del equipo de oxígeno.

CAPÍTULO 4

Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

SECCIÓN 1 Cómo entender los desembolsos para servicios cubiertos 50

Sección 1.1 Tipos de desembolsos que puede pagar por servicios cubiertos 50
Sección 1.2 ¿Cuánto es lo máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos? 51
Sección 1.3 Nuestro plan no permite que los proveedores le "facturen el saldo" 51

SECCIÓN 2 Consulte el *Cuadro de beneficios médicos* para obtener información sobre lo que está cubierto y cuánto pagará 52

Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan 52
Sección 2.2 Beneficios "complementarios opcionales" adicionales que puede adquirir 104

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan? 114

Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones) 114

Cobertura adicional relacionada con la emergencia de salud pública de la COVID-19:

Los beneficios descritos en este Capítulo 4 no incluyen cobertura adicional relacionada con la pandemia de la COVID-19. Tufts Health Plan Medicare Preferred ha implementado varios cambios en los beneficios para ayudar a los miembros durante la emergencia de salud pública (PHE por sus siglas en inglés). Tufts Health Plan Medicare Preferred volverá -a evaluar su cobertura relacionada con COVID y puede extenderla o expandirla según sea necesario si la PHE continúa durante el año de beneficios 2021, sujeto a los requisitos reglamentarios y la aprobación.

Para obtener más información sobre la cobertura adicional ofrecida por Tufts Health Plan Medicare Preferred durante la PHE de COVID-19, llame a Relaciones con el Cliente o visite nuestro sitio web www.thpmp.org.

SECCIÓN 1 Cómo entender los desembolsos para servicios cubiertos

Este capítulo se centra en sus servicios cubiertos y lo que paga por sus beneficios médicos. Incluye un Cuadro de beneficios médicos que indica los servicios cubiertos y muestra cuánto pagará por cada servicio cubierto como miembro de Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No Rx. Puede encontrar información sobre servicios médicos que no están cubiertos más adelante en este capítulo. También explica los límites en ciertos servicios.

Sección 1.1 Tipos de desembolsos que puede pagar por servicios cubiertos

Para comprender la información de pago que le entregamos en este capítulo, necesita conocer los tipos de desembolsos que podría pagar por sus servicios cubiertos.

- Un **"copago"** es el monto fijo que 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 brinda más información sobre sus copagos).
- **"Coaseguro"** es el porcentaje que paga del costo total de ciertos servicios médicos. Usted paga un coaseguro en el momento en que recibe el servicio médico (el Cuadro de beneficios médicos en la Sección 2 le brinda más información sobre su coaseguro).

La mayoría de las personas que cumplen los requisitos para Medicaid o para el programa Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) nunca deberían pagar deducibles, copagos ni coaseguro. Si corresponde, asegúrese de mostrar su comprobante de elegibilidad de Medicaid o QMB a su proveedor. Si cree que debe pagar demasiado y no corresponde, comuníquese con Relaciones con el Cliente.

Sección 1.2 ¿Cuánto es lo máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos?

Debido a que está inscrito en el Plan Medicare Advantage, hay un límite de cuánto debe pagar de desembolsos cada año por servicios médicos dentro de la red que están cubiertos por nuestro plan (consulte el Cuadro de beneficios médicos en la Sección 2 a continuación). Este límite se llama monto del desembolso máximo por servicios médicos.

Como miembro de Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No Rx, lo máximo que tendrá que pagar de desembolso por los servicios cubiertos dentro de la red en 2021 es $3,450. Las cantidades que paga por copagos y coaseguro por servicios cubiertos dentro de la red se incluyen en este monto del desembolso máximo (la cantidad que paga por las primas del plan no se incluye en su monto del desembolso máximo). Además, las cantidades que paga por algunos servicios no se incluyen en su monto del desembolso máximo. Estos servicios están marcados con un doble asterisco en el Cuadro de beneficios médicos. Si alcanza el monto del desembolso máximo de $3,450, no tendrá que pagar más desembolsos por el resto del año para servicios cubiertos dentro de la red. Sin embargo, debe continuar con el pago de las primas del plan y de Medicare Part B (a menos que Medicaid u otro tercero paguen por la prima de Part B).

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

Como miembro de Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No Rx, una garantía importante para usted es que solo tiene que pagar su parte de los costos compartidos cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores agreguen cargos aparte adicionales, denominados “facturación del saldo”. Esta protección (que usted nunca pagará más que la cantidad de costos compartidos) se aplica incluso si pagamos al proveedor menos de lo que cobra ese proveedor por un servicio y aun cuando hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Así funciona esta garantía.

- Si sus costos compartidos corresponden a un copago (una cantidad establecida, por ejemplo, $15.00), entonces solo paga esa cantidad por cualquier servicio cubierto de un proveedor de la red.
- Si sus costos compartidos corresponden a un coaseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, el costo depende del tipo de proveedor que ve:
    - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje de coaseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (según lo determinado en el contrato entre el proveedor y el plan).
    - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa con Medicare, usted paga el porcentaje del coaseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare por los proveedores participantes (recuerde que el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, como cuando usted obtiene un referido).
    - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa con Medicare, usted paga el porcentaje del coaseguro multiplicado por la tasa de pago de

Medicare por los proveedores no participantes (recuerde que el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, como cuando usted obtiene un referido).

- Si considera que un proveedor le ha "facturado el saldo", llame a Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).

SECCIÓN 2 Consulte el *Cuadro de beneficios médicos* para obtener información sobre lo que está cubierto y cuánto pagará

Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan

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

- Los servicios cubiertos de Medicare deben proveerse de acuerdo con las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (que incluyen atención médica, servicios, suministros y equipos) *deben* ser médicamente necesarios. "Médicamente necesario" significa que los servicios, suministros o medicamentos se necesitan para prevenir, diagnosticar o tratar su afección y cumplir las normas aceptadas de práctica médica.
- Usted recibe la atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que usted recibe de un proveedor fuera de la red no tendrá cobertura. El Capítulo 3 provee más información sobre los requisitos para usar proveedores de la red y las situaciones en las que cubriremos los servicios de un proveedor fuera de la red.
- Usted tiene un proveedor primario de cuidados médicos (PCP) de la red que provee y supervisa su atención. En la mayoría de los casos, su PCP debe proporcionar la aprobación por adelantado antes de que usted pueda ver a otros proveedores en la red del plan. Esto se llama darle un "referido". El Capítulo 3 provee más información sobre cómo obtener un referido y las situaciones en las que no necesita uno.
- Algunos de los servicios que se indican en el Cuadro de beneficios médicos están cubiertos *solo* si el médico u otro proveedor de la red obtienen nuestra aprobación por adelantado (en ocasiones, se denomina "autorización previa"). Los servicios cubiertos que necesitan aprobación por adelantado están marcados con un asterisco en el Cuadro de beneficios médicos.

Otras cosas importantes que debe saber sobre nuestra cobertura:

- Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que Original Medicare cubre. Para alguno de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan en comparación con lo que pagaría en Original Medicare. Por otros, puede pagar *menos* (si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare y usted 2021*. Véalo en línea en www.medicare.gov o solicite una copia al teléfono 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227] 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Original Medicare, también cubrimos el servicio sin costo para usted. Sin embargo, si además lo tratan o controlan por una afección existente durante la cita en la que recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención recibida por la afección existente.
- En ocasiones, Medicare agrega cobertura de Original Medicare para servicios nuevos durante el año. Si Medicare agrega cobertura por cualquier servicio durante 2021, ya sea Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.

Información importante sobre beneficios para beneficiarios con ciertas condiciones crónicas

- Si un proveedor del plan le diagnostica las siguientes condiciones crónicas identificadas a continuación y cumple ciertos criterios médicos, es posible que sea elegible para otros beneficios complementarios específicos o costos compartidos reducidos específicos:
  - Insuficiencia cardíaca
  - Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD por sus siglas en inglés)
  - Celulitis
  - Neumonía

Consulte la fila “Ayuda para ciertas condiciones crónicas” en el Cuadro de beneficios médicos a continuación para obtener información más detallada.

Verá esta manzana junto a los servicios preventivos en el cuadro de beneficios.

Cuadro de beneficios médicos

Los servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Exámenes de detección de aneurisma aórtico abdominal Una ecografía oportuna de detección para personas con riesgo. El plan solo cubre este examen de detección si tiene ciertos factores de riesgo y si recibe un referido del médico, asistente médico, enfermera practicante o especialista en enfermería clínica.	No hay coaseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este examen de detección preventivo.
Acupuntura para el dolor lumbar crónico Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: Se cubren hasta 12 visitas en 90 días para los beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias: A los efectos de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como: • Dura 12 semanas o más; • no específico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no asociado con enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • no asociado con la cirugía; y • no asociado con el embarazo. Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que demuestren una mejora. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura al año. El tratamiento debe suspenderse si el paciente no mejora o si empeora. Los servicios adicionales de acupuntura son elegibles para optar al reembolso según su Subsidio de bienestar. Consulte la descripción del beneficio de Subsidio de bienestar para obtener detalles completos.	Usted pagará $10 por visita por los servicios de acupuntura cubiertos por Medicare para el dolor lumbar crónico. Antes de que reciba servicios, primero debe obtener un referido del PCP.

Los servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Servicios de ambulancia • Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen transporte de ala fija, de ala giratoria y servicios de ambulancia terrestre al centro más cercano que pueda proporcionar la atención adecuada si llevan a un miembro cuya afección es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona o si el plan los autoriza. • El transporte en ambulancia que no es de emergencia es adecuado si está documentado que la afección del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona y que ese transporte en ambulancia es médicamente necesario.*	Usted pagará $325 por servicios de ambulancia cubiertos por Medicare por cada viaje. De acuerdo con las pautas de Medicare, los servicios de ambulancia de emergencia y los que no son de emergencia están cubiertos según la necesidad médica. Si su afección cumple los requisitos de cobertura, usted pagará el copago que se indicó anteriormente. Si su afección no cumple los criterios de Medicare y usa los servicios de ambulancia, entonces usted será responsable de pagar el costo total. Si tiene preguntas sobre cobertura para servicios de ambulancia, comuníquese con Relaciones con el Cliente. El transporte en furgoneta de personas en silla de ruedas no está cubierto por Medicare, incluso si el servicio lo provee una empresa de ambulancias.

* Es posible que se necesite autorización previa para los servicios de transporte que no son para casos de emergencia.

Los servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Transporte que no es de ambulancia Nuestro plan cubre transporte que no es de ambulancia (por ejemplo, furgoneta o sedán para personas en silla de ruedas), proporcionado por el proveedor aprobado por el plan desde un hospital a un centro de enfermería especializada (SNF por sus siglas en inglés).	Usted pagará $40 por viaje en transporte que no sea de ambulancia desde un hospital a un centro de enfermería especializada cuando el hospital que da el alta lo indique.
Examen médico anual El examen médico anual es un examen más a fondo que la consulta anual de bienestar. Los servicios incluirán lo siguiente: exámenes de los sistemas corporales, como corazón, pulmones, cabeza y cuello y sistema neurológico; medición y registro de signos vitales como presión arterial, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria; una revisión completa de las recetas médicas y una revisión de hospitalizaciones recientes. Con cobertura una vez cada año calendario.	Usted pagará $0 por un examen médico anual. Si recibe servicios que tratan una afección durante la misma cita en el consultorio, es posible que se apliquen costos compartidos adicionales.
Consulta anual de bienestar Si ha tenido Part B por más de 12 meses, puede optar a la consulta anual de bienestar para crear o actualizar un plan de prevención personalizado según su salud y los factores de riesgo actuales. Este examen está cubierto una vez cada 12 meses. **Tome en cuenta lo siguiente:** La primera consulta anual de bienestar no puede concretarse dentro de 12 meses desde la consulta preventiva "Bienvenido a Medicare". Sin embargo, no necesita una consulta "Bienvenido a Medicare" para tener la cobertura para la consulta anual de bienestar después de que ha tenido Part B por 12 meses.	No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por la consulta anual de bienestar. Si recibe servicios que tratan una afección durante la misma cita en el consultorio, es posible que se apliquen costos compartidos adicionales.
Medición de la masa ósea Para personas que cumplen los requisitos (por lo general, personas en riesgo de perder masa ósea o en riesgo de sufrir osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con más frecuencia si es médicamente necesario: procedimientos para identificar masa ósea, detectar pérdida ósea o determinar la calidad ósea, así como una interpretación médica de los resultados.	No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.

Los servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Exámenes de detección del cáncer de seno (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de más de 40 años • Exámenes clínicos de los senos una vez cada 24 meses	No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por los exámenes clínicos de los senos y las mamografías de detección que estén cubiertos.
Servicios de rehabilitación cardíaca Programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y orientación están cubiertos para miembros que cumplen ciertas condiciones y tengan una orden médica. El plan también cubre programas de rehabilitación cardíaca intensiva que, por lo general, son más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	Usted pagará $0 por servicios cubiertos por Medicare.
Consulta de reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para enfermedad cardiovascular) Cubrimos una consulta por año con el médico de atención primaria para disminuir el riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante esta consulta, el médico puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), revisar la presión arterial y darle consejos para garantizar una alimentación saludable.	No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo de terapia conductual intensiva para enfermedad cardiovascular.
Exámenes por enfermedad cardiovascular Análisis de sangre para la detección de enfermedad cardiovascular (o anomalías asociadas con un riesgo elevado de enfermedad cardiovascular) una vez cada 5 años (60 meses).	No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por los exámenes por enfermedad cardiovascular que están cubiertos una vez cada 5 años.

Los servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Exámenes de detección de cáncer vaginal y de cuello uterino Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Para todas las mujeres: Los exámenes de Papanicoláu están cubiertos una vez cada 24 meses • Si tiene un riesgo alto de cáncer vaginal o de cuello uterino o está en edad fértil y los resultados de un Papanicoláu realizado dentro de los últimos 3 años han sido anómalos: un Papanicoláu cada 12 meses	No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por el Papanicoláu y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.
Servicios de quiropráctico Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación **Cobertura adicional provista por Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No Rx** • Evaluación quiropráctica inicial cubierta una vez por año calendario	Usted pagará $15 por cada consulta cubierta por Medicare. Usted pagará $15 por la evaluación quiropráctica inicial. Antes de que reciba servicios, primero debe obtener un referido del PCP. Otras formas de atención quiropráctica no son beneficios cubiertos. Consulte el Capítulo 4, Sección 3.1 para conocer los servicios que se excluyen de la cobertura.
Exámenes de detección de cáncer colorrectal Para personas de 50 años de edad y más, lo siguiente está cubierto: • Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario como examen de detección alternativo) cada 48 meses	No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por los exámenes de detección de cáncer colorrectal cubiertos por Medicare.

Los servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
• Uno de los siguientes cada 12 meses: o Examen de guayacol para sangre oculta en heces (gFOBT) o Prueba inmunoquímica fecal (FIT por sus siglas en inglés). • Examen de detección colorrectal basado en ADN cada 3 años Para personas con un riesgo alto de cáncer colorrectal, cubrimos lo siguiente: • Colonoscopia de detección (o enema de bario como examen de detección alternativo) cada 24 meses Para personas que no tienen riesgo alto de cáncer colorrectal, cubrimos lo siguiente: • Colonoscopia de detección cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses después de una sigmoidoscopia de detección	
Servicios dentales En general, los servicios dentales preventivos (como limpieza, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Cubrimos lo siguiente: Servicios cubiertos por Medicare prestados por un dentista o cirujano bucal que están limitados a cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas, compostura de fracturas de la mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación en caso de enfermedad neoplásica o servicios que estarían cubiertos cuando los presta un médico. Consulte la Sección 2.2 de este capítulo para obtener información sobre cobertura dental preventiva e integral adicional a través de Tufts Health Plan Medicare Preferred Dental Option.**	Usted pagará $40 por cada cita en el consultorio cubierta por Medicare. Consulte “Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados” y “Servicios o cirugía de pacientes externos” en este cuadro para conocer los costos compartidos que paga cuando recibe los servicios en un hospital o centro de cirugía ambulatoria.

** Los costos compartidos para estos artículos o servicios no se incluyen en el monto del desembolso máximo anual.

Los servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Tufts Health Plan Medicare Preferred Dental Plan**	
Su plan también cubre servicios dentales Diagnósticos, Preventivos y Básicos, a los costos compartidos que se apliquen, hasta la cantidad máxima de beneficios del plan. No cubre servicios mayores como cirugía bucal, periodoncia, endodoncia y prostodoncia (consulte la Sección 2.2 de este capítulo para obtener una lista completa de servicios mayores de Clase 3 no cubiertos en este plan).	A continuación se provee información sobre costos compartidos de acuerdo con la clase de servicios dentales que recibe.
El plan paga hasta el máximo por año calendario de $1,000. Todos los servicios cubiertos están sujetos al máximo por año calendario. Los servicios recibidos de un dentista en una situación de emergencia están sujetos a las reglas y a los costos compartidos del plan.	
Los servicios *solo* tienen cobertura con los proveedores de la red de PPO de Dominion. Para saber si el dentista es de la red de PPO de Dominion o si usted necesita un dentista nuevo, revise el *Directorio de dentistas* o comuníquese con Relaciones con el Cliente al número que aparece en la contratapa de este folleto.	
Consulte la Sección 2.2 de este capítulo para obtener información sobre cobertura dental preventiva e integral adicional disponible a través de Tufts Health Plan Medicare Preferred Dental Option. **Si está inscrito en el plan de beneficios dentales Tufts Health Plan Medicare Preferred Dental Option, esta sección no se aplica a usted.**	
La Sección 2.2 de este capítulo también ofrece información sobre cómo obtener los cálculos aproximados previos al tratamiento dental y una lista de otras limitaciones y exclusiones que se aplican a su cobertura de acuerdo con el plan Tufts Health Plan Medicare Preferred Dental Plan.	
Servicios preventivos y de diagnóstico de Clase 1	
Examen bucal integral (que incluye los antecedentes dentales iniciales y mapa dental) cubierto una vez cada 36 meses.	Usted pagará $0 por servicios preventivos y de diagnóstico de Clase 1.
Evaluación bucal periódica cubierta dos veces al año.	

** Los costos compartidos para estos artículos o servicios no se incluyen en el monto del desembolso máximo.

Los servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Radiografías intrabucales de aleta de mordida (radiografías de las coronas de los dientes) cubiertas dos veces al año cuando la condición bucal lo amerite. Profilaxis (limpieza de rutina, eliminación de sarro y pulido de dientes) cubierta dos veces al año. ***Servicios básicos de Clase 2*** Exámenes de problemas específicos para una evaluación oral de emergencia cubiertos una vez cada 12 meses. Radiografía intrabucal de toda la boca (imagen panorámica) cubierta una vez cada 60 meses. Radiografía intrabucal de toda la boca (serie bucal completa) cubierta una vez cada 60 meses. Radiografía de un solo diente cubierta según sea necesario. Empastes plateados y empastes blancos (dientes frontales) cubiertos una vez cada 24 meses por superficie, por diente. Empastes blancos (dientes posteriores) cubiertos una vez cada 24 meses por superficie, por diente; varias superficies se procesarán como empastes plateados y el paciente es responsable hasta la tarifa contratada. Limpieza periodontal cubierta una vez cada 6 meses después de una terapia periodontal activa, no se combina con las limpiezas regulares. Eliminación de sarro y raspado de raíz cubiertos una vez cada 24 meses, por cuadrante. Eliminación de sarro en presencia de inflamación gingival generalizada moderada a grave cubierta una vez cada 24 meses después de una evaluación bucal y en lugar de una profilaxis cubierta. Desbridamiento bucal total cubierto una vez de por vida. Extracciones simples cubiertas una vez por diente.	Usted pagará el 50 % de coaseguro por servicios básicos de Clase 2.

Los servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Tratamiento menor de alivio del dolor cubierto solo si no realizaron servicios, excepto radiografías, en la misma fecha de servicio.	
Exámenes de detección de depresión Cubrimos un examen de detección de depresión por año. El examen de detección debe realizarse en un entorno de atención primaria que pueda proveer tratamiento de seguimiento y referidos.	No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por la consulta anual de detección de depresión.
Exámenes de detección de la diabetes Cubrimos este examen de detección (incluye análisis de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de niveles altos de azúcar en la sangre (glucosa). Es posible que cubramos los exámenes si cumple otros requisitos, como tener sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes. Según los resultados de estos exámenes, es posible que sea elegible para dos exámenes de detección de la diabetes cada 12 meses.	No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por los exámenes de detección de la diabetes cubiertos por Medicare.
Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos Para todas las personas que tienen diabetes (usuarios y no usuarios de insulina). Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Suministros para controlar la glucosa en sangre: Monitor de glucosa en sangre, tiras reactivas para medir la glucosa en sangre, dispositivos de lancetas y lancetas y soluciones de control de la glucosa para revisar la precisión de las tiras reactivas y los medidores	Usted pagará $0 por servicios cubiertos. Si además lo tratan o controlan por una afección existente durante la cita en la que recibe el servicio, se aplicará un copago por la atención recibida por la afección existente.

Los servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
• Para personas con diabetes que tienen enfermedad grave del pie diabético: Un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (incluye plantillas que se proveen con esos zapatos) y dos pares adicionales de plantillas o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas (sin incluir las plantillas removibles no personalizadas que se proveen con esos zapatos). La cobertura incluye el ajuste. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta en ciertas condiciones • Para personas con riesgo de diabetes: Análisis de glucosa en plasma en ayunas según sea médicamente necesario. • Para servicios de cuidado del pie relacionados con la diabetes, consulte Servicios de podología en este cuadro de beneficios.	Antes de que reciba capacitación para el autocontrol de la diabetes, debe obtener un referido del PCP. La cobertura de monitores de glucosa en sangre, tiras reactivas de glucosa en sangre y soluciones de control de la glucosa se limita a los productos OneTouch fabricados por LifeScan, Inc. Tenga en cuenta que no hay una marca preferida para las lancetas. Primero debe obtener una receta del PCP o del médico que lo trata por la diabetes para suministros cubiertos para diabéticos (incluyendo zapatos terapéuticos a medida).
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados* (Para ver una definición de “equipo médico duradero”, consulte el Capítulo 10 de este folleto). Los artículos cubiertos son, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos para enfermos, suministros para diabéticos, camas de hospital indicadas por un proveedor para su uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos de generación de habla, terapia de presión positiva de las vías respiratorias (PAP por sus siglas en inglés) y equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todo el DME médicamente necesario cubierto por Original Medicare. Si nuestro proveedor en el área no tiene una marca o	Usted pagará el 20 % de coaseguro por artículos y suministros relacionados cubiertos. La calificación de cada artículo depende de los criterios indicados.

* Salvo en una emergencia, es posible que necesite una autorización previa antes de obtener equipo médico duradero y suministros relacionados.

Los servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
fabricante en particular, puede preguntarle si puede hacer un pedido especial para usted. **Beneficios adicionales cubiertos por Tufts Health Plan Medicare Preferred: Equipos de seguridad para el baño** Los siguientes equipos de seguridad para el baño están cubiertos para los miembros que tienen un deterioro funcional y que mejorarán su seguridad con el artículo (la instalación no está cubierta): • Asiento elevado estándar para el inodoro: 1 por miembro cada 5 años • Barras de apoyo estándar para el baño: Hasta 2 por miembro cada 5 años • Asiento estándar para la bañera: 1 por miembro cada 5 años	Usted pagará el 20 % de coaseguro por equipo de seguridad para el baño cuando un proveedor de la red emite una receta a un abastecedor de DME u órtesis y prótesis (O&P) de la red en el círculo de referidos de su PCP. La calificación de cada artículo depende de los criterios indicados.
Atención de emergencia La atención de emergencia se refiere a los siguientes servicios: • Prestados por un proveedor calificado para prestar servicios de emergencia. • Necesarios para evaluar o estabilizar una afección de emergencia. Una emergencia médica es cuando usted o cualquier otra persona prudente sin conocimiento especializado, con un conocimiento promedio de salud y medicina cree que usted presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para impedir la muerte, la pérdida de una extremidad o la pérdida de las funciones de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o una afección que está empeorando rápidamente. Los costos compartidos para servicios de emergencia necesarios prestados -fuera de la red son los mismos que para esos servicios prestados dentro de la red. Su plan incluye cobertura mundial para atención de emergencia.	Usted pagará $110 por cada visita cubierta a la sala de emergencias. Usted no paga esta cantidad si lo ingresan como paciente hospitalizado dentro de 24 horas por la misma afección (consulte Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados en esta sección para obtener información sobre los costos compartidos que se aplican). Si lo dejan hospitalizado bajo observación, el copago de $110 por consulta aún se aplica. En algunos casos, es posible que deba pagar un copago adicional por los servicios prestados por ciertos proveedores en la sala de emergencias.

Los servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
	Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención de paciente hospitalizado después de estabilizar la afección de emergencia, debe recibir la atención de paciente hospitalizado en el hospital fuera de la red autorizado por el plan y su costo corresponderá a los costos compartidos que pagaría en un hospital de la red.
Programas de educación de salud y bienestar **<u>Subsidio de bienestar</u>** • Participación en clases de instrucción de acondicionamiento físico como yoga, pilates, taichí y ejercicios aeróbicos. • Membresía en un club de salud o centro de acondicionamiento físico calificados. Un club de salud o centro de acondicionamiento físico calificados provee equipos para ejercicios de entrenamiento cardiovascular y de fuerza en el lugar e incluirá una orientación del centro y los equipos para cada miembro. Este beneficio no cubre los gastos de membresía que paga a clubes de salud o centros de acondicionamiento físico no calificados, como, entre otros, centros de artes marciales, centros de gimnasia, clubes de campo, clubes deportivos y sociales y para actividades deportivas como golf y tenis. • Citas con un acupunturista con licencia. • Citas con un orientador nutricional o nutricionista con licencia para servicios de orientación nutricional.	El plan le reembolsa hasta $150 por año calendario que se aplica al costo de membresía en un club de salud o centro de acondicionamiento físico calificados, clases cubiertas de instrucción de acondicionamiento físico, participación en programas de bienestar como Cuestión de Equilibrio, -Autocontrol de Enfermedades Crónicas, Taller de la Diabetes, Alimentación Saludable para una Vida Exitosa, IDEAS Saludables, Herramientas Poderosas para Cuidadores, Ejercicios en la Fundación para la Artritis, Bienestar Mejorado, Acondicionamiento Físico para su Vida, Conducción para Personas de la Tercera Edad de AAA, actividades de acondicionamiento físico para la memoria, acupuntura o sesiones de orientación nutricional cubiertas con un

Participación en: • Un instructor que lidere el Programa Cuestión de Equilibrio (Matter of Balance) • Un Programa de Autocontrol de Enfermedades Crónicas (Chronic Disease Self-Management) • El Programa Taller de la Diabetes (Diabetes workshop) • El Programa Alimentación Saludable para una Vida Exitosa (Healthy Eating for Successful Living) • El Programa IDEAS Saludables (Healthy IDEAS) • Herramientas Poderosas para Cuidadores (Powerful Tools for Caregivers) • El Programa de Ejercicios en la Fundación para la Artritis (Arthritis Foundation Exercise) • El Programa de Bienestar Mejorado (Enhance Wellness), que incluye actividades de acondicionamiento físico para la memoria • El Programa Acondicionamiento Físico para su Vida (Fit For Your Life) • El Programa de Conducción para Personas de la Tercera Edad de AAA (AAA Senior Driving) Para obtener este reembolso presente un formulario de reembolso de Subsidio de bienestar junto con un comprobante de pago y cualquier información adicional destacada en el formulario. Llame a Relaciones con el Cliente para solicitar un formulario de reembolso o visite nuestro sitio web www.thpmp.org. Envíe el formulario llenado con todos los documentos solicitados a la dirección que figura en el formulario. Si tiene preguntas, comuníquese con Relaciones con el Cliente.	orientador nutricional o nutricionista registrado con licencia. Usted paga todos los cargos que superen $150 por año calendario. Tufts Health Plan Medicare Preferred debe recibir las solicitudes de reembolso a más tardar el 31 de marzo del año siguiente.
Acondicionamiento físico SilverSneakers® (disponible solo para miembros de Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No Rx que viven en el condado de Worcester) SilverSneakers incluye una membresía de acondicionamiento físico con acceso a todas las instalaciones básicas, además de clases grupales para mejorar la fuerza y resistencia musculares, la movilidad, la flexibilidad, el rango de movimiento, el equilibrio, la agilidad y la coordinación. SilverSneakers también ofrece clases FLEX™, que incluyen taichí y yoga en vecindarios como recintos médicos, comunidades para la tercera edad y parques. Disponemos de equipos para ejercitarse en casa para miembros de SilverSneakers, incluyendo los que tienen una discapacidad, los que se recuperan de un procedimiento médico o enfermedad, los que viven en un área rural o	Usted pagará $0 por este programa (se aplica solo para miembros de Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No Rx que viven en el condado de Worcester).

Los servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
que experimentan dificultades de transporte y no pueden ir a un centro de acondicionamiento físico. Los miembros elegibles del plan deberían visitar www.thpmp.org para obtener más información y dar el primer paso. Para buscar un centro de acondicionamiento físico de SilverSneakers y clases FLEX, los miembros elegibles del plan pueden visitar **www.silversneakers.com** o llamar al **1-866-584-7389** (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. **Programas de control del peso** El plan cubrirá los cobros del programa de pérdida de peso como Weight Watchers, Jenny Craig o un programa de pérdida de peso en un hospital. Este beneficio no cubre costos de comidas o alimentos preenvasados, libros, videos, balanzas ni otros artículos o suministros. Para obtener este reembolso, presente un formulario de reembolso de Control del peso junto con un comprobante de pago y cualquier información adicional destacada en el formulario. Llame a Relaciones con el Cliente para solicitar un formulario de reembolso o visite nuestro sitio web www.thpmp.org. Envíe el formulario llenado con todos los documentos solicitados a la dirección que figura en el formulario. Si tiene preguntas, comuníquese con Relaciones con el Cliente.	El plan reembolsará a los miembros hasta un máximo de $150 por año calendario que se incluirá en los cobros del programa para los programas de pérdida de peso. Tufts Health Plan Medicare Preferred debe recibir las solicitudes de reembolso a más tardar el 31 de marzo del año siguiente. El Subsidio para los programas de control del peso y el Subsidio de bienestar son subsidios individuales de $150 por año calendario cada uno.
Servicios para la audición Las evaluaciones de diagnóstico de la audición y el equilibrio realizadas por el proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como paciente externo cuando las realiza un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado. • Exámenes auditivos de diagnóstico.	Usted pagará $40 por un examen auditivo de diagnóstico cubierto por Medicare. Antes de que reciba un examen auditivo de diagnóstico de parte de un especialista, primero debe obtener un referido del PCP.

Los servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
• Examen auditivo de rutina todos los años calendario.	Usted pagará $40 por un examen auditivo anual de rutina. No se necesita un referido para un examen auditivo anual de rutina, pero debe atenderse con un proveedor del plan.
• Prueba de prótesis auditiva**	Las evaluaciones de pruebas de prótesis auditivas recibidas a través de Hearing Care Solutions tienen un costo de $0. Si se realizan exámenes auditivos de rutina o de diagnóstico, es posible que se apliquen costos compartidos adicionales.

** Los costos compartidos para estos artículos o servicios no se incluyen en el monto del desembolso máximo anual.

Los servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
• Prótesis auditivas**	Usted tiene cobertura de hasta 2 prótesis auditivas por año, 1 prótesis auditiva por oído, a través de Hearing Care Solutions. Usted paga un copago por cada prótesis auditiva, y la cantidad a la que asciende el copago depende del tipo de prótesis auditiva comprada. Los tipos de prótesis auditivas distintos de los que se enumeran a continuación no están cubiertos. $250 de copago para prótesis auditivas de nivel Standard. $475 de copago para prótesis auditivas de nivel Superior. $650 de copago para prótesis auditivas de nivel Advanced. $850 de copago para prótesis auditivas de nivel Advanced Plus. $1,150 de copago para prótesis auditivas de nivel Premier.
Ayuda para ciertas condiciones crónicas **MyHome Care** Este beneficio provee a los miembros la opción de recuperarse de afecciones específicas, cuando sea adecuado desde el punto de vista clínico, con servicios y recursos de apoyo que sean médicamente necesarios y que se provean en su residencia. El modelo de atención es un episodio único, de aproximadamente 30 días de duración, administrado por un equipo de atención. La atención	Usted pagará $825 por cada episodio de atención. Antes de que reciba servicios, primero debe obtener un referido del PCP.

** Los costos compartidos para estos artículos o servicios no se incluyen en el monto del desembolso máximo anual.

Los servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
es supervisada por un médico y administrada en consultas con un proveedor de telemedicina, visitas clínicas -en el hogar y monitoreo biométrico remoto. Los equipos necesarios para las consultas de telemedicina y el monitoreo biométrico se proveerán por la duración del episodio. Se aplican costos compartidos al miembro una sola vez durante todo el episodio. Los medicamentos de Part D no están cubiertos como parte de este beneficio. **Requisitos de elegibilidad para el programa** Para ser elegible para el programa debe: • recibir un diagnóstico de una de las siguientes afecciones: insuficiencia cardíaca, COPD, celulitis, neumonía (se aplican limitaciones y exclusiones relacionadas con la necesidad médica y criterio clínicos. Hable con el PCP o llame a Relaciones con el Cliente para obtener más información); • obtener un referido del PCP; • cumplir los criterios adicionales del programa, como seguridad en el hogar y función cognitiva.	
Exámenes de detección del VIH Para personas que piden exámenes de detección del VIH o que tienen un riesgo mayor de sufrir VIH, cubrimos: • Un examen de detección cada 12 meses Para las mujeres embarazadas, cubrimos lo siguiente: • Hasta tres exámenes de detección durante un embarazo	No hay coaseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este examen de detección de VIH cubierto por Medicare.
Atención en una agencia de atención médica a domicilio Antes de recibir servicios de salud a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita estos servicios e indicará que una agencia de atención médica a domicilio los proporcione. Debe estar confinado en el hogar, lo que significa que salir de casa es mucho esfuerzo.	Usted pagará $0 por los servicios de atención médica a domicilio cubiertos por Medicare.

Los servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios de auxiliar de salud a domicilio y de enfermería especializada intermitente o de medio tiempo (se cubrirá según el beneficio de atención médica a domicilio; los servicios de auxiliar de salud a domicilio y de enfermería especializada combinados deben totalizar menos de 8 horas diarias y 35 horas a la semana) • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipos y suministros médicos	
Terapia de infusión a domicilio* La terapia de infusión a domicilio implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en el hogar. Los componentes necesarios para realizar la infusión a domicilio incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), equipo (por ejemplo, una bomba) y suministros (por ejemplo, tubos y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios profesionales, incluidos servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con el plan de atención • Capacitación y educación para pacientes que no estén cubiertos por el beneficio de equipo médico duradero • Monitoreo remoto • Servicios de monitoreo para la prestación de la terapia de infusión a domicilio y medicamentos de infusión a domicilio proporcionados por un proveedor calificado de terapia de infusión a domicilio	Usted pagará $0 por servicios de terapia de infusión a domicilio cubiertos por Medicare. El *Directorio de farmacias* 2021 indica los proveedores de infusión a domicilio en nuestra red. Hay un *Directorio de farmacias* actualizado en nuestro sitio web www.thpmp.org. También puede llamar a Relaciones con el Cliente para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos por correo una copia del *Directorio de farmacias*.

* Excepto en una emergencia, es posible que se requiera autorización previa antes de recibir este servicio.

Los servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Cuidados de hospicio Puede recibir atención de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. Es elegible para los beneficios de cuidados de hospicio cuando el médico y el director médico del centro de cuidados de hospicio le han dado un pronóstico terminal que certifique que tiene una enfermedad terminal y tiene 6 meses o menos de vida si la enfermedad sigue su curso normal. El médico de cuidados de hospicio puede ser un proveedor de la red o fuera -de la red. Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Medicamentos para controlar los síntomas y aliviar el dolor • Cuidado de relevo a corto plazo • Atención en el hogar <u>Para servicios de cuidados de hospicio y servicios que están cubiertos por Medicare Part A o Part B y están relacionados con el pronóstico terminal:</u> Original Medicare (en lugar de su plan) pagará por los servicios de cuidados de hospicio y servicios de Part A y Part B relacionados con el pronóstico terminal. Mientras está en el programa de hospicio, Original Medicare será el proveedor de servicios de cuidados de hospicio que Original Medicare paga. <u>Para servicios que están cubiertos por Medicare Part A o Part B y que no están relacionados con el pronóstico terminal:</u> Si necesita servicios que no -son de emergencia ni de urgencia, que están cubiertos por Medicare Part A o Part B y que no están relacionados con su pronóstico terminal, el costo por estos servicios depende de si usa un proveedor de la red de nuestro plan: • Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red, solo paga la cantidad de costos compartidos del plan por los servicios dentro de la red. • Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor -fuera de la red, paga el costo compartido según Medicare de pago por servicio (Original Medicare).	Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, Original Medicare paga los servicios de cuidados de hospicio y los servicios de Part A y Part B relacionados con el pronóstico terminal, no Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No Rx.

Los servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Para servicios que están cubiertos por Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No Rx, pero que no están cubiertos por Medicare Part A o Part B: Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No Rx seguirá con la cobertura de los servicios cubiertos del plan que no estén cubiertos por Medicare Part A o Part B independientemente de que estén o no relacionados con su pronóstico terminal. Usted pagará la cantidad de costos compartidos del plan por estos servicios. **Tome en cuenta lo siguiente:** Si necesita atención que no es de hospicio (atención que no está relacionada con el pronóstico terminal), debería comunicarse con nosotros para coordinar estos servicios. Nuestro plan cubre los servicios de consulta de cuidados de hospicio para una persona con una enfermedad terminal que no ha elegido el beneficio de hospicio.	
Vacunas Los servicios de Medicare Part B cubiertos son, entre otros: • Vacuna contra la neumonía • Vacunas contra la gripe, una vez cada temporada de gripe en el otoño e invierno, con vacunas adicionales si es médicamente necesario • Vacuna contra la hepatitis B si tiene un riesgo alto o medio de contagio • Otras vacunas si está en riesgo y cumple las reglas de cobertura de Medicare Part B	No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por las vacunas contra la neumonía, la influenza y la hepatitis B.
Evaluación de seguridad en el hogar **Servicio adicional cubierto por Tufts Health Plan Medicare Preferred** La evaluación de seguridad en el hogar se realiza cuando el PCP o el administrador de casos del miembro la recomiendan. Esta evaluación es para miembros que no califican para la evaluación de seguridad en el hogar de Original Medicare. La evaluación de seguridad en el hogar incluye la evaluación del riesgo de caída del miembro y se realiza lo siguiente:	Usted pagará $0 por una evaluación de seguridad en el hogar. No necesita un referido para este servicio, pero debe obtener la evaluación de seguridad en el hogar de un proveedor del plan.

Los servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
1. Examen de levantarse y caminar 2. Revisión de medicamentos 3. Antecedentes detallados de caídas, problemas de equilibrio o incontinencia 4. Una evaluación de si el dolor o los problemas en las articulaciones pueden contribuir al riesgo de caídas 5. Un examen de detección de la audición y la vista 6. La evaluación de habitaciones comunes en el hogar (sala, cocina, cuarto y baño) para riesgos en el entorno (tapetes, cables, iluminación, pasamanos)	
Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados* Incluye hospitales de atención aguda o rehabilitación para pacientes hospitalizados, hospitales de cuidados a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados. La atención hospitalaria para pacientes hospitalizados comienza el día en que usted es ingresado formalmente al hospital con una orden del médico. El día antes de su alta es su último día como paciente hospitalizado. <u>Para atención en un hospital de atención aguda general</u>, usted está cubierto por los días que sean médicamente necesarios, no hay límite. Los períodos de beneficios de Medicare no se aplican a estadías en hospitales de atención aguda. <u>Para atención en un hospital de rehabilitación o de atención aguda a largo plazo,</u> usted está cubierto hasta por 90 días por cada período de beneficios. Puede usar sus 60 días de reserva vitalicia para complementar la atención en un hospital de rehabilitación o de atención a largo plazo. La cobertura está limitada por el uso anterior, parcial o total de estos días, que solo pueden usarse una vez en la vida. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario)	<u>Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados</u> Cada vez que ingresa a un hospital de atención aguda, usted paga $275 por día para los días 1 a 5 y $0 después del día 5. Esto se aplica a todas las hospitalizaciones, lo que incluye el traslado desde otro centro, como un centro de rehabilitación aguda o de enfermería especializada. <u>Servicios de rehabilitación aguda</u> Cada vez que ingresa a un hospital de rehabilitación aguda o de atención aguda a largo plazo, usted paga $275 por día para los días 1 a 5 y $0 después del día 5 por hasta 90 días en un período de beneficios para servicios recibidos cubiertos por Medicare en un hospital de rehabilitación aguda o de

* Excepto en una emergencia, es posible que se requiera autorización previa antes de recibir este servicio.

Los servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
• Comidas que incluyen dietas especiales • Servicios de enfermería regular • Costos de unidades de cuidados especiales (como unidades de cuidado intensivo o de atención coronaria) • Fármacos y medicamentos • Análisis de laboratorio • Radiografías y otros servicios radiológicos • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios • Uso de dispositivos, como sillas de ruedas • Costos de quirófanos y salas de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje • Servicios por consumo excesivo de sustancias para pacientes hospitalizados • En ciertas condiciones, los siguientes tipos de trasplantes están cubiertos: de córnea, de riñón, de riñón y páncreas, de corazón, de hígado, de pulmón, de pulmón y corazón, de médula ósea, de células madre y de intestino o multivisceral. Si necesita un trasplante, haremos los arreglos para que un centro de trasplante aprobado por Medicare revise su caso, el que decidirá si es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplante pueden estar dentro o fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red están fuera del perímetro de atención de la comunidad, puede escoger ir a uno local, siempre y cuando los proveedores de trasplante locales estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No Rx provee servicios de trasplante en una ubicación fuera del perímetro de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige recibir los trasplantes en una ubicación más lejana, coordinaremos o pagaremos los costos de alojamiento y transporte adecuados para usted y un acompañante. Por lo general, los trasplantes solo están cubiertos en nuestra área de servicio. • Sangre, lo que incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa o glóbulos rojos concentrados comienza con la primera pinta de sangre que necesita. • Servicios médicos	atención aguda a largo plazo. Un período de beneficios comienza el primer día que va a un centro para pacientes hospitalizados o centro de enfermería especializada cubiertos por Medicare. El período de beneficios termina cuando no ha sido un paciente hospitalizado en algún hospital o SNF durante 60 días seguidos. Si tiene que ir al hospital (o SNF) después de que ha finalizado un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. No hay límites para la cantidad de períodos de beneficios que usted puede tener. Si obtiene atención autorizada de paciente hospitalizado en un hospital fuera de la red después de estabilizar una afección de emergencia, su costo corresponderá a los costos compartidos que pagaría en un hospital de la red.

Los servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Tome en cuenta lo siguiente: Para ser un paciente hospitalizado, el proveedor deber escribir una orden para ingresarlo formalmente como paciente hospitalizado del hospital. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, usted podría seguir siendo considerado un "paciente externo". Si no está seguro de si es un paciente hospitalizado o externo, debe preguntar al personal del hospital. También puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare llamada "Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!" ("¿Es usted un paciente hospitalizado o un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡pregunte!"). Esta hoja informativa está disponible en la web en www.medicare.gov/pubs/pdf/11435-are-you-an-inpatient-or-outpatient.pdf o si llama al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar gratis a estos números 24 horas al día, 7 días a la semana.	
Atención de salud mental de pacientes hospitalizados Los servicios cubiertos incluyen servicios médicos de salud mental que requieren una hospitalización. Hay un límite de 190 días de por vida para servicios de consumo excesivo de sustancias y de salud mental prestados en un hospital psiquiátrico independiente. El beneficio está limitado por el uso previo parcial o completo de un tratamiento de 190 días de por vida en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de consumo excesivo de sustancias o de salud mental prestados en una unidad psiquiátrica de un hospital general. Para servicios por consumo excesivo de sustancias o de salud mental para pacientes hospitalizados, deberá usar el hospital dentro del círculo de referidos del proveedor primario de cuidados médicos (PCP) designado para los servicios de salud mental. Es posible que esto exija un traslado del hospital que el PCP usa para servicios médicos y quirúrgicos al centro designado para los servicios de salud mental.	Cada vez que ingresa a un hospital psiquiátrico para recibir servicios cubiertos, usted paga $275 por día para los días 1 a 5 y $0 después del día 5. Usted tiene un beneficio de salud mental de paciente hospitalizado de máximo 190 días de por vida. Usted paga $275 por día para los días 1 a 5 y $0 después del día 5 por cada estadía relacionada con salud mental o consumo excesivo de sustancias en un hospital general. El límite de 190 días de por vida no se aplica a estadías en un hospital general de atención aguda.

Los servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Estadía de pacientes hospitalizados: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una estadía de paciente hospitalizado no cubierta Si ha agotado sus beneficios de paciente hospitalizado o si la estadía de paciente hospitalizado no es razonable ni necesaria, no cubriremos la estadía. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que recibe mientras está en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios médicos • Exámenes de diagnóstico (como análisis de laboratorio) • Radiografías, radioterapia y terapia isotópica, que incluyen materiales y servicios de técnicos • Vendaje quirúrgico • Los entablillados, yesos y otros dispositivos usados para reducir fracturas y dislocaciones • Los aparatos prostéticos y ortopédicos (no dentales) que reemplazan la totalidad o parte de un órgano corporal (incluye tejido adyacente) o la totalidad o parte de la función de un órgano corporal interno que no está en funcionamiento o funciona de manera deficiente, así como reemplazo o reparaciones de esos aparatos • Aparatos ortopédicos para pierna, brazo, espalda y cuello; bragueros y piernas, brazos y ojos artificiales, que incluyen ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debido a fractura, desgaste, pérdida o cambio en la condición física del paciente • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional	Usted pagará $0 por servicios cubiertos por Medicare proporcionados en el hospital o centro de enfermería especializada (SNF).
Terapia médica de nutrición Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedad renal (riñón) sin diálisis o después de un trasplante de hígado indicado por el médico. Cubrimos 3 horas de servicios de orientación cara a cara durante el primer año después de que recibe los servicios de terapia médica de nutrición según Medicare (esto incluye nuestro plan, algún otro plan Medicare Advantage u Original Medicare) y 2 horas cada año después de eso. Si su condición, tratamiento o diagnóstico cambian, es posible que pueda recibir más horas de tratamiento con la orden de un médico.	No hay coaseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para los servicios de terapia médica de nutrición cubiertos por Medicare.

Los servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Un médico debe recetar estos servicios y renovarlos una vez al año si el tratamiento es necesario para el año calendario siguiente.	
Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP) Los servicios del Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP por sus siglas en inglés) estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare por todos los planes de salud de Medicare. MDPP es una intervención estructurada para el cambio conductual en la salud que provee capacitación práctica en cambios a largo plazo en la dieta, aumento en la actividad física y estrategias para resolver problemas para superar los desafíos y mantener una baja de peso y un estilo de vida saludable.	No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por el beneficio de MDPP.
Medicamentos recetados de Medicare Part B* Estos medicamentos están cubiertos por Part B de Original Medicare. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura para estos medicamentos mediante nuestro plan. Los medicamentos cubiertos son, entre otros: • Medicamentos que, por lo general, no son autoadministrados por el paciente y se inyectan o infusionan mientras recibe servicios de un médico, como paciente externo en un hospital o en un centro de cirugía ambulatoria • Medicamentos que se administran con un equipo médico duradero (como un nebulizador) que fueron autorizados por el plan • Anticoagulantes que se autoadministran por inyección si tiene hemofilia • Medicamentos inmunosupresores si estaba inscrito en Medicare Part A en el momento del trasplante de órganos	Usted pagará el 20 % de coaseguro por los medicamentos recetados para quimioterapia de Medicare Part B. Usted pagará el 20 % de coaseguro por los medicamentos -recetados que no son para quimioterapia de Medicare Part B.

* Excepto en una emergencia, es posible que se requiera autorización previa antes de recibir este servicio.

Los servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
• Medicamentos inyectables para la osteoporosis si está confinado en el hogar, tiene una fractura ósea que un médico certifique que tiene relación con la osteoporosis posmenopausia y no puede -autoadministrarse el medicamento • Antígenos • Quimioterapia • Ciertos medicamentos orales para combatir el cáncer y las náuseas • Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, como heparina, el antídoto para la heparina cuando es médicamente necesario, anestésicos tópicos y estimulantes de la eritropoyesis (como Retacrit®) • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de enfermedades por inmunodeficiencia primaria También cubrimos algunas vacunas según el beneficio de medicamentos recetados de Part B.	
Exámenes de detección de la obesidad y terapia para fomentar una pérdida de peso sostenida Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos orientación intensiva para que pueda bajar de peso. Esta orientación está cubierta si la recibe en un entorno de atención primaria, donde puede coordinarse con su plan integral de prevención. Hable con el médico de atención primaria o profesional médico para obtener más información.	No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por los exámenes preventivos de detección y la terapia de la obesidad.
Servicios del programa de tratamiento de opioides Los servicios de tratamiento de trastornos por uso de opioides están cubiertos por Part B de Original Medicare. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura para estos servicios mediante nuestro plan. Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Los medicamentos para el tratamiento agonista y antagonista de opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA por sus siglas en inglés) y la entrega y administración de esos medicamentos, si corresponde. • Orientación para el consumo de sustancias • Terapia individual y grupal • Exámenes toxicológicos	Usted pagará $25 por encuentro como parte de un programa de tratamiento de opioides cubierto por Medicare. Se necesita un referido para este servicio.

Los servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Exámenes de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos* Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:	
• Radiografías	Usted pagará $10 por día por radiografías cubiertas por Medicare. Solo se pagará un copago por día incluso si se hacen varias radiografías.
• Radioterapia y terapia isotópica, que incluye materiales y suministros técnicos	Usted pagará $60 por día por consultas de radioterapia cubiertas por Medicare.
• Suministros quirúrgicos, como vendajes • Los entablillados, yesos y otros dispositivos usados para reducir fracturas y dislocaciones	Usted pagará $0 por suministros quirúrgicos cubiertos por Medicare.
• Análisis de laboratorio	Usted pagará $0 por una prueba inmunoquímica fecal (FIT) cubierta por Medicare. Usted pagará $10 por día por otras pruebas de laboratorio cubiertas por Medicare que no sean pruebas FIT. Este copago no se aplica a extracciones de sangre ni exámenes de índice internacional normalizado o INR (exámenes anticoagulantes). Solo se pagará un copago por día incluso si se hacen varios exámenes de laboratorio.

* Excepto en una emergencia, es posible que se requiera autorización previa antes de recibir este servicio.

Los servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
	Consulte "Exámenes de detección de cáncer colorrectal" en este cuadro para conocer los costos compartidos que paga por las pruebas FIT como parte de un examen de detección de cáncer colorrectal.
• Sangre, lo que incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa o glóbulos rojos concentrados comienza con la primera pinta de sangre que necesita.	Usted pagará $0 por servicios sanguíneos cubiertos por Medicare.
• Servicios radiológicos de diagnóstico, como ecografía, imágenes cardíacas nucleares, PET, MRI y TC	Usted pagará $100 por día por una ecografía cubierta por Medicare. Usted pagará $250 por día por otros servicios de radiología de diagnóstico cubiertos por Medicare que no sean ecografías.
• Otros exámenes de diagnóstico para pacientes externos. Como, entre otros, estudios del sueño, electrocardiograma, pruebas de esfuerzo, estudios vasculares y pruebas de capacidad respiratoria.	Usted pagará $10 por día por las pruebas de diagnóstico para pacientes externos cubiertas por Medicare. Solo se pagará un copago por día incluso si se hacen varios exámenes. Si se somete a múltiples servicios prestados por distintos proveedores, se aplicarán costos compartidos por separado según corresponda. Antes de recibir servicios de radiología de terapia o de diagnóstico, como radiografías, ecografías, PET, MRI, TC o servicios de radioterapia, primero debe obtener una orden por escrito o receta del PCP o el

Los servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
	especialista al que lo refirió el PCP, si corresponde.
Observación hospitalaria de pacientes externos Los servicios de observación son servicios hospitalarios de pacientes externos que se proporcionan para determinar si necesita ser ingresado como paciente hospitalizado o puede recibir el alta. Para que los servicios de observación hospitalaria de pacientes externos estén cubiertos, deben cumplir los criterios y ser considerados como razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo cuando se proveen según la orden de un médico u otra persona autorizada por la Ley Estatal de Acreditación y los Reglamentos para Personal Hospitalario para ingresar pacientes al hospital u ordenar exámenes para pacientes externos. **Tome en cuenta lo siguiente:** A menos que el proveedor haya escrito una orden para ingresarlo como paciente hospitalizado en el hospital, usted es un paciente externo y paga las cantidades de costos compartidos por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, usted podría seguir siendo considerado un "paciente externo". Si no está seguro de si es un paciente externo, debe preguntar al personal del hospital. También puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare llamada "Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare - Ask!" ("¿Es usted un paciente hospitalizado o un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡pregunte!"). Esta hoja informativa está disponible en la web en www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-are-you-an-inpatient-or-outpatient.pdf o si llama al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar gratis a estos números 24 horas al día, 7 días a la semana.	Usted pagará $0 por hospitalización para observación. Si recibe servicios adicionales ambulatorios mientras está bajo observación, se pueden aplicar costos compartidos adicionales.

Los servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Servicios hospitalarios para pacientes externos* Cubrimos servicios médicamente necesarios para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión que recibe en un departamento para pacientes externos de un hospital. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios en un departamento de emergencia o en una clínica para pacientes externos, como servicios de observación o cirugía ambulatoria • Análisis de laboratorio y de diagnóstico facturados por el hospital • Atención de salud mental, como atención en un programa de hospitalización-parcial, si un médico certifica que sería necesario un tratamiento de paciente hospitalizado si no se proporciona esa atención • Radiografías y otros servicios radiológicos facturados por el hospital • Suministros médicos, como entablillados y yesos • Ciertos medicamentos y sustancias biológicas que puede autoadministrarse **Tome en cuenta lo siguiente:** A menos que el proveedor haya escrito una orden para ingresarlo como paciente hospitalizado en el hospital, usted es un paciente externo y paga las cantidades de costos compartidos por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, usted podría seguir siendo considerado un "paciente externo". Si no está seguro de si es un paciente externo, debe preguntar al personal del hospital. También puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare llamada "Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!" ("¿Es usted un paciente hospitalizado o un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡pregunte!"). Esta hoja informativa está disponible en la web en www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-are-you-an-inpatient-or-outpatient.pdf o si llama al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar gratis a estos números 24 horas al día, 7 días a la semana.	Usted pagará $110 por cada visita cubierta por Medicare a la sala de emergencias. Usted pagará $250 por día para procedimientos y servicios ambulatorios, los que incluyen, entre otros, cirugía ambulatoria realizada en un hospital para pacientes externos o un centro quirúrgico ambulatorio. Antes de que reciba servicios hospitalarios para pacientes externos, primero debe obtener un referido del PCP.

* Excepto en una emergencia, es posible que se requiera autorización previa antes de recibir este servicio.

Los servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Atención de salud mental ambulatoria Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: Los servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico con licencia estatal, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermera practicante, asistente médico u otro profesional del cuidado de la salud mental calificado por Medicare, según lo autorizado por las leyes estatales vigentes.	Usted pagará $25 por cada consulta de terapia individual o grupal para servicios de salud mental cubiertos por Medicare para pacientes externos. Usted pagará $0 por citas breves en el consultorio (máximo 15 minutos) con el propósito exclusivo de controlar o cambiar medicamentos. Antes de que reciba servicios de un especialista, primero debe obtener un referido del PCP.
Servicios de rehabilitación para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación para pacientes externos se proveen en distintos entornos ambulatorios, departamentos para pacientes externos en un hospital, consultorios de terapias independientes y centros de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF).	Usted pagará $30 por cada consulta de fisioterapia cubierta por Medicare. Usted pagará $30 por cada consulta de terapia ocupacional o terapia del habla/lenguaje, sin importar el entorno ambulatorio. Usted pagará $0 por una consulta de fisioterapia o terapia ocupacional, de hasta 15 minutos, después de- un procedimiento quirúrgico ambulatorio antes del alta.

Los servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
	Antes de que reciba servicios de terapia ocupacional, fisioterapia o terapia del habla y del lenguaje, debe obtener un referido del PCP. Usted pagará $0 por consultas de terapia de rehabilitación cardíaca y pulmonar cubiertas por Medicare. No necesita un referido para los servicios de terapia de rehabilitación cardíaca y pulmonar.
Servicios por consumo excesivo de sustancias para pacientes externos La cobertura de Medicare Part B está disponible para servicios de tratamiento que se proveen en un departamento para pacientes externos en un hospital a pacientes que, por ejemplo, han recibido el alta después de una hospitalización para el tratamiento del consumo excesivo de sustancias o que necesitan tratamiento, pero no la disponibilidad e intensidad de los servicios que solo se encuentran en un entorno hospitalario para pacientes hospitalizados. La cobertura disponible para estos servicios está sujeta a las mismas reglas que, por lo general, se aplican a la cobertura de servicios hospitalarios para pacientes externos.	Usted pagará $25 por cada consulta de terapia individual o grupal para servicios por consumo excesivo de sustancias cubiertos por Medicare para pacientes externos. Usted pagará $0 por servicios de hospitalización parcial si un proveedor de la red certifica que el tratamiento para pacientes hospitalizados sería necesario sin ella. Antes de que reciba servicios de un especialista, primero debe obtener un referido del PCP.

Los servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Cirugía ambulatoria, que incluye servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros de cirugía ambulatoria* **Tome en cuenta lo siguiente:** Si se va a someter a una cirugía en un centro hospitalario, debería consultar con el proveedor si será un paciente externo u hospitalizado. A menos que el proveedor escriba una orden para ingresarlo como paciente hospitalizado en el hospital, usted es un paciente externo y paga las cantidades de costos compartidos por cirugía ambulatoria. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, usted podría seguir siendo considerado un "paciente externo".	Usted pagará $0 por colonoscopias cubiertas por Medicare. Usted pagará $250 por día para otros procedimientos y servicios ambulatorios, incluyendo, entre otros, endoscopia de diagnóstico y terapéutica, y cirugía ambulatoria realizada en un hospital para pacientes externos o un centro quirúrgico ambulatorio. Consulte "Exámenes de detección de cáncer colorrectal" en este cuadro para conocer los costos compartidos que paga por un examen de detección de cáncer colorrectal. Usted no paga copago por cirugía ambulatoria si lo ingresan como paciente hospitalizado en el hospital por la misma afección dentro de 24 horas después de un procedimiento o cirugía ambulatorios (consulte "Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados" en este cuadro para conocer los costos compartidos que se aplican en este caso). Si lo dejan hospitalizado bajo observación, aún se aplica el copago.

* Excepto en una emergencia, es posible que se requiera autorización previa antes de recibir este servicio.

Los servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
	Antes de que reciba servicios de un especialista, primero debe obtener un referido del PCP.
Servicios de hospitalización parcial "Hospitalización parcial" es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo prestado como un servicio hospitalario ambulatorio o por un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del médico o del terapeuta y es una alternativa a la hospitalización del paciente.	Usted pagará $0 por servicios de hospitalización parcial si un proveedor de la red certifica que el tratamiento para pacientes hospitalizados sería necesario sin ella.
Servicios médicos, como citas en el consultorio del médico Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • La atención médica o los servicios quirúrgicos médicamente necesarios prestados en el consultorio del médico, centro certificado de cirugía ambulatoria, departamento para pacientes externos en un hospital o cualquier otro centro • Consulta, diagnóstico y tratamiento con un especialista • Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por el PCP o especialista, si el médico los ordena para ver si usted necesita tratamiento médico • Servicios de Telehealth para visitas mensuales relacionadas con la enfermedad renal en etapa terminal para miembros de diálisis a domicilio en un centro de diálisis renal hospitalario u hospitalario de acceso crítico, centro de diálisis renal o en el hogar del miembro • Servicios de Telehealth para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular • Chequeos virtuales (por ejemplo, por teléfono o videoconferencia) con su médico durante 5 a 10 minutos **si**: o Usted no es un paciente nuevo **y**	Usted pagará $10 por cada consulta o cita cubierta en un centro para pacientes externos con el PCP u otro proveedor primario de cuidados médicos. Usted pagará $40 por cada consulta o cita cubierta en un centro para pacientes externos con un especialista. Usted pagará el costo compartido que se aplica a los servicios de atención primaria o los servicios de un médico especialista por los servicios de Telehealth cubiertos por Medicare recibidos de su PCP o un especialista, respectivamente (como se describe en esta sección, "Servicios médicos, como citas en el consultorio del médico").

Los servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
○ El chequeo no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos 7 días **y** ○ El chequeo no conduce a una visita al consultorio dentro de las 24 horas o la cita más pronto disponible • Evaluación de videos o imágenes que envíe a su médico e interpretación y seguimiento por parte de su médico dentro de las 24 horas **si**: ○ Usted no es un paciente nuevo **y** ○ La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días **y** ○ la evaluación no conduce a una visita al consultorio dentro de las 24 horas o la cita más pronto disponible • Consulta que su médico tenga con otros médicos por teléfono, Internet o registro de salud electrónico **si** usted no es un paciente nuevo • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía • Atención dental que no es de rutina (los servicios cubiertos están limitados a cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas, compostura de fracturas de la mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación en caso de enfermedad neoplásica por cáncer o servicios que estarían cubiertos cuando los provee un médico) • Examen médico anual (un examen más a fondo que la consulta anual de bienestar. Los servicios incluirán lo siguiente: exámenes de los sistemas corporales, como corazón, pulmones, cabeza y cuello y sistema neurológico; medición y registro de signos vitales como presión arterial, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria; una revisión completa de las recetas médicas y una revisión de hospitalizaciones recientes). Con cobertura una vez cada año calendario • Citas de seguimiento en el consultorio después del alta del hospital, SNF, hospitalizaciones en centros comunitarios de salud mental, observación de paciente externo u hospitalización parcial	Usted pagará $0 por consultas con el PCP, la enfermera acreditada/enfermera practicante o en una clínica anticoagulante cuando solo acude por un examen de índice internacional normalizado o INR (consulta -anticoagulante). Usted pagará $0 por un examen médico anual. Si recibe servicios que tratan una afección durante la misma cita en el consultorio, pagará un copago de $10 por cita en el consultorio del PCP. Si recibe servicios adicionales, es posible que se apliquen costos -compartidos adicionales. Usted pagará $0 por una consulta después del alta del hospital, SNF, hospitalización en centros comunitarios de salud mental, observación de paciente externo u hospitalización parcial que cumplen los requisitos según lo definido por Medicare. Usted pagará $0 por una cita para cuidados paliativos en el consultorio. Antes de que reciba servicios de un especialista, primero debe obtener un referido del PCP.

Los servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
• Servicios de Telehealth adicionales no cubiertos por Medicare, que incluyen: o Servicios de médico de atención primaria o Servicios de médico especialista o Sesiones individuales para servicios especializados de salud mental o Sesiones individuales para servicios de psiquiatría o Servicios del programa de tratamiento de opioides o Servicios de observación o Sesiones individuales para servicios por consumo excesivo de sustancias para pacientes externos • La cobertura adicional de Telehealth incluye solo consultas sincrónicas audiovisuales con su médico utilizando un software de comunicación compatible con la Ley de Transferencia y Responsabilidad de los Seguros Médicos (HIPAA por sus siglas en inglés) • Los servicios de Telehealth adicionales están cubiertos con sus proveedores existentes desde cualquier ubicación	Consulte "Cirugía ambulatoria, que incluye servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros de cirugía ambulatoria" en este cuadro para conocer el copago que paga por procedimientos y servicios ambulatorios, como, entre otros, endoscopia de diagnóstico y terapéutica y cirugía ambulatoria en un hospital para pacientes externos o centros de cirugía ambulatoria. Usted pagará $10 por cada consulta o cita de Telehealth cubierta en un centro para pacientes externos con el PCP u otro proveedor primario de cuidados médicos. Usted pagará $40 por cada consulta o cita de Telehealth cubierta en un centro para pacientes externos con un especialista. Usted pagará $25 por cada consulta de terapia individual a través de Telehealth para los servicios de salud mental cubiertos por Medicare para pacientes externos.

Los servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
• Tiene la opción de recibir estos servicios a través de una visita en persona o mediante Telehealth. Si elige recibir uno de estos servicios a través de Telehealth, debe utilizar un proveedor de la red que actualmente ofrezca el servicio a través de Telehealth.	Usted pagará $25 por encuentro a través de Telehealth como parte de un programa de tratamiento de opioides cubierto por Medicare. Usted pagará $0 por los servicios de observación de Telehealth. Si recibe servicios adicionales para pacientes externos mientras está en observación, se pueden aplicar costos compartidos adicionales. Usted pagará $25 por cada consulta de terapia individual a través de Telehealth para servicios por consumo excesivo de sustancias cubiertos por Medicare para pacientes externos. Antes de que reciba servicios de Telehealth adicionales de un especialista, primero debe obtener un referido del PCP.
Servicios de podología Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie (como dedo martillo o espolones) • Cuidado rutinario de los pies para miembros con ciertas afecciones que afectan las extremidades inferiores (como, entre otras, la diabetes)	Usted pagará $40 por cada consulta cubierta por Medicare. Antes de que reciba servicios de podología, primero debe obtener un referido del PCP.

Los servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Exámenes de detección del cáncer de próstata Para hombres de 50 años de edad o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes (una vez cada 12 meses): • Examen de tacto rectal • Examen del antígeno específico de la próstata (PSA)	No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por el examen anual del PSA.
Dispositivos protésicos y suministros relacionados*[1] Aparatos (no dentales) que reemplazan la totalidad o parte de una parte o función del organismo. Esto incluye, entre otros, bolsas y suministros para colostomía que se relacionan directamente con el cuidado de la colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, calzado ortopédico, extremidades artificiales y prótesis de seno (incluye un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con los dispositivos protésicos, así como la reparación o reemplazo de estos. También incluye cobertura después de la extracción de cataratas o cirugía de cataratas. Para obtener información más detallada, consulte "Atención de la vista" más adelante en esta sección. **Beneficios adicionales cubiertos por Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No Rx*[2]** Las medias de compresión gradiente o medias quirúrgicas están cubiertas para miembros con edema periférico de las extremidades inferiores, insuficiencia venosa sin úlceras por estasis, linfedema, varicositis sintomática, síndrome postrombótico (síndrome posflebítico) o hipotensión postural o para prevenir la reaparición de úlceras por estasis que han cicatrizado. Medias de compresión gradiente: hasta 2 pares cada 6 meses O medias quirúrgicas: hasta 2 pares cada 6 meses.	Usted pagará el 20 % de coaseguro cuando un proveedor de la red emite una receta a un abastecedor de DME u órtesis y prótesis (O&P) de la red en el círculo de referidos de su PCP. La calificación de cada artículo depende de los criterios indicados. Usted pagará el 20 % de coaseguro cuando un proveedor de la red emite una receta a un abastecedor de DME u órtesis y prótesis (O&P) de la red en el círculo de referidos de su PCP.

*[1] Salvo en una emergencia, es posible que necesite una autorización previa antes de obtener dispositivos protésicos y suministros relacionados.

*[2] Excepto en una emergencia, es posible que se requiera autorización previa antes de obtener beneficios cubiertos adicionales.

Los servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Mangas para mastectomía para miembros con diagnóstico de linfedema posterior- a una mastectomía: hasta 2 mangas cada 6 meses. Tome en cuenta lo siguiente: Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No Rx seguirá con la cobertura de las medias de compresión gradiente de acuerdo con las pautas de cobertura de Medicare para insuficiencia venosa con úlceras por estasis. **Suministros médicos** Son artículos u otros materiales médicamente necesarios que se usan una vez y se desechan o, de alguna forma, se agotan. Incluyen, entre otros, catéteres, gasa, suministros para vendajes quirúrgicos, vendas, agua estéril y suministros para traqueotomía.	La calificación de cada artículo depende de los criterios indicados. Usted pagará $0 por suministros médicos cubiertos por Medicare.
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) moderada a muy grave y una orden para rehabilitación pulmonar del médico que trata la enfermedad respiratoria crónica.	Usted pagará $0 por servicios cubiertos por Medicare.
Exámenes de detección y orientación para reducir el consumo excesivo de alcohol Cubrimos un examen de detección para reducir el consumo excesivo de alcohol para adultos con Medicare (incluye mujeres embarazadas) que consumen alcohol en exceso, pero no son dependientes del alcohol. Si el resultado es positivo para el consumo excesivo de alcohol, puede obtener hasta 4 sesiones breves de orientación en persona al año (si se muestra competente y alerta durante la orientación), proporcionadas por un médico calificado de atención primaria o profesional de la salud en un entorno de atención primaria.	No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo de exámenes de detección y orientación para reducir el consumo excesivo de alcohol cubierto por Medicare.
Exámenes de detección de cáncer de pulmón con una tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) Para personas calificadas, se cubre una tomografía computarizada de baja dosis (LDCT por sus siglas en inglés) cada 12 meses.	No debe pagar coaseguro, copago ni deducible para la consulta de orientación y de toma de decisiones en conjunto o para la LDCT

Los servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Los miembros elegibles son: personas entre los 55 y los 77 años que no tienen señales ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de tabaquismo de al menos 30 cajetillas al año y que actualmente fuman o han dejado de fumar dentro de los últimos 15 años, que reciben una orden por escrito para una LDCT durante una orientación de exámenes de detección de cáncer de pulmón y una consulta de toma de decisiones en conjunto que cumple los criterios de Medicare para esas consultas, que fueron realizadas por un médico o profesional de la salud calificado, distinto a un médico. *Para las pruebas de detección de cáncer de pulmón con LDCT después de la prueba de detección inicial con LDCT:* los miembros deben recibir una orden por escrito para el examen de detección de cáncer de pulmón con LDCT, que puede realizarse durante cualquier consulta adecuada con un médico o profesional de la salud calificado que no es médico. Si un médico o profesional de la salud calificado que no es médico decide proveer una orientación sobre exámenes de detección de cáncer de pulmón y una consulta para tomar decisiones en conjunto para exámenes de detección de cáncer de pulmón con LDCT posteriores, la consulta debe cumplir los criterios de Medicare para esas consultas.	cubiertas por Medicare.
Exámenes de detección de infecciones de transmisión sexual (STI) y orientación para prevenirlas Cubrimos exámenes de detección de infecciones de transmisión sexual (STI por sus siglas en inglés) para clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estos exámenes de detección están cubiertos para mujeres embarazadas y ciertas personas que tienen un riesgo mayor de STI cuando los exámenes los ordena un proveedor primario de cuidados médicos. Cubrimos estos exámenes una vez cada 12 meses o en ciertas etapas durante el embarazo. También cubrimos hasta 2 sesiones de orientación conductual de alta intensidad individual, en persona, de 20 a 30 minutos, cada año para adultos sexualmente activos que tienen un riesgo mayor de sufrir STI. Solo cubriremos estas sesiones de orientación como un servicio preventivo si las provee un proveedor primario de cuidados médicos y se realizan en un entorno de atención primaria, como en el consultorio del médico.	No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo de exámenes de detección y orientación de STI cubierto por Medicare.

Los servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Servicios para tratar enfermedades del riñón Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Servicios de educación sobre enfermedades renales para enseñar la manera de cuidar los riñones y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su atención. Para los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV que fueron referidos por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación sobre enfermedades renales por toda la vida • Tratamientos de diálisis para pacientes externos (que incluyen tratamientos de diálisis cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio, según se explica en el Capítulo 3) • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si usted es hospitalizado para atención especial) • Capacitación en autodiálisis (comprende capacitación para usted y cualquier otra persona que lo ayude con los tratamientos de diálisis en el hogar) • Equipos y suministros para diálisis en el hogar • Ciertos servicios de apoyo en el hogar (como, cuando sea necesario, visitas de técnicos de diálisis para controlar el proceso de diálisis en su hogar, ayudarlo en caso de emergencia y controlar su equipo de diálisis y suministro de agua) Ciertos medicamentos para la diálisis tienen cobertura conforme a su beneficio de medicamentos de Medicare Part B. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de Part B, consulte la sección “Medicamentos recetados de Medicare Part B”.	Usted pagará el 20 % de coaseguro por servicios de diálisis cubiertos por Medicare dentro del área de servicio cuando lo ordene su PCP. No hay coaseguro por servicios de educación de enfermedad renal. No se necesita un referido para los servicios de diálisis.
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (Para ver una definición de “atención en un centro de enfermería especializada”, consulte el Capítulo 10 de este folleto. En ocasiones, a los centros de enfermería especializada se les denomina “SNF”). Usted está cubierto hasta por 100 días por cada período de beneficios. No se requiere hospitalización previa. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:	Por cada ingreso, pagará $20 por día durante los días 1 a 20 de un período de beneficios, $140 por día durante los días 21 a 44 de un período de beneficios y $0 por día durante los días 45 a 100 de un período de beneficios.

Los servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
• Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Comidas, que incluyen dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Medicamentos que se le administran como parte de su plan de atención (esto incluye sustancias que se presentan de forma natural en el organismo, como factores anticoagulantes). • Sangre, lo que incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa o glóbulos rojos concentrados comienza con la primera pinta de sangre que necesita. • Suministros médicos y quirúrgicos que por lo general los proporcionan en un SNF • Análisis de laboratorio que por lo general se realizan en un SNF • Radiografías y otros servicios radiológicos que por lo general se realizan en un SNF • Uso de dispositivos, como sillas de ruedas que por lo general se proveen en un SNF • Servicios médicos Por lo general, recibirá la atención de SNF en centros de la red. Sin embargo, en ciertas condiciones que se indican a continuación, es posible que pueda pagar costos compartidos dentro de la red por un establecimiento que no es un proveedor de la red si el establecimiento acepta la cantidad de pago de nuestro plan. • Una casa de reposo o comunidad de retiro con atención continua donde vivía justo antes de ir al hospital (siempre y cuando provea atención de enfermería especializada) • Un SNF donde su cónyuge vive en el momento en que recibe el alta del hospital	Un período de beneficios comienza el primer día que va a un centro para pacientes hospitalizados o centro de enfermería especializada cubiertos por Medicare. El período de beneficios termina cuando no ha sido un paciente hospitalizado en algún hospital o SNF durante 60 días seguidos. Si tiene que ir al hospital (o SNF) después de que ha finalizado un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. No hay límites para la cantidad de períodos de beneficios que usted puede tener.

Los servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Dejar de fumar o de consumir tabaco (orientación para dejar de fumar o de consumir tabaco) Si consume tabaco, pero no tiene señales ni síntomas de enfermedad relacionada con el tabaco: Cubrimos dos intentos de dejar de fumar con orientación dentro de un período de 12- meses como servicio preventivo sin costo para usted. Cada intento con orientación incluye hasta cuatro consultas en persona. Si consume tabaco y le han diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o toma medicamentos que pueden verse afectados por el tabaco: Cubrimos los servicios de orientación para dejar de fumar. Cubrimos dos intentos de dejar de fumar con orientación dentro de un período de 12 meses; sin embargo, usted pagará los costos compartidos que se aplican. Cada intento con orientación incluye hasta cuatro consultas en persona. La orientación telefónica para dejar de fumar también está disponible mediante QuitWorks. QuitWorks es un servicio gratuito basado en evidencias- para dejar de fumar, desarrollado por el Department of Public Health de Massachusetts. Si está listo para dejar de fumar o piensa hacerlo, pregúntele al médico sobre QuitWorks o visite www.makesmokinghistory.org o llame al 1-800-QUIT-NOW (1-800-784-8669).	No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por los beneficios preventivos para dejar de fumar o consumir tabaco cubiertos por Medicare.
Terapia de ejercicios supervisada (SET) La terapia de ejercicios supervisada (SET por sus siglas en inglés) está cubierta para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica sintomática (PAD por sus siglas en inglés). Hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas están cubiertas si se cumplen los requisitos del programa de SET. El programa de SET debe: • consistir en sesiones que duren entre 30 y 60 minutos, que comprenda un programa de capacitación de ejercicios terapéuticos para PAD en pacientes con claudicación; • realizarse en un entorno hospitalario para pacientes externos o en el consultorio del médico;	Usted pagará $0 por los servicios de terapia de ejercicios supervisada cubiertos por Medicare.

Los servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
• proporcionarlo personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios sean mayores que los daños y que estén capacitados en terapia de ejercicios para PAD; • proporcionarse bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico o enfermera practicante o especialista en enfermería clínica que deben estar capacitados tanto en técnicas básicas como avanzadas de apoyo de la vida. La SET puede estar cubierta por más de 36 sesiones durante 12 semanas, para un adicional de 36 sesiones durante un período extendido si un proveedor del cuidado de la salud estima que es médicamente necesaria.	
Servicios de urgencia Los servicios de urgencia se proveen para tratar enfermedades, lesiones o afecciones imprevistas que no son de emergencia, que requieren una atención médica inmediata. Proveedores de la red o fuera de la red pueden prestar los servicios de urgencia si los proveedores de la red no están temporalmente disponibles o accesibles. Los costos compartidos para servicios de urgencia prestados fuera de la red son los mismos que para esos servicios prestados dentro de la -red. Su plan incluye cobertura mundial para atención de urgencia.	Usted pagará $10 por cada cita cubierta en el consultorio del proveedor primario de cuidados médicos. Usted pagará $40 por cada cita cubierta en el consultorio de otros proveedores para servicios de urgencia. Usted pagará $110 por cada visita cubierta de atención de urgencia a una sala de emergencias. **No** puede evadir el copago si lo ingresan al hospital como paciente hospitalizado dentro de 24 horas por la misma condición.

Los servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Atención de la vista Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Servicios médicos para pacientes externos para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones del ojo, como tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes oftalmológicos de rutina (refracción ocular) para anteojos o lentes de contacto.	Usted pagará $40 por cada consulta para pacientes externos para servicios de diagnóstico o tratamientos de una enfermedad o afección del ojo cubierta por Medicare. Antes de recibir los servicios de un oftalmólogo para el diagnóstico o tratamiento de una afección de los ojos, debe obtener un referido del PCP. No se necesita un referido para ver un optometrista, pero debe ir a un proveedor de la red EyeMed Vision Care.
• Para personas que tienen un riesgo alto de glaucoma, cubriremos un examen de detección de glaucoma al año. Las personas con riesgo de glaucoma son, entre otros: personas con antecedentes familiares de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos que tienen más de 50 años e hispanoamericanos que tienen 65 años o más.	Usted pagará $0 por un examen anual de detección de glaucoma si tiene riesgo alto. No se necesita un referido para ver un optometrista, pero debe ir a un proveedor de la red EyeMed Vision Care.
• Para personas con diabetes, los exámenes de detección de retinopatía diabética están cubiertos una vez al año	Usted pagará $10 por un examen de detección de retinopatía diabética al año realizado por un PCP y $40 cuando el examen de detección lo realiza un especialista.

Los servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
• Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluye inserción de un lente intraocular. Lentes correctivos y marcos (y reemplazos) necesarios después de una extracción de cataratas sin implante de lente (ahumados, revestimiento antirreflejo, lentes con protección UV o lentes grandes están cubiertos solo cuando el médico tratante lo considera médicamente necesario).	Antes de recibir los servicios de un oftalmólogo para el diagnóstico o tratamiento de una afección de los ojos, debe obtener un referido del PCP. No se necesita un referido para ver un optometrista, pero debe ir a un proveedor de la red EyeMed Vision Care. Usted pagará $0 por un par de anteojos estándar con marcos estándar o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas cuando la receta es de un proveedor de la red EyeMed Vision Care. Usted pagará cualquier costo que supere el cargo permitido por Medicare si compra marcos que son superiores a los estándar. No se necesita un referido por este servicio, pero debe obtener anteojos cubiertos de un proveedor de la red EyeMed Vision Care.

Los servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
• Un par de anteojos terapéuticos (con receta) estándar por año calendario (incluye un par de marcos estándar y lentes monofocales, bifocales o trifocales) o lentes de contacto para queratocono, anisometropía, alta miopía, afaquia, afaquia congénita o pseudofaquia.	Usted pagará $0 por un par de anteojos estándar con marcos estándar o lentes de contacto para queratocono, anisometropía, alta miopía, afaquia, afaquia congénita o pseudofaquia. Usted pagará cualquier costo que supere el cargo permitido. No se necesita un referido por este servicio, pero debe obtener anteojos cubiertos de un proveedor de la red EyeMed Vision Care.
• Un examen oftalmológico de rutina cada año calendario	Usted pagará $15 por un examen oftalmológico anual de rutina. Si recibe servicios que tratan una afección durante la misma cita en el consultorio, pagará un copago de $40 por cita en el consultorio del especialista. No se necesita un referido para el examen oftalmológico anual de rutina, pero debe ir a un proveedor de la red EyeMed Vision Care.

Los servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
• Un par de anteojos estándar (lentes de venta con receta, marcos o una combinación de ambos) o lentes de contacto por año calendario. Este beneficio no puede combinarse con los beneficios de anteojos o lentes de contacto estándar descritos en las viñetas cuarta y quinta anteriores. Para comunicarse con EyeMed Vision Care en caso de que tenga preguntas sobre este beneficio, llame al 1-866-591-1863.	Para tener acceso al beneficio anual de anteojos, puede comprar los anteojos en cualquier proveedor. Si escoge un proveedor participante de EyeMed Vision Care, tendrá un beneficio de $150 por año calendario que se aplica en el momento del servicio y sería responsable de pagar cualquier saldo restante. El proveedor de EyeMed Vision Care procesará la reclamación. Si usa un proveedor no participante, necesitaría pagar desembolsos y solicitar un reembolso. Recibiría un reembolso de $90 por año calendario. Debe presentar una reclamación con EyeMed Vision Care para recibir el reembolso. Llame a Relaciones con el Cliente para obtener el formulario de reclamación. Se excluyen los artículos en oferta y este beneficio no puede combinarse con ningún otro descuento, cupón o código promocional de la tienda. Si el costo de los lentes excede el límite del beneficio, usted es responsable de todos los cargos adicionales.

Los servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
	El beneficio anual puede aplicarse a anteojos O lentes de contacto, pero no a los dos. El proveedor de servicios, anteojos o lentes de contacto del plan por atención rutinaria de la vista puede ser distinto al proveedor de servicios, anteojos o lentes de contacto del plan para tratar las condiciones descritas en las cinco primeras viñetas. Llame a Relaciones con el Cliente si tiene preguntas sobre los beneficios de la vista.
Consulta preventiva "Bienvenido a Medicare" El plan cubre la consulta preventiva única "Bienvenido a Medicare". La consulta incluye una revisión de su salud, así como educación y orientación sobre los servicios preventivos que necesita (incluye ciertos exámenes de prevención y vacunas) y referidos a otra atención, si es necesario. **Importante:** Cubrimos la consulta preventiva "Bienvenido a Medicare" solo dentro de los primeros 12 meses después de tener Medicare Part B. Cuando programe la cita, informe al consultorio del médico que quiere programar la consulta preventiva "Bienvenido a Medicare".	No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por la consulta preventiva "Bienvenido a Medicare".

Los servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Pelucas Las pelucas están cubiertas para miembros que experimentan caída del cabello debido al tratamiento para el cáncer. Para obtener este reembolso, presente un formulario de reembolso para miembro junto con un comprobante de pago y cualquier información adicional destacada en el formulario. Llame a Relaciones con el Cliente para solicitar un formulario de reembolso o visite nuestro sitio web www.thpmp.org. Envíe el formulario llenado con todos los documentos solicitados a la dirección que figura en el formulario. Si tiene preguntas, comuníquese con Relaciones con el Cliente.	El plan cubre hasta $500 por año calendario. Para tener acceso al beneficio de peluca, puede comprarla en cualquier proveedor. Si escoge un proveedor participante, tendrá un beneficio de $500 por año calendario que se aplica en el momento del servicio y sería responsable de pagar cualquier saldo restante. Además, tiene acceso a tarifas con descuento si prefiere a un proveedor participante. Puede encontrar proveedores participantes en el *Directorio de proveedores*. Si usa un proveedor no participante, necesitaría pagar desembolsos y solicitar un reembolso. Debe presentar una reclamación con el plan para recibir el reembolso. Llame a Relaciones con el Cliente para obtener el formulario de reclamación. Si el costo de la peluca excede el límite del beneficio ($500), usted es responsable de todos los cargos adicionales.

Los servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
	No se necesita un referido para este beneficio.

Sección 2.2 Beneficios “complementarios opcionales” adicionales que puede adquirir

Nuestro plan ofrece algunos beneficios adicionales que no están cubiertos por Original Medicare y no se incluyen en su paquete de beneficios como miembro del plan. Estos beneficios adicionales se llaman **“Beneficios complementarios opcionales”.** Si quiere estos beneficios complementarios opcionales, debe inscribirse y es posible que deba pagar una prima adicional por ellos. Los beneficios complementarios opcionales descritos en esta sección están sujetos al mismo proceso de apelaciones como cualquier otro beneficio.

Tufts Health Plan Medicare Preferred Dental Option es un paquete de beneficios complementarios opcionales. Esta cobertura dental no está cubierta por Original Medicare y no se incluye en su paquete de beneficios como miembro del plan. Si quiere estos beneficios complementarios opcionales, debe inscribirse y pagar una prima adicional. Los beneficios complementarios opcionales descritos en esta sección están sujetos al mismo proceso de apelaciones como cualquier otro beneficio. Este beneficio complementario opcional es administrado por Dominion National y está disponible para los miembros que se han inscrito en planes de Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO.

Si tiene preguntas adicionales sobre el plan Tufts Health Plan Medicare Preferred Dental Option, llame a Relaciones con el Cliente al número que aparece en la contratapa de este folleto.

¿Cómo funciona Tufts Health Plan Medicare Preferred Dental Option?

Los beneficios los proporciona Tufts Health Plan Medicare Preferred Dental Option solo para servicios prestados por un dentista que participa en la red de PPO de Dominion. Cualquier cantidad que deba pagar a los dentistas de la red se explica en el Cuadro de beneficios de Tufts Health Plan Medicare Preferred Dental Option a continuación. No se cubrirán los servicios prestados por proveedores no participantes.

Necesita mostrar su tarjeta de identificación de miembro del plan dental cuando acuda a la cita dental. El dentista de la red de PPO de Dominion presentará la reclamación directamente con Dominion después de prestar los servicios. Dominion hará los pagos directamente al dentista de la red de PPO de Dominion.

Comuníquese con Relaciones con el Cliente al número que aparece en la contratapa de este folleto si tiene alguna pregunta sobre reclamaciones dentales.

¿Cómo escoger un dentista de la red de PPO de Dominion?

Un dentista de la red es un dentista con licencia que ha firmado un contrato con Dominion para prestar servicios a las personas cubiertas. Para saber si el dentista es de la red de PPO de Dominion o si usted necesita un dentista nuevo, revise el *Directorio de dentistas* o comuníquese con Relaciones con el Cliente al número que aparece en la contratapa de este folleto.

Servicios dentales cubiertos de Tufts Health Plan Medicare Preferred Dental Option

Los servicios dentales cubiertos están sujetos a las limitaciones y exclusiones descritas en esta sección. Los servicios dentales descritos en esta sección son servicios dentales cubiertos cuando los provee un proveedor participante de la red de PPO de Dominion. No se necesita una autorización previa con este plan.

Beneficio complementario opcional: **Tufts Health Plan Medicare Preferred Dental Option**	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Tufts Health Plan Medicare Preferred Dental Option Tufts Health Plan Medicare Preferred Dental Option es un beneficio complementario opcional en el que debe inscribirse y pagar una prima adicional. Con este plan, obtiene servicios preventivos, como radiografías, limpiezas y controles de rutina. También tiene cobertura para servicios dentales de restauración mayores y menores sin período de espera. **El plan paga hasta el máximo por año calendario de $1,000. Todos los servicios cubiertos están sujetos al máximo por año calendario. Los servicios recibidos de un dentista en una situación de emergencia están sujetos a las reglas y a los costos compartidos del plan.** Los servicios *solo* tienen cobertura con los proveedores de la red de PPO de Dominion. Para saber si el dentista es de la red de PPO de Dominion o si usted necesita un dentista nuevo, revise el *Directorio de dentistas* o comuníquese con Relaciones con el Cliente al número que aparece en la contratapa de este folleto. El plan Tufts Health Plan Medicare Preferred Dental Option ***mejora*** su cobertura dental con una reducción de los costos compartidos de los servicios básicos de Clase 2 y la adición de cobertura para servicios mayores de Clase 3. Si se inscribe en el plan Tufts Health Plan Medicare Preferred Dental Option, la cobertura dental que se describe en la Sección 2.1 (*Cuadro de beneficios médicos*, Tufts Health Plan Medicare Preferred Dental Plan) **no se aplica a usted**.	Usted pagará una prima mensual adicional de $17. A continuación se provee información sobre costos compartidos de acuerdo con la clase de servicios dentales que recibe.

** Los costos compartidos para estos artículos o servicios no se incluyen en el monto del desembolso máximo.

Beneficio complementario opcional: **Tufts Health Plan Medicare Preferred Dental Option**	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Servicios preventivos y de diagnóstico de Clase 1	
Examen bucal integral (que incluye los antecedentes dentales iniciales y mapa dental) cubierto una vez cada 36 meses Evaluación bucal periódica cubierta dos veces al año. Radiografías intrabucales de aleta de mordida (radiografías de las coronas de los dientes) cubiertas dos veces al año cuando la condición bucal lo amerite. Profilaxis (limpieza de rutina, eliminación de sarro y pulido de dientes) cubierta dos veces al año.	Usted pagará $0 por servicios preventivos y de diagnóstico de Clase 1
Servicios básicos de Clase 2	
Exámenes de problemas específicos para una evaluación oral de emergencia cubiertos una vez cada 12 meses. Radiografía intrabucal de toda la boca (imagen panorámica) cubierta una vez cada 60 meses. Radiografía intrabucal de toda la boca (serie bucal completa) cubierta una vez cada 60 meses. Radiografía de un solo diente cubierta según sea necesario. Empastes plateados y empastes blancos (dientes frontales) cubiertos una vez cada 24 meses por superficie, por diente. Empastes blancos (dientes posteriores) cubiertos una vez cada 24 meses por superficie, por diente; varias superficies se procesarán como empastes plateados y el paciente es responsable hasta la tarifa contratada.	Usted pagará el 20 % de coaseguro por servicios básicos de Clase 2

Beneficio complementario opcional: **Tufts Health Plan Medicare Preferred Dental Option**	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Servicios básicos de Clase 2 (continuación)	
Limpieza periodontal cubierta una vez cada 6 meses después de una terapia periodontal activa, no se combina con las limpiezas regulares.	Usted pagará el 20 % de coaseguro por servicios básicos de Clase 2
Eliminación de sarro y raspado de raíz cubiertos una vez cada 24 meses, por cuadrante.	
Eliminación de sarro en presencia de inflamación gingival generalizada moderada a grave cubierta una vez cada 24 meses después de una evaluación bucal y en lugar de una profilaxis cubierta.	
Desbridamiento bucal total cubierto una vez de por vida.	
Extracciones simples cubiertas una vez por diente.	
Tratamiento menor de alivio del dolor cubierto solo si no realizaron servicios, excepto radiografías, en la misma fecha de servicio.	
Servicios mayores de Clase 3	
Restauraciones de protección cubiertas una vez por diente.	Usted pagará el 50 % de coaseguro por servicios mayores de Clase 3
Cirugía bucal	
Extracciones quirúrgicas cubiertas una vez por diente.	
Periodoncia	
Cirugía periodontal: Un procedimiento quirúrgico cubierto de por vida; gingivectomía o gingivoplastia y cirugía ósea cubiertas según sea necesario.	
Injertos de hueso y regeneración guiada de tejidos cubiertos una vez de por vida.	

Beneficio complementario opcional: **Tufts Health Plan Medicare Preferred Dental Option**	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Servicios mayores de Clase 3 (continuación) **Endodoncia** Tratamiento de conductos cubierto una vez por diente, de por vida. Apicectomía cubierta según sea necesario. Repetición de tratamiento de conductos cubierta una vez por diente, de por vida, al menos 24 meses después del tratamiento de conductos inicial. **Mantenimiento de prótesis** Reparación de puente o dentadura postiza cubierta una vez cada 24 meses por puente o dentadura postiza. Acondicionamiento de tejidos cubierto con un tratamiento por dentadura postiza cada 84 meses. Añadidura de dientes a una dentadura postiza total o parcial cubierta una vez por diente y por dentadura postiza cada 24 meses. El rebasado o recapado de dentaduras postizas está cubierto una vez por dentadura postiza cada 24 meses. **Servicios adjuntos (prestados en conjunto con el tratamiento principal)** La anestesia local y la inhalación de óxido nitroso/analgesia, ansiólisis se proveen junto con la cirugía bucal o periodontal cubierta y son parte integral del tratamiento principal.	Usted pagará el 50 % de coaseguro por servicios mayores de Clase 3

Beneficio complementario opcional: **Tufts Health Plan Medicare Preferred Dental Option**	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Servicios mayores de Clase 3 (continuación) **Prostodoncia** Las dentaduras postizas completas o parciales están cubiertas una por arco en 84 meses. Puentes fijos cubiertos una vez cada 84 meses. **Tome en cuenta lo siguiente:** Un puente fijo posterior y una dentadura postiza extraíble no están cubiertos en el mismo arco dentro de 84 meses; si una dentadura postiza en el mismo arco se cubrió al igual que el puente fijo dentro de 84 meses, no habrá beneficio para el puente fijo. Dentaduras postizas parciales temporales cubiertas una vez cada 84 meses (para reemplazar cualquiera de los seis dientes frontales superiores o inferiores, pero solo si la dentadura postiza parcial temporal se instala inmediatamente después de la pérdida de dientes durante el período de recuperación). **Servicios mayores de restauración (los dientes deben tener un buen pronóstico)** La colocación inicial de coronas e incrustaciones está cubierta una vez dentro de un período de 84 meses por diente, cuando los dientes no se pueden restaurar con empastes regulares debido a fractura o caries. El cambio de cemento de coronas e incrustaciones está cubierto una vez por diente cada 12 meses. Los empastes están cubiertos una vez por diente cada 84 meses. El reemplazo posterior, central o de corona, cuando se necesita para retener una corona en un diente con rotura excesiva debido a caries o fracturas, está cubierto una vez por diente cada 84 meses.	Usted pagará el 50 % de coaseguro por servicios mayores de Clase 3

¿Cuándo puede inscribirse en Tufts Health Plan Medicare Preferred Dental Option?

- En el momento de la inscripción inicial en un plan Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO (para beneficiarios recientemente elegibles)
- Dentro del primer mes de la inscripción inicial en Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO (la cobertura entrará en vigor el primer día del mes siguiente)

- Durante el período de inscripción anual (del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año) para que la cobertura comience el 1 de enero del año próximo
- Del 1 al 31 de enero para una fecha de entrada en vigor el 1 de febrero
- En el momento de la inscripción en un plan Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO durante un período de elección especial (SEP por sus siglas en ingles)
- Dentro del primer mes de su inscripción en un plan Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO durante un período de elección especial (la cobertura entrará en vigor el primer día del mes siguiente)

¿Cómo puede inscribirse en Tufts Health Plan Medicare Preferred Dental Option?

Si es nuevo en este plan de Tufts Health Plan Medicare Preferred, debería llenar la solicitud cuando se inscriba en la cobertura médica y elegir Tufts Health Plan Medicare Preferred Dental Option por una prima mensual adicional (los montos de la prima se indican en la tabla al comienzo de esta sección).

Si está inscrito o es un miembro actual de Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO, deberá llenar un Formulario de inscripción de Tufts Health Plan Medicare Preferred Dental Option para inscribirse en Tufts Health Plan Medicare Preferred Dental Option por una prima mensual adicional. Puede inscribirse por correo o si llama a Relaciones con el Cliente al 1-800-701-9000 (TTY: 711) o en nuestro sitio web www.thpmp.org.

Debe pagar la prima dental de la misma forma que paga la prima médica. Consulte el Capítulo 1, Sección 4.2 de esta *Evidencia de Cobertura*, "Hay distintas formas de pagar la prima del plan", para obtener más información sobre las opciones de pago.

¿Cómo puede cancelar la inscripción en Tufts Health Plan Medicare Preferred Dental Option?

Puede cancelar voluntariamente la inscripción en Tufts Health Plan Medicare Preferred Dental Option en cualquier momento durante el año con notificación previa, de una de estas tres maneras:

- puede llamar al Departamento de Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto);
- puede enviar por correo o por fax el formulario de cancelación de la inscripción disponible en el sitio web; o
- puede enviar por correo o por fax una carta firmada en donde solicita la cancelación de la inscripción. La carta debe indicar claramente que desea cancelar la inscripción en Tufts Health Plan Medicare Preferred Dental Option e incluir su nombre en letra de imprenta y el número de identificación de miembro de Tufts Health Plan Medicare Preferred.

Comuníquese con Relaciones con el Cliente si necesita más información sobre cómo cancelar la inscripción con estas opciones. La cancelación de la inscripción entrará en vigor el primer día del mes siguiente a la recepción de su llamada telefónica solicitando la cancelación o cuando llenó y firmó la solicitud de cancelación de la inscripción. **La cancelación de la inscripción en Tufts Health Plan Medicare Preferred Dental Option no afecta la inscripción en el plan Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO.**

Si cancela la inscripción en Tufts Health Plan Medicare Preferred Dental Option, no puede volver a inscribirse en Tufts Health Plan Medicare Preferred Dental Option hasta el siguiente período de elección de Beneficios complementarios opcionales.

Los períodos de elección de Beneficios complementarios opcionales se indicaron antes en esta sección, en "¿Cuándo puede inscribirse en Tufts Health Plan Medicare Preferred Dental Option?".

Si cancela la inscripción en el plan Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No Rx, se cancelará automáticamente la inscripción en Tufts Health Plan Medicare Preferred Dental Option.

No se cobrará ninguna prima adicional del plan Tufts Health Plan Medicare Preferred Dental Option después de la cancelación de la inscripción en el Beneficio complementario opcional. Si pagó meses adicionales, recibirá un reembolso.

La prima de Tufts Health Plan Medicare Preferred Dental Option vence el 15 de cada mes. Esta es la misma fecha en que vence la prima de la cobertura de Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO (si corresponde) o la multa por inscripción tardía en Part D. Todos los pagos de prima se aplican primero a la cobertura médica y el saldo restante se aplicará a Tufts Health Plan Medicare Preferred Dental Option. Si no paga la prima mensual de Tufts Health Plan Medicare Preferred Dental Option, pero paga lo suficiente para cubrir la prima mensual del plan Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO, perderá los beneficios complementarios opcionales que se incluyen en Tufts Health Plan Medicare Preferred Dental Option, pero permanecerá inscrito en el plan Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO. Recibirá una notificación por escrito si se elimina Tufts Health Plan Medicare Preferred Dental Option de su cobertura de Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO.

Si no paga la prima total del plan Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO, es posible que esté en riesgo de que se cancele su inscripción. Consulte la Sección 5.1 en el Capítulo 8 de esta *Evidencia de Cobertura* para obtener información adicional sobre el incumplimiento del pago de las primas del plan. Si le cancelan la inscripción en Tufts Health Plan Medicare Preferred Dental Option, no puede volver a inscribirse en Tufts Health Plan Medicare Preferred Dental Option hasta el siguiente período de inscripción anual (AEP por sus siglas en inglés) o si califica para un período de elección especial (SEP) y será responsable de pagar cualquier saldo pendiente.

Cálculos aproximados previos al tratamiento

Si el cargo por el tratamiento dental va a superar los trescientos dólares ($300), se recomienda que el dentista presente una copia del plan de tratamiento a Dominion ANTES de que comience el tratamiento. Un plan de tratamiento es una descripción detallada de los procedimientos que el dentista tiene planificado realizar e incluye un cálculo aproximado de los cargos por cada servicio. Se revisará el cálculo aproximado previo al tratamiento y se le enviará (a usted o al proveedor) un informe de cálculos aproximados previos al tratamiento que detalla los beneficios que el plan cubrirá, junto con la responsabilidad aproximada y el posible pago al consultorio dental. El cálculo aproximado previo al tratamiento se basa en la elegibilidad y en los beneficios disponibles en el momento del procesamiento. No es necesario presentar un cálculo aproximado previo al tratamiento para recibir atención.

Un cálculo aproximado previo al tratamiento no es una garantía de pago. La reclamación por servicios prestados se basará en la elegibilidad y en los beneficios disponibles en el momento en que se envían para su pago y en otros procedimientos realizados, en especial en la misma área, cuadrante, diente, que podrían afectar la decisión o el pago de la reclamación actual.

Limitaciones y exclusiones:

El pago está sujeto a los beneficios del plan (por ejemplo, máximo por año calendario), las limitaciones y las exclusiones en el momento de presentar la reclamación.

Si un método de tratamiento es más costoso que el proporcionado habitualmente, los beneficios se pagarán según el método de tratamiento menos costoso y usted será responsable del saldo restante.

La cobertura está limitada a aquellos servicios en el Cuadro de beneficios de Tufts Health Plan Medicare Preferred Dental Option. Si un servicio no aparece en la lista, no está cubierto.

Los servicios que no están cubiertos son, entre otros:

- Los gastos dentales incurridos en relación con algún procedimiento dental iniciado antes de la fecha de entrada en vigor de la cobertura están excluidos. No se cubre el reemplazo de un diente que se perdió antes de la fecha de entrada en vigor de la cobertura.
- Servicios que están cubiertos por las leyes de compensación para el trabajador o de responsabilidad del empleador.
- Servicios que no son necesarios para la salud dental del paciente según lo determinado por el plan.
- Odontología reconstructiva, plástica, cosmética, electiva o estética.
- Cirugía bucal que requiere la compostura de fracturas y dislocaciones.
- Servicios relacionados con tumores malignos, quistes o neoplasias, prognatismo hereditario, congénito o mandibular o malformaciones del desarrollo cuando esos servicios no deberían prestarse en un consultorio dental.
- Entrega de medicamentos.
- Hospitalización por algún procedimiento dental.
- Tratamiento necesario para afecciones que son resultado de una catástrofe importante, epidemia, guerra, actos de guerra, ya sean declarados o no declarados, o mientras esté en servicio activo como miembro de las fuerzas armadas de cualquier país o de guerra o actos de guerra, ya sean declarados o no declarados.
- Reemplazo de dentadura postiza, puentes, empastes, recubrimientos o coronas que pueden repararse o restaurarse a su función normal.
- Diagnóstico o tratamiento del trastorno temporomandibular (TMD) o discordia oclusal.
- Cirugía electiva, como, por ejemplo, extracción de dientes impactados asintomáticos y no patológicos, incluidos terceros molares.
- Servicios que no aparecen cubiertos por este plan.

- Implantes y servicios relacionados, como extracción de implantes; reemplazo de aparatos de ortodoncia o prótesis perdidos, robados o dañados; protectores bucales deportivos; aditamentos de precisión o -semiprecisión; duplicado de dentaduras postizas; inmovilización periodontal de los dientes.
- Servicios por aumento de la dimensión vertical, reemplazo de estructura dental perdida por atrición y corrección de malformaciones del desarrollo o afecciones congénitas.
- Procedimientos que, según la opinión del plan, son de naturaleza experimental o de investigación, porque no cumplen los estándares profesionalmente reconocidos de práctica dental o no tienen prueba de ser eficaces para el diagnóstico o el tratamiento de la afección del miembro.
- Tratamiento de paladar hendido, tumores malignos o neoplasias.
- Cualquier servicio o suministro prestado para reemplazar un diente perdido antes de la fecha de entrada en vigor de la cobertura. Esta exclusión vence después de 36 meses de cobertura continua del miembro según este plan.

Tufts Health Plan Medicare Preferred Dental Option es patrocinado por Dominion.

El plan Tufts Health Plan Medicare Preferred Dental Option lo administra Dominion Dental Services, Inc., que opera bajo la marca Dominion National.

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

Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones)

Esta sección le indica qué servicios están “excluidos” de la cobertura de Medicare y, por lo tanto, no están cubiertos por este plan. Si un servicio está “excluido”, quiere decir que este plan no cubre el servicio.

El cuadro a continuación indica los servicios y los suministros que no están cubiertos en ninguna circunstancia o que están cubiertos solo en condiciones específicas.

Si recibe servicios que están excluidos (no cubiertos), debe pagar por ellos. No pagamos por los servicios médicos excluidos que se indican en el cuadro a continuación, excepto en las condiciones específicas que se indican. La única excepción: pagaremos si un servicio en el cuadro a continuación se encuentra en apelación por ser un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica (para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado de no cubrir un servicio médico, consulte el Capítulo 7, Sección 5.3 de este folleto).

Todas las exclusiones o limitaciones en los servicios se describen en el Cuadro de beneficios o en el cuadro a continuación.

Incluso si recibe los servicios excluidos en un centro de emergencia, estos servicios no estarán cubiertos y nuestro plan no pagará por ellos.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubierto en ninguna circunstancia	Cubierto solo en circunstancias específicas
Servicios considerados no razonables ni necesarios, de acuerdo con las normas de Original Medicare	✓	
Procedimientos médicos y quirúrgicos, equipos y medicamentos experimentales. Los procedimientos y suministros experimentales son los suministros y procedimientos que nuestro plan y Original Medicare determinan que no son generalmente aceptados por la comunidad médica.		✓ Pueden estar cubiertos por Original Medicare de acuerdo con un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. (Consulte el Capítulo 3, Sección 5 para obtener más información sobre estudios de investigación clínica).
Habitación privada en un hospital.		✓ Cubierto solo cuando sea médicamente necesario.
Artículos personales en su habitación en un hospital o en un centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor.	✓	
Atención de enfermería en el hogar de tiempo completo.	✓	
El cuidado de relevo es cuidado proporcionado en una casa de reposo, hospicio u otro establecimiento cuando no necesita atención médica especializada o atención de enfermería especializada.*	✓	
Servicios de auxiliar de salud a domicilio sin otros servicios de especialidad en el lugar.	✓	

* El cuidado de relevo es el cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como cuidado que lo ayuda con las actividades de la vida diaria, como bañarse o vestirse.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubierto en ninguna circunstancia	Cubierto solo en circunstancias específicas
Los servicios de ama de casa incluyen ayuda básica con las tareas del hogar, como limpieza ligera o preparación de comidas.	✓	
Se cobra una tarifa por el cuidado proporcionado por parientes directos o miembros de su hogar.	✓	
Cirugía o procedimientos estéticos		✓ • Cubiertos en caso de una lesión accidental o para el mejoramiento de la función de un miembro corporal con malformación. • Cubiertos para todas las etapas de reconstrucción de un seno después de una mastectomía, así como para el seno no afectado para lograr una apariencia simétrica.
Atención dental de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras postizas.		✓ Tufts Health Plan Medicare Preferred Dental Plan puede cubrir servicios adicionales o si el miembro decide adquirir Tufts Health Plan Medicare Preferred Dental Option.
Atención dental que no es de rutina		✓ • Atención dental que no es necesaria para tratar enfermedades o lesiones puede estar cubierta como atención de paciente hospitalizado o ambulatorio. • Tufts Health Plan Medicare Preferred Dental Plan puede cubrir servicios adicionales o si el miembro decide adquirir Tufts Health Plan Medicare Preferred Dental Option.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubierto en ninguna circunstancia	Cubierto solo en circunstancias específicas
Atención quiropráctica de rutina		✓ • La manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación está cubierta. • Evaluación inicial cubierta una vez por año calendario.
Cuidado rutinario de los pies		✓ Alguna cobertura limitada proporcionada de acuerdo con las pautas de Medicare (por ejemplo, si tiene diabetes).
Comidas con entrega a domicilio	✓	
Zapatos ortopédicos		✓ Si los zapatos son parte de un aparato ortopédico para las piernas y están incluidos en el costo del aparato o si los zapatos son para una persona con enfermedad del pie diabético.
Aparatos de apoyo para los pies		✓ Calzado ortopédico o terapéutico para personas con enfermedad del pie diabético.
Exámenes auditivos de rutina, prótesis auditivas o exámenes para ajuste de prótesis auditivas.		✓ • El examen auditivo de rutina está cubierto una vez por año calendario. • La evaluación y el ajuste de prótesis auditivas están cubiertos si se realizan en un proveedor de Hearing Care Solutions. • La cobertura incluye hasta 2 audífonos por año, 1 audífono por oído, solo en proveedores de Hearing Care Solutions.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubierto en ninguna circunstancia	Cubierto solo en circunstancias específicas
Exámenes oftalmológicos de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos para la mala vista.		✓ El examen oftalmológico y un par de anteojos (o lentes de contacto) están cubiertos para personas después de una cirugía de cataratas, pero se excluyen los revestimientos resistentes a rayas, revestimientos con efecto espejo, lentes polarizados, características lujosas y lentes progresivos. El examen oftalmológico de rutina está cubierto una vez por año calendario. Un par de anteojos estándar (lentes de venta con receta, marcos, una combinación de lentes y marcos) o lentes de contacto cubiertos cada año, con un subsidio máximo de $150 si los adquiere en un proveedor de EyeMed Vision Care o de $90 si los adquiere en un proveedor no participante.
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros anticonceptivos de venta sin receta.	✓	
Acupuntura		✓ Los servicios adicionales de acupuntura son elegibles para optar al reembolso según el Subsidio de bienestar. Consulte la descripción del beneficio de Subsidio de bienestar para obtener detalles completos.
Servicios de medicina natural (usa tratamientos naturales o alternativos).	✓	

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubierto en ninguna circunstancia	Cubierto solo en circunstancias específicas
Transporte, excepto en ambulancia, según se describe en la Sección 2.1 de este capítulo. Si decide usar una ambulancia cuando se trata de un servicio que no está cubierto por Medicare, usted será responsable del costo total. El transporte en furgoneta de personas en silla de ruedas no está cubierto, incluso si el servicio lo provee una empresa de ambulancias.		✓ Transporte que no es de ambulancia (por ejemplo, furgoneta o sedán para personas en silla de ruedas), proporcionado por el proveedor aprobado por el plan desde un hospital a un centro de enfermería especializada (SNF).
Servicios de atención médica a domicilio, como auxiliar de salud a domicilio o enfermería especializada constante por más de 2 horas por vez.	✓	
Reservas de cama para atención extendida.	✓	

CAPÍTULO 5

Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted recibió por servicios médicos cubiertos

Capítulo 5. Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted recibió por servicios médicos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que nos debe solicitar que paguemos nuestra parte del costo de sus servicios cubiertos 122

Sección 1.1 Si usted paga nuestra parte del costo del plan de sus servicios cubiertos o, si recibe una factura, puede solicitarnos el pago 122

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el pago o cómo pagar una factura que haya recibido 124

Sección 2.1 Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago 124

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y la aceptaremos o rechazaremos 125

Sección 3.1 Revisamos para ver si debemos cubrir el servicio y cuánto es la cantidad adeudada 125

Sección 3.2 Si le decimos que no pagaremos nada o que pagaremos solo una parte de la atención médica, puede hacer una apelación 125

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

Sección 1.1 Si usted paga nuestra parte del costo del plan de sus servicios cubiertos o, si recibe una factura, puede solicitarnos el pago

A veces cuando recibe una atención médica, puede que tenga que pagar el costo total en el momento. En otras ocasiones, es posible que haya pagado más de lo esperado de acuerdo con las reglas de cobertura del plan. En cualquier caso, puede solicitarle a nuestro plan que le pague (a este pago se le llama normalmente "reembolso"). Es su derecho que nuestro plan le pague cuando haya pagado más de su parte del costo por servicios médicos que están cubiertos por nuestro plan.

También puede ocurrir que reciba una factura de un proveedor por el costo total de una atención médica que haya recibido. En muchos casos, debe enviarnos esta factura en vez de pagarla. Revisaremos la factura y decidiremos si se deben cubrir los servicios. Si decidimos cubrirlos, le pagaremos directamente al proveedor.

A continuación, hay algunas situaciones en las que es posible que tenga que solicitar a nuestro plan que le pague o que pague una factura que haya recibido:

1. Cuando recibe atención médica de emergencia o urgencia por parte de un proveedor que no está en la red de nuestro plan

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

- Si usted paga toda la cantidad al momento de recibir la atención, debe solicitarnos que le paguemos por nuestra parte del costo. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya hecho.
- A veces puede recibir una factura del proveedor que solicita el pago de algo que usted considera que no adeuda. Envíenos esta factura junto con la documentación de cualquier pago que ya haya hecho.
    - Si al proveedor se le adeuda alguna cantidad, se la pagaremos directamente.
    - Si ya pagó más de su parte del costo por el servicio, determinaremos la cantidad adeudada y le reembolsaremos nuestra parte del costo.

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

Los proveedores de la red siempre deberían cobrarle directamente al plan y a usted solo deberían pedirle su parte del costo. Sin embargo, algunas veces comenten errores y le piden que pague más que su parte.

- Solo tiene que pagar su cantidad de costos compartidos cuando obtenga servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores agreguen cargos aparte adicionales, denominados “facturación del saldo”. Esta protección (que usted nunca pagará más que la cantidad de costos compartidos) se aplica incluso si pagamos al proveedor menos de lo que cobra ese proveedor por un servicio y aun cuando hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor. Para obtener más información sobre la “facturación de saldo”, vaya al Capítulo 4, Sección 1.3.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red que crea que es más de lo que debería pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y solucionaremos el problema de facturación.
- Si ya pagó una factura a un proveedor de la red, pero cree que pagó demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya hecho y solicítenos pagarle la diferencia entre la cantidad que pagó y la cantidad adeudada según el plan.

3. Si lo inscriben de manera retroactiva en nuestro plan

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

Si lo inscriben de manera retroactiva en nuestro plan y usted paga desembolsos por alguno de sus servicios cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que le paguemos por nuestra parte de los costos. Tendrá que enviarnos el papeleo para encargarnos del reembolso.

Llame a Relaciones con el Cliente para obtener información adicional sobre cómo solicitarnos el pago y los plazos para hacer la solicitud (los números de teléfono de Relaciones con el Cliente están impresos en la contratapa de este folleto).

Todos los ejemplos anteriores son tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que si rechazamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. En el Capítulo 7 de este folleto (“Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)”) tiene información sobre cómo hacer una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el pago o cómo pagar una factura que haya recibido

Sección 2.1 Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago

Envíenos su solicitud de pago junto con su factura y la documentación de cualquier pago que haya hecho. Es recomendable sacarles copias a la factura y los recibos para tenerlas en su registro.

Para asegurarse de que le estamos dando toda la información necesaria para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamación para hacer su solicitud de pago.

- No tiene que usar el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápido.
- Descargue una copia del formulario desde nuestro sitio web (thpmp.org) o llame a Relaciones con el Cliente y solicite el formulario (los números de teléfono de Relaciones con el Cliente están impresos en la contratapa de este folleto).

Envíenos por correo su solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo a esta dirección:

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

Solicitudes de pago de EyeMed:

First American Administrators
Attn: OON Claims
P.O. Box 8504
Mason, OH 45040-7111

Comuníquese con Relaciones con el Cliente si tiene alguna pregunta (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto). Si no sabe lo que debe haber pagado o si recibe facturas y no sabe qué hacer con ellas, nosotros podemos ayudarlo. También puede llamar si nos quiere dar más información sobre una solicitud de pago que ya nos haya enviado.

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

Sección 3.1 Revisamos para ver si debemos cubrir el servicio y cuánto es la cantidad adeudada

Cuando recibamos su solicitud de pago, le avisaremos si necesitamos alguna información adicional. De no ser así, analizaremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que la atención médica está cubierta y usted siguió todas las reglas para obtener la atención, le pagaremos nuestra parte del costo. Si ya pagó el servicio, le enviaremos por correo el reembolso de nuestra parte del costo. Si todavía no ha pagado el servicio, le enviaremos el pago directamente al proveedor (el Capítulo 3 explica las reglas que debe seguir para que se cubran sus servicios médicos).

- Si decidimos que la atención médica *no* está cubierta o si *no* siguió todas las reglas, no le pagaremos por nuestra parte del costo. En cambio, le enviaremos una carta que explica los motivos por los cuales no le estamos enviando el pago que solicitó y los derechos que usted tiene para apelar esta decisión.

Sección 3.2 Si le decimos que no pagaremos nada o que pagaremos solo una parte de la atención médica, puede hacer una apelación

Si cree que cometimos un error por rechazar su solicitud de pago o no está de acuerdo con la cantidad que estamos pagando, puede hacer una apelación. Hacer una apelación significa que nos está pidiendo cambiar la decisión que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para obtener información detallada sobre cómo hacer esta apelación, consulte el Capítulo 7 de este folleto (“Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)”). Este proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Si es la primera vez que hace una apelación, encontrará útil leer primero la Sección 4 del Capítulo 7. La Sección 4 es una sección introductoria que explica el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones, además tiene definiciones de términos como “apelación”. Luego, después de leer la Sección 4, puede consultar la Sección 5.5 para aprender a presentar una apelación para solicitar que le paguen por un servicio médico.

CAPÍTULO 6

Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades.

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan 128

Sección 1.1 Debemos proveer información en una forma que le resulte conveniente (en idiomas diferentes del inglés) 128
Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que obtenga acceso oportuno a sus servicios cubiertos 129
Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información personal de salud 129
Sección 1.4 Debemos entregarle información sobre el plan, sus proveedores de la red y los servicios cubiertos 130
Sección 1.5 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención..... 131
Sección 1.6 Tiene derecho a hacer reclamos y solicitarnos que reconsideremos decisiones que hayamos tomado..... 133
Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si cree que lo están tratando injustamente o si no están respetando sus derechos?..... 134
Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos 134

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan..... 135

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades?..... 135

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

Sección 1.1 Debemos proveer información en una forma que le resulte conveniente (en idiomas diferentes del inglés)

Para obtener información de nosotros en una forma que le resulte conveniente, llame a Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).

Nuestro plan cuenta con personal y servicios de intérprete gratuitos disponibles para responder preguntas de miembros discapacitados y que no hablan inglés. Si lo necesita, también podemos proporcionarle información en braille, con letra grande o en otros formatos alternativos sin costo para usted. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios del plan en un formato que le resulte accesible y apropiado. Para obtener información de nosotros en una forma que le resulte conveniente, llame a Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).

Si tiene inconvenientes para obtener información de nuestro plan en un formato que le resulte accesible y apropiado, llame para presentar una queja formal con nuestro coordinador de derechos civiles (puede encontrar la información de contacto en el Capítulo 9, Sección 5). También puede presentar un reclamo ante Medicare si llama al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente en la Oficina de Derechos Civiles. La información de contacto se indica en esta Evidencia de Cobertura o en esta correspondencia, o bien puede comunicarse con Relaciones con el Cliente para obtener más información.

Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que obtenga acceso oportuno a sus servicios cubiertos

Como miembro de nuestro plan, tiene derecho a escoger un proveedor primario de cuidados médicos (PCP) en la red del plan para proporcionar y coordinar sus servicios cubiertos (en el Capítulo 3 se explica esto más detalladamente). Llame a Relaciones con el Cliente para conocer los médicos que están aceptando nuevos pacientes (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto). También tiene derecho a ir a un especialista en salud de mujeres (como un ginecólogo) sin un referido.

Como miembro del plan, tiene derecho a conseguir citas y servicios cubiertos de los proveedores de la red del plan *dentro de un plazo razonable*. Esto incluye el derecho de obtener servicios oportunos de especialistas cuando necesite esa atención.

Si cree que no está recibiendo su atención médica dentro de un plazo razonable, en el Capítulo 7, Sección 9 de este folleto se indica lo que puede hacer (si le hemos negado la cobertura de su atención médica y no está de acuerdo con nuestra decisión, el Capítulo 7, Sección 4 le indica lo que puede hacer).

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información personal de salud

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de su historia clínica e información personal de salud. Protegemos su información personal de salud de acuerdo con lo dispuesto por estas leyes.

- Su “información personal de salud” incluye la información personal que nos entregó cuando se inscribió en este plan, además de su historia clínica y otra información médica y de salud.
- Las leyes que protegen su privacidad le dan derechos relacionados con la obtención de información y el control del uso de su información de salud. Le enviaremos una notificación por escrito, llamada “Notificación de las políticas de privacidad”, que le informa sobre estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que nadie sin autorización vea o cambie sus registros.
- En la mayoría de las situaciones, si le damos su información de salud a alguien que no le esté proveyendo atención ni pagando por su atención, *primero debemos obtener un permiso por escrito de usted*. El permiso por escrito lo puede dar usted o alguien que tenga la facultad legal para tomar decisiones por usted.
- Hay algunas excepciones donde no es obligatorio obtener su permiso por escrito. Estas excepciones están permitidas o se exigen por ley.

- Por ejemplo, debemos divulgar información de salud a agencias gubernamentales que verifican la calidad de la atención.
- Debido a que es miembro de nuestro plan a través de Medicare, debemos entregarle su información de salud a Medicare. Si Medicare divulga su información para investigaciones u otros usos, esto se hará según los estatutos y normativas federales.

Puede ver esta información en sus registros y saber cómo se comparte con otros

Tiene derecho a ver su historia clínica que tiene el plan y obtener una copia de sus registros. Tenemos permitido cobrarle una tarifa por hacer las copias. También tiene derecho a solicitarnos agregar información o hacer correcciones en su historia clínica. Si nos solicita esto, lo veremos con su proveedor del cuidado de la salud para decidir si se deben hacer los cambios.

Tiene derecho a saber cómo se comparte su información de salud con otros por cualquier motivo que no sea de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información personal de salud, llame a Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).

Sección 1.4 Debemos entregarle información sobre el plan, sus proveedores de la red y los servicios cubiertos

Como miembro de Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No Rx, tiene derecho a que le entreguemos varios tipos distintos de información (como se explica en la Sección 1.1, tiene derecho a que le entreguemos información en una forma que le resulte conveniente. Esto incluye obtener información en idiomas diferentes del inglés, letra grande u otros formatos alternativos).

Si quiere alguno de los siguientes tipos de información, llame a Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto):

- **Información sobre nuestro plan**. Esto incluye, por ejemplo, información sobre la condición financiera del plan. También incluye información sobre la cantidad de apelaciones que han hecho los miembros y las calificaciones de desempeño del plan, así como la manera en que los miembros lo han evaluado y cómo se compara con otros planes de salud de Medicare.

- **Información sobre nuestros proveedores de la red.**

  - Por ejemplo, tiene derecho a que le entreguemos información sobre las calificaciones de los proveedores en nuestra red y cómo le pagamos a los proveedores en nuestra red.

  - Para obtener una lista de los proveedores en la red del plan, consulte el *Directorio de proveedores*.

- Para obtener información más detallada sobre nuestros proveedores, puede llamar a Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto) o visitar nuestro sitio web www.thpmp.org.

- **Información sobre su cobertura y las reglas que debe seguir cuando use su cobertura.**
  - En los Capítulos 3 y 4 de este folleto, explicamos los servicios médicos que usted tiene cubiertos, todas las restricciones de su cobertura y las reglas que debe seguir para obtener sus servicios médicos cubiertos.
  - Si tiene preguntas sobre las reglas o restricciones, llame a Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).

- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.**
  - Si un servicio médico no tiene cobertura o si su cobertura tiene algún tipo de restricción, puede solicitarnos una explicación por escrito. Tiene derecho a obtener esta explicación, incluso si recibió el servicio médico de un proveedor fuera de la red.
  - Si no está conforme o no está de acuerdo con una decisión que hayamos tomado sobre qué atención médica está cubierta, tiene derecho a solicitarnos cambiar la decisión. Nos puede solicitar cambiar la decisión con una apelación. Para obtener información más detallada sobre qué hacer si algo no está cubierto de la manera que usted cree que debería estarlo, consulte el Capítulo 7 de este folleto. Se entrega información detallada sobre cómo hacer una apelación si desea que cambiemos nuestra decisión (en el Capítulo 7 también se explica cómo hacer un reclamo sobre calidad de atención, tiempos de espera y otras inquietudes).
  - Si quiere solicitarle a nuestro plan que pague su parte de una factura que recibió por atención médica, consulte el Capítulo 5 de este folleto.

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

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

Tiene derecho a obtener información completa sobre sus médicos y otros proveedores del cuidado de la salud cuando vaya a recibir atención médica. Sus proveedores deben explicar su afección y sus opciones de tratamiento *de una manera que usted pueda entender*.

También tiene derecho a participar completamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarlo a tomar una decisión con sus médicos sobre qué tratamiento es mejor para usted, a continuación le detallamos sus derechos:

- **Conocer todas sus opciones.** Esto significa que tiene derecho a que le indiquen todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, sin importar el costo o si están cubiertas por el plan.

- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que le informen todos los riesgos involucrados con su atención. Le deben informar con anticipación si alguna de las atenciones médicas o tratamientos propuestos son parte de un experimento de investigación. Siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.

- **Derecho a decir que "no"**. Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a irse del hospital o cualquier otro centro médico, incluso si su médico aconseja lo contrario. Por supuesto, si rechaza el tratamiento, usted acepta toda responsabilidad por lo que le ocurra a su cuerpo como resultado.

- **Recibir una explicación si le rechazan la cobertura de la atención.** Tiene derecho a recibir una explicación por parte de nosotros si un proveedor rechazó la atención que usted creía que iba a recibir. Para recibir esta explicación, tendrá que solicitarnos una decisión de cobertura. El Capítulo 7 de este folleto explica cómo solicitarle al plan una decisión de cobertura.

Tiene derecho a dejar instrucciones sobre lo que se hará si no puede tomar decisiones médicas por sí mismo

Algunas veces las personas se vuelven incapaces de tomar decisiones por sí mismas sobre atención médica debido a accidentes o enfermedades graves. Tiene derecho a decir lo que quiere que pase si está en esta situación. Esto significa que, *si lo desea*, puede hacer lo siguiente:

- Llenar un formulario por escrito para darle a **alguien la autoridad legal de tomar decisiones médicas por usted** si alguna vez se vuelve incapaz de tomar las decisiones por sí mismo.

- **Dar instrucciones por escrito a sus médicos** sobre cómo quiere que manejen su atención médica si se vuelve incapaz de tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede usar para dejar instrucciones con anticipación en estas situaciones se llaman "**directivas anticipadas**". Hay diferentes tipos de directivas anticipadas con distintos nombres. Los documentos llamados "**testamento en vida**" y "**poder legal para la atención médica**" son ejemplos de directivas anticipadas. También puede usar un "**Poder de atención médica**". Un Poder de atención médica es un documento que se usa para designar a una persona de confianza, llamada apoderado de atención médica, para tomar decisiones de atención médica en nombre de usted si está incapacitado para hacerlo. Una vez que lo llene, un Poder de atención médica es un documento legal según lo indica la ley de Massachusetts.

Si quiere usar una "directiva anticipada" para dejar instrucciones, a continuación le explicamos cómo:

- **Obtenga el formulario.** Si quiere tener una directiva anticipada, puede solicitarle un formulario a su abogado o a un trabajador social o puede obtenerlo en algunas tiendas de artículos de oficina. Algunas veces puede conseguir formularios de directiva anticipada en organizaciones que entregan a las personas información sobre Medicare. También puede comunicarse con Relaciones con el Cliente para solicitar los formularios (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).

- **Llénelo y fírmelo.** Sin importar dónde obtenga este formulario, tenga en cuenta que es un documento legal. Debería considerar pedirle a un abogado que lo ayude a prepararlo.
- **Entrégueles copias a las personas correspondientes.** Debería entregarles una copia del formulario a su médico y a la persona que indique en el formulario para tomar las decisiones por usted si usted no puede. Le recomendamos entregarles copias a amigos cercanos o familiares. Asegúrese de guardar una copia en su hogar.

Si sabe con anticipación que lo van a hospitalizar y firmó una directiva anticipada, **lleve una copia al hospital**.

- Si lo hospitalizan, le preguntarán si firmó un formulario de directiva anticipada y si lo llevó al lugar.
- Si no ha firmado un formulario de directiva anticipada, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntará si quiere firmar uno.

Recuerde, es su decisión si quiere llenar una directiva anticipada (incluso si quiere firmar una estando ya en el hospital). De acuerdo con la ley, nadie le puede negar la atención ni discriminarlo por firmar o no una directiva anticipada.

¿Qué pasa si no siguen mis instrucciones?

Si firmó una directiva anticipada y cree que un médico o un hospital no siguió las instrucciones, puede presentar un reclamo ante el Department of Public Health, Commissioner's Office, 250 Washington Street, Boston, MA 02108. Número de teléfono: 1-617-624-6000.

Sección 1.6 Tiene derecho a hacer reclamos y solicitarnos que reconsideremos decisiones que hayamos tomado

Si tiene algún problema o inquietud acerca de los servicios o atención cubiertos, el Capítulo 7 de este folleto le indica lo que puede hacer. Se dan los detalles sobre cómo tratar todo tipo de problemas y reclamos. De la situación dependerá lo que tenga que hacer para solucionar un problema o una inquietud. Puede que necesite solicitarle a nuestro plan que tome una decisión de cobertura, hacer una apelación para que cambiemos una decisión de cobertura o hacer un reclamo. Independientemente de lo que haga (solicitar una decisión de cobertura, hacer una apelación o hacer un reclamo), **debemos tratarlo de manera justa**.

Tiene derecho a obtener un resumen de la información sobre las apelaciones y reclamos que otros miembros hayan presentado contra nuestro plan en el pasado. Para obtener esta información, llame a Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si cree que lo están tratando injustamente o si no están respetando sus derechos?

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

Si cree que lo trataron injustamente o no se respetaron sus derechos por raza, discapacidad, religión, sexo, salud, credo (creencias), edad u origen étnico, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697, o a su Oficina de Derechos Civiles local.

¿Se trata de otra cosa?

Si cree que lo trataron injustamente o si no se respetaron sus derechos, *pero no* es por discriminación, puede obtener ayuda para solucionar el problema que está teniendo:

- Puede **llamar a Relaciones con el Cliente** (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).
- Puede **llamar al programa SHIP**. Para obtener información detallada sobre esta organización y sobre la información de contacto, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- O bien **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Hay varios lugares donde puede obtener más información sobre sus derechos:

- Puede **llamar a Relaciones con el Cliente** (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).
- Puede **llamar al programa SHIP**. Para obtener información detallada sobre esta organización y sobre la información de contacto, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
    - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Derechos y protecciones de Medicare” (la publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).
    - O bien puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 horas al día, 7 días a 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?

Lo que debe hacer como miembro del plan se indica a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame a Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto). Estamos aquí para ayudar.

- **Conozca sus servicios cubiertos y las reglas que debe seguir para obtenerlos.** Use este folleto de *Evidencia de Cobertura* para conocer lo que se cubre y las reglas que debe seguir para obtener sus servicios cubiertos.
    - Los Capítulos 3 y 4 ofrecen información detallada sobre sus servicios médicos, incluyendo lo que se cubre, lo que no se cubre, las reglas que debe seguir y lo que usted paga.
- **Si tiene alguna otra cobertura de seguro médico además de nuestro plan, o cobertura de medicamentos recetados aparte, tiene la obligación de informarnos.** Llame a Relaciones con el Cliente para informarnos (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).
    - Debemos seguir las reglas que establece Medicare para garantizar que usted esté usando toda su cobertura en conjunto cuando obtiene sus servicios cubiertos de nuestro plan. Esto se conoce como "**coordinación de beneficios**" porque implica coordinar los beneficios de salud que recibe de nuestro plan con cualquier otro beneficio disponible para usted. Lo ayudaremos a coordinar sus beneficios (para obtener más información sobre la coordinación de beneficios, consulte el Capítulo 1, Sección 7).
- **Informe a su médico y a otros proveedores del cuidado de la salud que está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de membresía en el plan siempre que obtenga atención médica.
- **Para ayudar a sus médicos y otros proveedores, entrégueles información, haga preguntas y haga un seguimiento de su atención.**
    - Para ayudar a los médicos y otros proveedores de salud a prestar el mejor cuidado, aprenda lo más posible sobre sus problemas de salud y entrégueles la información que necesiten sobre usted y su salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que acordó con sus médicos.
    - Asegúrese de que sus médicos sepan sobre los medicamentos que está tomando, incluso los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
    - Si tiene alguna pregunta, no dude en hacerla. Se espera que sus médicos y otros proveedores del cuidado de la salud le expliquen de una manera que pueda entender. Si hace una pregunta y no entiende la respuesta que le dieron, vuelva a preguntar.

- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que actúe de manera que ayude al buen funcionamiento del consultorio de su médico, los hospitales y otras oficinas.

- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, es responsable de los siguientes pagos:

  - Debe pagar las primas de su plan para seguir siendo miembro de nuestro plan.
  - Para ser elegible para nuestro plan, debe tener tanto Medicare Part A como Medicare Part B. Algunos miembros del plan deben pagar una prima por Medicare Part A. La mayoría de los miembros del plan deben pagar una prima por Medicare Part B para seguir siendo miembros del plan.
  - Para algunos de sus servicios médicos cubiertos por el plan, debe pagar su parte del costo cuando recibe el servicio. Esto será un copago (una cantidad fija) o un coaseguro (un porcentaje del costo total). El Capítulo 4 explica lo que debe pagar por sus servicios médicos.
  - Si obtiene servicios médicos que no están cubiertos 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 hacer una apelación. Consulte el Capítulo 7 de este folleto para obtener información sobre cómo hacer una apelación.

- **Avísenos si se muda.** Si se va a mudar, es importante que nos avise inmediatamente. Llame a Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).

  - **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no podrá seguir siendo miembro de nuestro plan** (en el Capítulo 1 se habla sobre nuestra área de servicio). Podemos ayudarlo a averiguar si se va a mudar fuera de nuestra área de servicio. Si se va fuera de nuestra área de servicio, tendrá un período de inscripción especial en el que puede afiliarse a cualquier plan de Medicare disponible en su área nueva. Podemos avisarle si tenemos un plan en su área nueva.
  - **Si se muda *dentro de* nuestra área de servicio, igual necesitamos saberlo** para poder mantener actualizado su registro de membresía y saber cómo comunicarnos con usted.
  - Si se va a mudar, también es importante avisarle al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios). Puede encontrar los números de teléfono e información de contacto de estas organizaciones en el Capítulo 2.

- **Llame a Relaciones con el Cliente para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes.** También aceptamos cualquier sugerencia que pueda tener para mejorar nuestro plan.

  - Los números de teléfono y el horario de llamadas de Relaciones con el Cliente están impresos en la contratapa de este folleto.
  - Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros, incluyendo nuestra dirección postal, consulte el Capítulo 2.

CAPÍTULO 7

Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

Capítulo 7. Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

SECCIÓN 1 Introducción 140

Sección 1.1 Qué hacer si tiene un problema o una inquietud 140
Sección 1.2 ¿Qué hay sobre los términos legales? 140

SECCIÓN 2 Puede obtener ayuda de organizaciones gubernamentales que no están relacionadas con nosotros 141

Sección 2.1 Dónde obtener más información y ayuda personalizada 141

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debería usar para solucionar el problema? 142

Sección 3.1 ¿Debería usar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debería usar el proceso para hacer reclamos? 142

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES 143

SECCIÓN 4 Guía sobre lo básico de las decisiones de cobertura y las apelaciones 143

Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: perspectiva general 143
Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación 144
Sección 4.3 ¿Qué sección de este capítulo ofrece detalles sobre su situación? 145

SECCIÓN 5 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 145

Sección 5.1 Esta sección le informa qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si quiere que le paguemos nuestra parte del costo de su atención 145
Sección 5.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo solicitar a nuestro plan que autorice o proporcione la cobertura de atención médica que desea) 147
Sección 5.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura de atención médica tomada por nuestro plan) 151
Sección 5.4 Paso a paso: Cómo se presenta una apelación de Nivel 2 154
Sección 5.5 ¿Qué ocurre si nos solicita que le paguemos nuestra parte de una factura que recibió por atención médica? 156

SECCIÓN 6 Cómo solicitarnos que cubramos una estadía hospitalaria más prolongada si cree que el médico lo dará de alta demasiado pronto 157

Sección 6.1 Durante su estadía hospitalaria como paciente hospitalizado, recibirá una notificación por escrito de Medicare que le informará sus derechos 158
Sección 6.2 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital 159
Sección 6.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de alta del hospital 162
Sección 6.4 ¿Qué ocurre si no cumple el plazo para presentar una apelación de Nivel 1? 163

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura terminará demasiado pronto 166

Sección 7.1 *Esta sección trata solo sobre tres servicios:* Atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada y servicios de un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) 166
Sección 7.2 Le informaremos con anticipación cuándo terminará su cobertura 167
Sección 7.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que el plan cubra la atención por más tiempo 168
Sección 7.4 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que el plan cubra la atención por más tiempo 170
Sección 7.5 ¿Qué ocurre si no cumple el plazo para presentar una apelación de Nivel 1? 171

SECCIÓN 8 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y superior 174

Sección 8.1 Niveles 3, 4 y 5 de apelación para solicitudes de servicio médico 174

CÓMO HACER RECLAMOS 176

SECCIÓN 9 Cómo hacer un reclamo sobre calidad de atención, tiempos de espera, servicio al cliente u otras inquietudes.....176

Sección 9.1 ¿Qué tipos de problemas resuelve el proceso de reclamo? 176
Sección 9.2 El nombre formal de “hacer un reclamo” es “presentar una queja formal” 178
Sección 9.3 Paso a paso: Cómo hacer un reclamo 178
Sección 9.4 También puede hacer reclamos sobre la calidad de la atención ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad 180
Sección 9.5 También puede informar a Medicare sobre su reclamo 180

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué hacer si tiene un problema o una inquietud

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

- Para algunos tipos de problemas, necesita usar el **proceso de decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros tipos de problemas, necesita usar el **proceso para hacer reclamos.**

Ambos procesos fueron aprobados por Medicare. Para garantizar la imparcialidad y pronta solución de sus problemas, cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos respetar.

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

Sección 1.2 ¿Qué hay sobre los términos legales?

Hay términos legales técnicos para algunas de las reglas, procedimientos y tipos de plazos explicados en este capítulo. Muchos de estos términos son poco conocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender.

Para simplificarlos, este capítulo explica las reglas y los procedimientos legales con palabras más simples en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, este capítulo generalmente dice “hacer un reclamo” en vez de “presentar una queja formal”, “decisión de cobertura” en vez de “determinación de la organización” y “Organización de Revisión Independiente” en vez de “Entidad de Revisión Independiente”. También usa abreviaturas lo menos posible.

Sin embargo, puede ser útil (y a veces muy importante) para usted conocer los términos legales correctos para la situación en la que se encuentra. Saber qué términos utilizar lo ayudará a comunicarse con mayor claridad y precisión cuando se enfrente a su problema y a obtener la ayuda o la información adecuada para su situación. Para ayudarlo a saber qué términos usar, incluimos términos legales cuando damos los detalles para abordar tipos específicos de situaciones.

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

Sección 2.1 Dónde obtener más información y ayuda personalizada

A veces puede ser confuso comenzar o seguir el proceso para abordar un problema. Esto puede ser particularmente cierto si no se siente bien o tiene energía limitada. En otras ocasiones, podría no tener el conocimiento que necesita para dar el siguiente paso.

Conseguir ayuda de una organización gubernamental independiente

Siempre estamos disponibles para ayudarlo. Pero en algunas situaciones, es posible que también desee ayuda u orientación de alguien que no esté relacionado con nosotros. Siempre puede comunicarse con su **Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP)**. Este programa gubernamental cuenta con asesores capacitados en cada estado. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a entender qué procesos debería usar para abordar un problema que tenga. También pueden responder sus preguntas, entregarle más información y ofrecer orientación sobre qué hacer.

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

También puede recibir ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y ayuda para resolver un problema, puede comunicarse con Medicare. A continuación se mencionan dos maneras de obtener información directamente de Medicare:

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

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debería usar para solucionar el problema?

Sección 3.1 ¿Debería usar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debería usar el proceso para hacer reclamos?

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

Para saber qué parte de este capítulo lo ayudará con su problema o inquietud específica, **COMIENCE AQUÍ.**

¿Está su problema o inquietud relacionado con sus beneficios o cobertura?

(Esto incluye problemas sobre la cobertura de atención médica particular o medicamentos recetados, la manera en que están cubiertos y los problemas relacionados con el pago de atención médica o medicamentos recetados).

Sí. Mi problema está relacionado con los beneficios o la cobertura.

Continúe en la siguiente sección de este capítulo, **Sección 4, "Guía sobre lo básico de las decisiones de cobertura y las apelaciones".**

No. Mi problema no está relacionado con los beneficios o la cobertura.

Vaya a la Sección 9 al final de este capítulo: **"Cómo hacer un reclamo sobre la calidad de la atención, tiempos de espera, servicio al cliente u otras inquietudes".**

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

SECCIÓN 4 Guía sobre lo básico de las decisiones de cobertura y las apelaciones

Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: perspectiva general

El proceso de decisiones de cobertura y apelaciones aborda problemas relacionados con sus beneficios y cobertura de servicios médicos, incluidos los problemas relacionados con pagos. Este es el proceso que debe usar cuando tenga problemas tales como si un servicio está cubierto o no y la manera en que el servicio está cubierto.

Cómo solicitar decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura corresponde a una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por sus servicios médicos. Por ejemplo, su médico perteneciente a la red del plan toma una decisión de cobertura (favorable) cada vez que usted recibe atención médica proporcionada por él o si su médico perteneciente a la red lo refiere a un especialista médico. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico particular o si se niega a proveer atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, si desea saber si cubriremos un servicio médico antes de que lo reciba, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura para usted.

Tomaremos una decisión de cobertura para usted siempre que decidamos qué está cubierto para usted y cuánto pagamos. En algunos casos podríamos decidir que un servicio no está cubierto o ya no está cubierto por Medicare para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

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

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se conoce como apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar que seguimos todas las reglas de manera adecuada. Su apelación será gestionada por revisores diferentes a los que tomaron la decisión desfavorable inicial. Le comunicaremos nuestra decisión cuando hayamos concluido la revisión. En ciertas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una apelación acelerada o “decisión rápida de cobertura” o apelación rápida de una decisión de cobertura.

Si rechazamos parte o la totalidad de su apelación de Nivel 1, su caso pasará automáticamente a una apelación de Nivel 2. La apelación de Nivel 2 la realiza una Organización de Revisión Independiente no relacionada con nosotros. Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, podría avanzar a niveles adicionales de apelación.

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

¿Le gustaría obtener ayuda? Aquí presentamos algunos recursos que podría querer usar si decide solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Puede llamarnos a Relaciones con el Cliente** (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).
- **Puede obtener ayuda gratuita** de su SHIP (consulte la Sección 2 de este capítulo).
- **Su médico puede hacer una solicitud por usted.** Para atención médica o medicamentos recetados de Part B, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su representación. Si su apelación es rechazada en el Nivel 1, será enviada automáticamente al Nivel 2. Para solicitar cualquier apelación después del Nivel 2, su médico debe ser nombrado como su representante.
- **Puede pedirle a alguien que actúe en su representación.** Si lo desea, puede nombrar a otra persona para que actúe por usted como su “representante” para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
    - Es posible que haya alguien que ya esté autorizado legalmente para actuar como su representante según la ley estatal.
    - Si desea que un amigo, pariente, su médico, proveedor u otra persona sea su representante, llame a Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto) y solicite el formulario de “Nombramiento de representante” (este formulario también está disponible en el sitio web de Medicare https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web www.thpmp.org). El formulario le otorga autorización a la persona para actuar en su representación. Debe estar firmado por usted y la persona que desea que actúe en su representación. Debe entregarnos una copia del formulario firmado.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado que actúe por usted.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado de su colegio de abogados cercano u otros servicios de referidos. También hay grupos que le ofrecerán servicios legales gratuitos si cumple los requisitos. Sin embargo, **no tiene la obligación de contratar a un abogado** para solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o para apelar una decisión.

Sección 4.3 ¿Qué sección de este capítulo ofrece detalles para su situación?

Hay tres tipos diferentes de situaciones que involucran decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene reglas y plazos diferentes, ofrecemos los detalles de cada una en una sección aparte:

- **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 estadía hospitalaria como paciente hospitalizado más prolongada si cree que el médico lo dará de alta demasiado pronto"
- **Sección 7** de este capítulo: "Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura terminará demasiado pronto" (Se *aplica solo a estos servicio*s: atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada y servicios de un centro de rehabilitación integral para pacientes externos [CORF])

Si no está seguro de qué sección debería usar, llame a Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto). También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales tales como su SHIP (el Capítulo 2, Sección 3 de este folleto incluye 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 ("Guía sobre lo básico de las decisiones de cobertura y las apelaciones")? Si no la ha leído, le recomendamos hacerlo antes de comenzar esta sección.

Sección 5.1 Esta sección le informa qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si quiere que le paguemos nuestra parte del costo de su atención

Esta sección trata sobre sus beneficios de atención y servicios médicos. Estos beneficios están descritos en el Capítulo 4 de este folleto: "Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)" Para simplificarlo, generalmente nos referimos a "cobertura de atención médica" o "atención médica" en el resto de esta sección, en lugar de repetir "atención médica o tratamiento o servicios" cada vez. El término "atención médica" incluye los artículos y servicios médicos, así como los medicamentos recetados de Medicare Part B. En algunos casos, se aplican reglas diferentes a una solicitud por medicamentos recetados de Part B. En estos casos, explicaremos cómo las reglas para medicamentos recetados de Part B son diferentes de las reglas para artículos y servicios médicos.

Esta sección le informa qué puede hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes cinco situaciones:

1. No recibe cierta atención médica que desea y cree que esta atención está cubierta por nuestro plan.
2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor médico desea ofrecerle y que usted cree que está cubierta por el plan.
3. Recibió atención médica que cree que debería estar cubierta por el plan, pero le comunicamos que no pagaremos esta atención.
4. Recibió y pagó atención médica que cree que debería estar cubierta por el plan y quiere solicitar a nuestro plan que le reembolse esta atención.
5. Se le comunica que la cobertura para cierta atención médica que ha obtenido y que aprobamos anteriormente se reducirá o cancelará y usted cree que reducir o cancelar esta atención podría dañar su salud.

- NOTA: **Si la cobertura que se detendrá es para atención hospitalaria, atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF)**, debe leer una sección aparte de este capítulo porque se aplican reglas especiales a estos tipos de atención. Esto es lo que debe leer en esas situaciones:
    - Capítulo 7, Sección 6: *Cómo solicitarnos que cubramos una estadía hospitalaria como paciente hospitalizado más prolongada si cree que el médico lo dará de alta demasiado pronto.*
    - Capítulo 7, Sección 7: *Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura terminará demasiado pronto.* Esta sección trata solo sobre tres servicios: atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF).
- Para *todas las otras* situaciones que impliquen que le comuniquen que la atención médica que ha estado recibiendo será cancelada, use esta sección (Sección 5) como su guía para lo que debe hacer.

¿En cuál de las siguientes situaciones se encuentra?

Si está en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
Para saber si cubriremos la atención médica que desea.	Puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. Consulte la siguiente sección de este capítulo, **Sección 5.2**.

Si está en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
Si ya le informamos que no cubriremos ni pagaremos un servicio médico de la forma en que usted desea que esté cubierto o pagado.	Puede hacer una **apelación** (esto quiere decir que nos pide una reconsideración). Vaya a la **Sección 5.3** de este capítulo.
Si desea solicitarnos que le paguemos por atención médica que ya recibió y pagó.	Puede enviarnos la factura. Vaya a la **Sección 5.5** de este capítulo.

Sección 5.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo solicitar a nuestro plan que autorice o proporcione la cobertura de atención médica que desea)

Términos legales
Cuando una decisión de cobertura involucra su atención médica, esto se conoce como una **"determinación de la organización".**

<u>Paso 1:</u> 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 solicitar una **"decisión rápida de cobertura".**

Términos legales
Una "decisión rápida de cobertura" se conoce como una "**determinación acelerada**".

Cómo solicitar cobertura para la atención médica que desea

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitar que autoricemos u ofrezcamos cobertura para la atención médica que desea. Esto pueden hacerlo usted, su médico o su representante.
- Para obtener información detallada sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada "Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura sobre su atención médica".

Generalmente, usamos los plazos estándar para entregarle nuestra decisión

Cuando le comuniquemos nuestra decisión, usaremos los plazos "estándar", a menos que hayamos acordado usar los plazos "rápidos". **Una decisión estándar de cobertura significa que le comunicaremos una respuesta dentro de 14 días calendario** después de que recibamos su solicitud **por un artículo o servicio médico**. Si solicita un **medicamento recetado de Medicare Part B, le comunicaremos una respuesta dentro de 72 horas** después de haber recibido su solicitud.

- **Sin embargo,** para una solicitud **por un artículo o servicio médico podemos tardar hasta 14 días calendario adicionales** si pide más tiempo, o si necesitamos información (como historias clínicas de proveedores fuera de la red) que pueda beneficiarlo. Si decidimos tomar días adicionales para decidir, lo informaremos por escrito. No podemos tomar días adicionales para decidir si la solicitud se relaciona con un medicamento recetado de Medicare Part B.
- Si cree que *no* debemos tomar días adicionales, puede presentar un "reclamo rápido" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presente un reclamo rápido, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas (el proceso para hacer un reclamo es distinto al proceso de decisiones de cobertura y de apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso de hacer reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección 9 de este capítulo).

Si su salud lo requiere, solicite que tomemos una "decisión rápida de cobertura"

- **Una decisión rápida de cobertura significa que responderemos dentro de 72 horas si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si solicita un medicamento recetado de Medicare Part B, responderemos dentro de 24 horas.**
    - **Sin embargo**, para una solicitud **por un artículo o servicio médico podemos tardar hasta 14 días calendario adicionales** si descubrimos que falta información que podría beneficiarlo (como historias clínicas de proveedores fuera de la red), o si usted necesita tiempo para entregarnos información para la revisión. Si decidimos tomar días adicionales, le informaremos por escrito. No podemos tomar días adicionales para decidir si la solicitud se relaciona con un medicamento recetado de Medicare Part B.
    - Si cree que *no* debemos tomar días adicionales, puede presentar un "reclamo rápido" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales (para obtener más información sobre el proceso de hacer reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección 9 de este capítulo). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Para optar a una decisión rápida de cobertura, debe cumplir dos requisitos:**
    - Puede obtener una decisión rápida de cobertura *solo* si está solicitando cobertura de atención médica *que aún no ha recibido* (no puede obtener una decisión rápida de cobertura si su solicitud está relacionada con pagos por atención médica que ya haya recibido).
    - Puede obtener una decisión rápida de cobertura *solo* si el uso de los plazos estándar pudiera *causar daño grave a su salud o dañar su capacidad de funcionamiento*.

- **Si su médico le informa que su salud requiere una "decisión rápida de cobertura", aceptaremos automáticamente entregarle una decisión rápida de cobertura.**

- Si solicita una decisión rápida de cobertura por su cuenta, sin la ayuda de su médico, decidiremos si su salud requiere que le entreguemos una decisión rápida de cobertura.

    - Si decidimos que la afección no cumple los requisitos para una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta que lo indique (y usaremos los plazos estándar en su lugar).
    - Esta carta le informará que si su médico solicita la decisión rápida de cobertura, le entregaremos automáticamente una decisión rápida de cobertura.
    - En la carta también se le informará cómo puede presentar un "reclamo rápido" sobre nuestra decisión de darle una decisión estándar de cobertura en vez de la decisión rápida de cobertura que solicitó (para obtener más información sobre el proceso de hacer reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección 9 de este capítulo).

Paso 2: Consideramos su solicitud por cobertura de atención médica y le comunicaremos nuestra respuesta.

Plazos para una "decisión rápida de cobertura"

- Generalmente, para una decisión rápida de cobertura respecto de una solicitud por un artículo o servicio médico, le comunicaremos nuestra respuesta **dentro de 72 horas**. Si solicita un medicamento recetado de Medicare Part B, responderemos **dentro de 24 horas**.

    - Como se explicó anteriormente, podemos tardar hasta 14 días calendario adicionales en ciertas circunstancias. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión de cobertura, lo informaremos por escrito. No podemos tomar días adicionales para decidir si la solicitud se relaciona con un medicamento recetado de Medicare Part B.
    - Si cree que *no* debemos tomar días adicionales, puede presentar un "reclamo rápido" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presente un reclamo rápido, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas (para obtener más información sobre el proceso de hacer reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección 9 de este capítulo).
    - Si no le damos nuestra respuesta dentro de 72 horas (o si hay un período extendido al final de ese período), o 24 horas si su solicitud es para un medicamento recetado de Part B, tiene derecho a apelar. La Sección 5.3 a continuación indica cómo presentar una apelación.

- **Si nuestra respuesta es desfavorable a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado**, le enviaremos una explicación escrita detallada de por qué tomamos la decisión desfavorable.

Plazos para una "decisión estándar de cobertura"

- Generalmente, para una decisión estándar de cobertura respecto de una solicitud por un artículo o servicio médico, le comunicaremos nuestra respuesta **dentro de 14 días calendario desde que recibimos su solicitud**. Si solicita un medicamento recetado de Medicare Part B, le comunicaremos una respuesta **dentro de 72 horas** después de haber recibido su solicitud.
    - Para una solicitud por un artículo o servicio médico, podemos tardar hasta 14 días calendario adicionales ("un período extendido") en ciertas circunstancias. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión de cobertura, lo informaremos por escrito. No podemos tomar días adicionales para decidir si la solicitud se relaciona con un medicamento recetado de Medicare Part B.
    - Si cree que *no* debemos tomar días adicionales, puede presentar un "reclamo rápido" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presente un reclamo rápido, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas (para obtener más información sobre el proceso de hacer reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección 9 de este capítulo).
    - Si no le damos nuestra respuesta dentro de 14 días calendario (o si hay un período extendido al final de ese período), o 72 horas si su solicitud es por un medicamento recetado de Part B, tiene derecho a apelar. La Sección 5.3 a continuación indica cómo presentar una apelación.
- **Si nuestra respuesta es desfavorable a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado**, le enviaremos una declaración por escrito que explique el motivo de nuestra decisión.

<u>Paso 3:</u> Si damos una respuesta desfavorable a su solicitud de cobertura de atención médica, usted decide si desea presentar una apelación.

- Si nuestra respuesta es desfavorable, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos, y quizá que cambiemos, esta decisión mediante una apelación. Presentar una apelación significa hacer otro intento para recibir la cobertura de atención médica que desea.
- Si decide presentar una apelación, significa que avanza al Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la Sección 5.3 a continuación).

Sección 5.3 Paso a paso: 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 relacionada con una decisión de cobertura de atención médica se conoce como **"reconsideración"** del plan.

Paso 1: Se comunica con nosotros y presenta su apelación. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una **"apelación rápida".**

Lo que debe hacer

- **Para comenzar una apelación, usted, su médico o su representante deben comunicarse con nosotros.** Para obtener información detallada sobre cómo comunicarse con nosotros para cualquier fin relacionado con su apelación, consulte el Capítulo 2, Sección 1, y busque la sección llamada "Cómo comunicarse con nosotros cuando está haciendo una apelación sobre su atención médica".
- **Si está solicitando una apelación estándar, presente su apelación estándar por escrito con una solicitud.** También puede solicitar una apelación si nos llama al número de teléfono que aparece en el Capítulo 2, Sección 1 ("Cómo comunicarse con nosotros cuando está haciendo una apelación sobre su atención médica").
    - Si alguien apela nuestra decisión en su representación además de usted o su médico, su apelación debe incluir un formulario de Nombramiento de representante que autorice a esta persona a representarlo (para obtener el formulario, llame a Relaciones con el Cliente [los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto] y solicite el formulario de "Nombramiento de representante". También está disponible en el sitio web de Medicare https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web www.thpmp.org). Aunque podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podremos comenzar o concluir nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario dentro de 44 días calendario después de recibir su solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será desestimada. Si esto ocurre, le enviaremos una notificación por escrito que explique su derecho a pedirle a la Organización de Revisión Independiente que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- **Si está solicitando una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos** al número de teléfono que aparece en el Capítulo 2, Sección 1 ("Cómo comunicarse con nosotros cuando está haciendo una apelación sobre su atención médica").

- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de 60 días calendario** desde la fecha que aparece en la notificación por escrito en la que enviamos nuestra respuesta a su solicitud de una decisión de cobertura. Si no cumple el plazo y tiene un buen motivo para hacerlo, explique el motivo por el cual su apelación está retrasada cuando la presente. Es posible que le demos más tiempo para que haga su apelación. Algunos ejemplos de causa suficiente para no cumplir el plazo pueden incluir si tuvo una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.

- **Puede solicitar una copia de la información sobre su decisión médica y agregar más información para respaldar su apelación.**

  - Tiene derecho a solicitarnos una copia de la información relacionada con su apelación.
  - Si lo desea, usted y su médico pueden entregarnos información adicional para respaldar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una "apelación rápida" (nos puede llamar para hacer la solicitud)

Términos legales
Una "apelación rápida" también se conoce como una **"reconsideración acelerada".**

- Si está haciendo una apelación por una decisión que hayamos tomado sobre la cobertura de una atención que aún no ha recibido, usted o su médico tendrán que decidir si necesita una "apelación rápida".
- Los requisitos y procedimientos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que para obtener una "decisión rápida de cobertura". Para solicitar una apelación rápida, siga las instrucciones para solicitar una decisión rápida de cobertura (estas instrucciones se proporcionaron anteriormente en esta sección).
- Si su médico nos dice que su salud requiere una "apelación rápida", le daremos una.

Paso 2: Consideramos su apelación y le comunicamos nuestra respuesta.

- Cuando nuestro plan está analizando su apelación, volvemos a revisar bien toda la información sobre su solicitud para cobertura de atención médica. Revisamos para asegurarnos de que seguimos todas las reglas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si es necesario. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico para obtener más información.

Plazos para una "apelación rápida"

- Si usamos los plazos rápidos, debemos comunicarle nuestra respuesta **dentro de 72 horas después de recibir su apelación**. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.

- Sin embargo, si solicita más tiempo o si necesitamos recopilar más información que lo pueda beneficiar, **podemos demorarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es por un artículo o servicio médico. Si decidimos tomar días adicionales para decidir, le informaremos por escrito. No podemos tomar días adicionales para decidir si la solicitud se relaciona con un medicamento recetado de Medicare Part B.
- Si no le comunicamos una respuesta dentro de 72 horas (o al final del período extendido si tomamos días adicionales), debemos enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, hablaremos sobre esta organización y explicaremos lo que ocurre en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.

- **Si nuestra respuesta es favorable a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado,** debemos autorizar o proveer la cobertura que acordamos proveer dentro de 72 horas después de haber recibido su apelación.
- **Si nuestra respuesta es desfavorable a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado,** enviaremos automáticamente su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una apelación de Nivel 2.

Plazos para una "apelación estándar"

- Si estamos usando los plazos estándar, debemos comunicarle nuestra respuesta sobre una solicitud por un artículo o servicio médico **dentro de 30 días calendario** después de recibir su apelación si esta es sobre cobertura de servicios que aún no ha recibido. Si su solicitud es por un medicamento recetado de Medicare Part B que aún no ha recibido, le comunicaremos nuestra respuesta **dentro de 7 días calendario** después de haber recibido su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si su estado de salud así lo requiere.

  - Sin embargo, si solicita más tiempo o si necesitamos recopilar más información que lo pueda beneficiar, **podemos demorarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es por un artículo o servicio médico. Si decidimos tomar días adicionales para decidir, le informaremos por escrito. No podemos tomar días adicionales para decidir si la solicitud se relaciona con un medicamento recetado de Medicare Part B.
  - Si cree que *no* debemos tomar días adicionales, puede presentar un "reclamo rápido" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presente un reclamo rápido, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas (para obtener más información sobre el proceso de hacer reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección 9 de este capítulo).
  - Si no le damos una respuesta dentro del plazo correspondiente antes indicado (o al final del período extendido si tomamos días adicionales en su solicitud para un artículo o servicio médico), debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, hablaremos sobre esta organización de revisión y explicaremos lo que ocurre en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.

- **Si nuestra respuesta es favorable a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado**, debemos autorizar o proveer la cobertura que acordamos proveer dentro de 30 días calendario si su solicitud es por un artículo o servicio médico, o **dentro de 7 días calendario** si su solicitud es por un medicamento recetado de Medicare Part B.
- **Si nuestra respuesta es desfavorable a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado**, enviaremos automáticamente su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una apelación de Nivel 2.

Paso 3: Si la respuesta del plan es desfavorable a parte o a la totalidad de su apelación, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para garantizar que seguimos todas las reglas cuando rechazamos la apelación, **tenemos la obligación de enviar la apelación a una "Organización de Revisión Independiente".** Cuando hacemos esto, quiere decir que su apelación pasará al siguiente nivel del proceso de apelaciones, que corresponde al Nivel 2.

Sección 5.4 Paso a paso: Cómo se presenta una apelación de Nivel 2

Si rechazamos su apelación de Nivel 1, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa nuestra decisión de su primera apelación. Esta organización decide si deberíamos cambiar la decisión que tomamos.

Términos legales
El nombre formal de la "Organización de Revisión Independiente" es la **"Entidad de Revisión Independiente".** En ocasiones se denomina **"IRE"**.

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

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente que tiene contrato con Medicare.** Esta organización no tiene relación con nosotros y no es un organismo del gobierno. Esta organización es una empresa que Medicare escoge para realizar el trabajo de la Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina "archivo de caso". **Tiene derecho a solicitarnos una copia de su archivo de caso.**
- Tiene derecho a proporcionarle información adicional a la Organización de Revisión Independiente para respaldar la apelación.
- Los revisores en la Organización de Revisión Independiente examinarán atentamente toda la información relacionada con la apelación.

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

- Si tuvo una apelación rápida con nuestro plan en el Nivel 1, automáticamente tendrá una apelación rápida en el Nivel 2. La organización de revisión debe comunicarle una respuesta sobre su apelación de Nivel 2 **dentro de 72 horas** desde que recibe su apelación.
- Sin embargo, si la solicitud es por un artículo o servicio médico y la Organización de Revisión Independiente necesita recopilar más información que puede beneficiarlo, **puede demorar hasta 14 días calendario adicionales**. La Organización de Revisión Independiente no puede tomarse días adicionales para tomar una decisión si la solicitud se relaciona con un medicamento recetado de Medicare Part B.

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

- Si tuvo una apelación estándar con nuestro plan en el Nivel 1, automáticamente tendrá una apelación estándar en el Nivel 2. Si su solicitud es por un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe comunicarle una respuesta sobre su apelación de Nivel 2 **dentro de 30 días calendario** desde que recibe su apelación. Si su solicitud es por un medicamento recetado de Medicare Part B, la organización de revisión debe comunicarle una respuesta sobre su apelación de Nivel 2 **dentro de 7 días calendario** desde que recibe su apelación.
- Sin embargo, si la solicitud es por un artículo o servicio médico y la Organización de Revisión Independiente necesita recopilar más información que puede beneficiarlo, **puede demorar hasta 14 días calendario adicionales**. La Organización de Revisión Independiente no puede tomarse días adicionales para tomar una decisión si la solicitud se relaciona con un medicamento recetado de Medicare Part B.

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente le comunica su respuesta.

La Organización de Revisión Independiente le informará su decisión por escrito y le explicará los motivos.

- **Si la respuesta de la organización de revisión es favorable a parte o a la totalidad de una solicitud por un artículo o servicio médico,** debemos autorizar la cobertura de la atención médica dentro de 72 horas o proveer el servicio dentro de 14 días calendario después de haber recibido la decisión de la organización de revisión para solicitudes estándar; o dentro de 72 horas desde la fecha que recibimos la decisión de la organización de revisión para solicitudes aceleradas.
- **Si la respuesta de la organización de revisión es favorable a parte o a la totalidad de una solicitud por un medicamento recetado de Medicare Part B,** debemos autorizar o proveer el medicamento recetado de Part B en disputa dentro de **72 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión para **solicitudes estándar** o dentro de **24 horas** desde la fecha que recibimos la decisión de la organización de revisión para **solicitudes aceleradas**.
- **Si la respuesta de esta organización es desfavorable a parte o a la totalidad de su apelación**, significa que están de acuerdo con nosotros en que no se debería aprobar su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura para atención médica (esto se llama "mantener la decisión". También se llama "rechazar la apelación").

- Si la Organización de Revisión Independiente "mantiene la decisión", usted tiene derecho a una apelación de Nivel 3. Sin embargo, para hacer otra apelación en el Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura de atención médica que está solicitando debe cumplir ciertos requisitos mínimos. Si el valor en dólares de la cobertura que está solicitando es muy bajo, no puede hacer otra apelación, lo que significa que la decisión en el Nivel 2 es definitiva. La notificación por escrito que recibe de la Organización de Revisión Independiente le indicará cómo averiguar la cantidad en dólares para continuar el proceso de apelaciones.

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

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación).
- Si se rechaza la apelación de Nivel 2 y usted cumple los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si quiere avanzar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. La información detallada sobre cómo hacer esto se encuentra en la notificación por escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es procesada por un juez de Derecho Administrativo o un juez mediador. La Sección 8 de este capítulo contiene más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 5.5 ¿Qué ocurre si nos solicita que le paguemos nuestra parte de una factura que recibió por atención médica?

Si desea solicitarnos el pago por una atención médica, lea primero el Capítulo 5 de este folleto: *Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted recibió por servicios médicos cubiertos.* El Capítulo 5 describe las situaciones en las que tal vez necesite solicitarnos reembolso o pagar una factura que le haya enviado un proveedor. También explica cómo enviarnos el papeleo para la solicitud de pago.

Solicitarnos el reembolso significa solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura

Si nos envía el papeleo para solicitar el reembolso, nos está solicitando que tomemos una decisión de cobertura (para obtener más información sobre decisiones de cobertura, consulte la Sección 4.1 de este capítulo). Para tomar esta decisión de cobertura, revisaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto. Consulte el Capítulo 4: "Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)". También revisaremos si siguió todas las reglas para usar su cobertura para atención médica (estas reglas se indican en el Capítulo 3 de este folleto: "Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos").

Aceptaremos o no aceptaremos su solicitud

- Si la atención médica que pagó está cubierta y usted siguió las reglas, le enviaremos el pago por nuestra parte del costo de su atención médica dentro de 60 días calendario después de haber recibido su solicitud. O, si no ha pagado por los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor (cuando enviamos el pago, es lo mismo que *aceptar* su solicitud de una decisión de cobertura).
- Si la atención médica *no* está cubierta y usted *no* siguió las reglas, no enviaremos el pago. En cambio, le enviaremos una carta que indique que no pagaremos por los servicios y los motivos detallados (cuando rechazamos su solicitud de pago, es lo mismo que *no aceptar* su solicitud de una decisión de cobertura).

¿Qué pasa si solicita el pago y le decimos que no pagaremos?

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar la solicitud, **puede hacer una apelación**. Si hace una apelación, significa que nos está solicitando cambiar la decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para hacer esta apelación, siga los procesos para apelaciones que describimos en la Sección 5.3. Consulte esta sección para ver las instrucciones paso a paso. Cuando siga estas instrucciones, tome en cuenta lo siguiente:

- Si hace una apelación para reembolso, debemos comunicarle nuestra respuesta dentro de 60 días calendario después de recibir su apelación (si nos está solicitando el pago de una atención médica que ya recibió y pagó, no puede solicitar una apelación rápida).
- Si la Organización de Revisión Independiente revierte nuestra decisión de rechazar el pago, debemos enviarle el pago solicitado o enviarlo al proveedor dentro de 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es favorable en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviar el pago solicitado a usted o al proveedor dentro de 60 días calendario.

SECCIÓN 6 Cómo solicitarnos que cubramos una estadía hospitalaria como paciente hospitalizado más prolongada si cree que el médico lo dará de alta demasiado pronto

Si lo ingresan a un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre nuestra cobertura de atención hospitalaria, incluidas las limitaciones de esta cobertura, consulte el Capítulo 4 de este folleto: “Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)”.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararlo para el día que lo den de alta del hospital. También ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar después de que lo den de alta.

- El día que se va del hospital se llama "**fecha de alta**."
- Cuando se decida la fecha de alta, su médico o el personal del hospital le informará cuál es esa fecha.
- Si cree que le darán el alta demasiado pronto, puede solicitar una hospitalización prolongada y se considerará su solicitud. Esta sección explica cómo hacer la solicitud.

Sección 6.1 Durante su estadía hospitalaria como paciente hospitalizado, recibirá una notificación por escrito de Medicare que le informará sus derechos

Durante su hospitalización cubierta, recibirá una notificación por escrito de Medicare llamada *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todos los que pertenezcan a Medicare reciben una copia de esta notificación cuando se hospitalizan. Alguien en el hospital (por ejemplo, un trabajador social o enfermera) debe darle esta notificación dentro de los dos días posteriores a su ingreso. Si no recibe la notificación, pídasela a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

1. **Lea esta notificación detenidamente y pregunte si no entiende algo.** Allí se señalan sus derechos como paciente hospitalizado, por ejemplo:

   - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de la hospitalización, según lo indique su médico. Esto incluye el derecho de conocer cuáles son estos servicios, quién los pagará y dónde los puede obtener.
   - Su derecho a participar en todas las decisiones sobre su hospitalización y saber quién la pagará.
   - Dónde informar cualquier inquietud que pueda tener sobre la calidad de su atención hospitalaria.
   - Su derecho a apelar la decisión de alta si cree que está recibiendo el alta del hospital demasiado pronto.

Términos legales
La notificación por escrito de Medicare explica cómo puede "**solicitar una revisión inmediata**". Solicitar una revisión inmediata es una manera formal y legal de solicitar un aplazamiento de la fecha de alta, de manera que cubramos su atención hospitalaria por más tiempo (la Sección 6.2 a continuación explica cómo puede solicitar una revisión inmediata).

2. **Debe firmar la notificación por escrito para indicar que la recibió y entendió sus derechos.**

   - Usted o alguien que actúa en su representación deben firmar la notificación (la Sección 4 de este capítulo explica cómo dar un permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante).
   - Firmar la notificación *solo* indica que recibió la información sobre sus derechos. La notificación no indica la fecha de alta (su médico o el personal del hospital se la dirán). Firmar la notificación ***no* significa** que está aceptando una fecha de alta.

3. **Guarde su copia** de la notificación para que tenga a mano la información sobre cómo hacer una apelación (o informar una inquietud relacionada con la calidad de la atención) si la necesita.

   - Si firma la notificación más de dos días antes del día que recibe el alta, le darán otra copia antes de que se programe el alta.
   - Para ver una copia de esta notificación con anticipación, puede llamar a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227) 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver la notificación en línea en www.medicare.gov/claims- appeals/your-right-to-a-fast-appeal/getting-a-fast-appeal-in-a-hospital.

Sección 6.2 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital

Si desea solicitarnos prolongar la cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados, tendrá que usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, debe entender lo que necesita hacer y cuáles son los plazos.

- **Seguir el proceso.** A continuación se explica cada paso en los dos primeros niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumplir los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de entender y cumplir los plazos que se aplican a los pasos que debe realizar.
- **Pedir ayuda si la necesita**. Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto). O llame a su SHIP, organización gubernamental que provee ayuda personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisará su apelación. Revisará si la fecha de alta planificada es médicamente apropiada para usted.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad en su estado y solicite una "revisión rápida" de su alta del hospital. Debe actuar rápidamente.

¿Qué es la Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

- Esta organización es un grupo de médicos y otros profesionales del cuidado de la salud que paga el gobierno federal. Estos expertos no son parte de nuestro plan. Esta organización recibe pagos de Medicare para supervisar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta del hospital para personas que pertenecen a Medicare.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- La notificación por escrito que recibe (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) explica cómo comunicarse con esta organización (o busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad en su estado en el Capítulo 2, Sección 4 de este folleto).

Actúe con rapidez:

- Para hacer una apelación, debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *antes* de dejar el hospital, **a más tardar la medianoche de la fecha de alta** (la "fecha de alta planificada" es la fecha que se estableció para que deje el hospital).
  - Si cumple este plazo, tiene permitido permanecer en el hospital *después* de la fecha de alta *sin pagar por ello* mientras espera la decisión de la apelación de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.
  - Si *no* cumple con este plazo y decide permanecer hospitalizado después de su fecha de alta planificada, *tendrá que pagar todos los costos* por la atención hospitalaria que recibe después de su fecha de alta planificada.
- Si no cumple el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, y todavía desea apelar, debe presentar la apelación directamente ante nuestro plan. Para obtener más detalles sobre esta otra forma de presentar una apelación, consulte la Sección 6.4.

Solicite una "revisión rápida":

- Debe solicitar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad una **"revisión rápida"** de su alta. Solicitar una "revisión rápida" significa que está solicitando a la organización que use los plazos "rápidos" para una apelación, en vez de usar los plazos estándar.

Términos legales
Una "**revisión rápida**" también se llama una "**revisión inmediata**" o una "**revisión acelerada**".

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

¿Qué ocurre durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud en la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (los llamaremos "los revisores" para fines prácticos) le preguntarán (a usted o a su representante) por qué considera que debería continuar la cobertura para los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores también examinarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hayamos dado.
- Al mediodía después del día que los revisores hayan informado a nuestro plan sobre su apelación, usted recibirá una notificación por escrito con la fecha de alta planificada y los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es adecuado (médicamente apropiado) que le den el alta en esa fecha.

Términos legales
Esta explicación por escrito se conoce como "**Notificación de alta detallada**". Para obtener un ejemplo de esta notificación, puede llamar a Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver un ejemplo de esta notificación en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html

Paso 3: Dentro de un día completo a partir del día que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad tenga toda la información necesaria, le informarán la decisión de su apelación.

¿Qué ocurre si la respuesta es favorable?

- Si la respuesta de la organización de revisión a su apelación es *favorable*, **debemos seguir proveyendo los servicios hospitalarios cubiertos para pacientes hospitalizados, siempre y cuando sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que continuar con el pago de su parte de los costos (como deducibles o copagos, si se aplican). Además, es posible que sus servicios hospitalarios cubiertos tengan limitaciones (consulte el Capítulo 4 de este folleto).

¿Qué ocurre si la respuesta es desfavorable?

- Si la respuesta de la organización de revisión a su apelación es *desfavorable*, significa que su fecha de alta planificada es médicamente apropiada. Si esto ocurre, **terminará nuestra cobertura para sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados** al mediodía del día *después* de que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le haya informado su respuesta a la apelación.
- Si la respuesta de la organización de revisión a su apelación es *desfavorable* y usted decide permanecer en el hospital, **tendrá que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que haya recibido después del mediodía del día posterior a que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le haya comunicado la respuesta a su apelación.

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

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechazó su apelación *y* usted permanece en el hospital después de la fecha de alta planificada, puede hacer otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasará al "Nivel 2" del proceso de apelaciones.

Sección 6.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de alta del hospital

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechazó su apelación *y* usted permanece en el hospital después de la fecha de alta planificada, puede hacer una apelación de Nivel 2. Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que reconsidere la decisión que tomaron durante la primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechazó su apelación de Nivel 2, tendrá que pagar el costo total por su estadía después de la fecha de alta planificada.

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

Paso 1: Comunicarse nuevamente con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicitar otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de 60 días calendario** después de que la respuesta de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad a su apelación de Nivel 1 sea *desfavorable*. Puede solicitar esta revisión solo si permaneció en el hospital después de la fecha de término de la cobertura de la atención.

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

- Los revisores en la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverán a revisar atentamente toda la información relacionada con la apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de una segunda revisión, los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad tomarán una decisión sobre su apelación y se la informarán.

Si la respuesta de la organización de revisión es favorable:

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte del costo de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día después que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechazó su primera apelación. **Debemos seguir proporcionando cobertura de la atención hospitalaria para pacientes hospitalizados, siempre y cuando sea médicamente necesaria.**
- Usted debe seguir pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la respuesta de la organización de revisión es desfavorable:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomamos sobre su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán. Esto se llama "mantener la decisión".
- La notificación que recibirá indicará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. También indicará los detalles sobre cómo pasar al nivel siguiente de apelación, que está a cargo de un juez de Derecho Administrativo o un juez mediador.

Paso 4: Si la respuesta es desfavorable, tendrá que decidir si desea continuar con la apelación pasando al Nivel 3.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si la organización de revisión rechaza su apelación de Nivel 2, usted puede decidir si acepta esa decisión o si continúa con el Nivel 3 y presenta otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es revisada por un juez de Derecho Administrativo o un juez mediador.
- La Sección 8 de este capítulo contiene más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 6.4 ¿Qué ocurre si no cumple el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?

Puede presentar su apelación ante nosotros, si desea

Como se explica en la Sección 6.2, debe actuar rápidamente para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y comenzar su primera apelación del alta hospitalaria ("rápidamente" significa antes de salir del hospital y a más tardar en la fecha de alta planificada, lo que ocurra primero). Si no cumple el plazo para comunicarse con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación.

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

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

Si no cumple el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, puede presentar una apelación ante nosotros y solicitar una "revisión rápida". Una revisión rápida es una apelación que usa plazos rápidos en lugar de plazos estándar.

Términos legales
Una "revisión rápida" (o "apelación rápida") también se llama una "**apelación acelerada**".

Paso 1: Comunicarse con nosotros y solicitar una "revisión rápida".

- Para obtener información detallada sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección 1, y busque la sección llamada "Cómo comunicarse con nosotros cuando está haciendo una apelación sobre su atención médica".
- **Asegúrese de solicitar una "revisión rápida"**. Esto quiere decir que nos pide que le demos una respuesta con los plazos "rápidos" en lugar de hacerlo con los plazos "estándar".

Paso 2: Hacemos una "revisión rápida" de su fecha de alta planificada para verificar si es médicamente apropiada.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su hospitalización. Revisamos si la fecha de alta planificada es médicamente apropiada. Revisaremos si la decisión sobre su alta del hospital es justa y si siguió todas las reglas.
- En esta situación, usaremos los plazos "rápidos" en vez de los plazos "estándar" para informarle la respuesta a esta revisión.

Paso 3: Le comunicaremos nuestra decisión dentro de 72 horas después de solicitar la "revisión rápida" ("apelación rápida").

- **Si nuestra respuesta a su apelación rápida es favorable,** significa que estamos de acuerdo con usted sobre la necesidad de que permanezca en el hospital después de la fecha de alta y seguiremos cubriendo los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados en la medida en que sean médicamente necesarios. Además, quiere decir que hemos acordado reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha que indicamos como la finalización de su cobertura (debe pagar su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si nuestra respuesta a su apelación rápida es desfavorable,** significa que su fecha de alta planificada era médicamente apropiada. Nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados terminará a partir del día que indicamos como la finalización de la cobertura.
    - Si permaneció en el hospital *después* de su fecha de alta planificada, **tendrá que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha de alta planificada.

<u>Paso 4:</u> Si nuestra respuesta a su apelación rápida es *desfavorable*, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para garantizar que seguimos todas las reglas cuando rechazamos su apelación rápida, **tenemos la obligación de enviar la apelación a una "Organización de Revisión Independiente".** Cuando hacemos esto, quiere decir que pasará *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

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

Durante la apelación de Nivel 2, una **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su "apelación rápida". Esta organización decide si deberíamos cambiar la decisión que tomamos.

Términos legales
El nombre formal de la "Organización de Revisión Independiente" es la **"Entidad de Revisión Independiente".** En ocasiones se denomina **"IRE"**.

<u>Paso 1:</u> Enviaremos automáticamente su caso a la Organización de Revisión Independiente.

- Tenemos la obligación de enviar la información de la apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente dentro de 24 horas desde que le informamos que rechazaríamos la primera apelación (si considera que no cumplimos este plazo u otros plazos, puede hacer un reclamo. El proceso de reclamo es distinto al proceso de apelación. La Sección 9 de este capítulo indica cómo hacer un reclamo).

<u>Paso 2:</u> La Organización de Revisión Independiente realiza una "revisión rápida" de la apelación. Los revisores le comunican una respuesta dentro de 72 horas.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente que tiene contrato con Medicare.** Esta organización no tiene relación con nuestro plan y no es un organismo del gobierno. Esta organización es una empresa que Medicare escoge para realizar el trabajo de la Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores en la Organización de Revisión Independiente examinarán atentamente toda la información relacionada con la apelación de su alta del hospital.

- **Si la respuesta de esta organización a su apelación es *favorable,*** entonces debemos reembolsarle (pagarle) nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde la fecha de su alta planificada. También debemos seguir proporcionando la cobertura del plan para los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados, siempre y cuando sean médicamente necesarios. Usted debe seguir pagando su parte de los costos. Si hay limitaciones de cobertura, estas podrían restringir la cantidad que podríamos reembolsar o el tiempo durante el cual podríamos seguir con la cobertura de los servicios.
- **Si la respuesta de la organización a su apelación es *desfavorable,*** significa que están de acuerdo con nosotros en que la fecha de alta planificada era médicamente apropiada.
    - La notificación que recibirá de la Organización de Revisión Independiente indicará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. También indicará los detalles sobre cómo pasar a una apelación de Nivel 3, que está a cargo de un juez de Derecho Administrativo o un juez mediador.

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

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, puede decidir si acepta la decisión o si continúa con el Nivel 3 y presenta una tercera apelación.
- La Sección 8 de este capítulo contiene más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura terminará demasiado pronto

Sección 7.1 *Esta sección trata solosobre tres servicios:* Atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada y servicios de un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF)

Esta sección es *solo* sobre los siguientes tipos de atención:

- **Servicios de atención médica a domicilio** que esté recibiendo.
- **Atención de enfermería especializada** que esté recibiendo como paciente en un centro de enfermería especializada (para conocer los requisitos para ser considerado en un "centro de enfermería especializada", consulte el Capítulo 10 "Definiciones de palabras importantes").
- **Atención de rehabilitación** que esté recibiendo como paciente de un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) aprobado por Medicare. Normalmente, esto significa que está recibiendo tratamiento por una enfermedad o accidente, o que se está recuperando de una cirugía mayor (para obtener más información acerca de este tipo de centro, consulte el Capítulo 10 "Definiciones de palabras importantes").

Si recibe alguno de estos tipos de atención, tiene derecho a seguir recibiendo los servicios cubiertos para ese tipo de atención en la medida que la atención se 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 de cobertura que se pueda aplicar, consulte el Capítulo 4 de este folleto: "Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)".

Cuando decidamos que es momento de dejar de cubrir cualquiera de estos tres tipos de atención para usted, estamos obligados a comunicárselo con anticipación. Cuando termine su cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar nuestra parte de los costos de su atención.*

Si cree que terminaremos la cobertura de su atención demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. Esta sección explica cómo presentar una apelación.

Sección 7.2 Le informaremos con anticipación cuándo terminará su cobertura

1. **Recibirá una notificación por escrito.** Al menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención, recibirá una notificación.

    - La notificación por escrito le comunicará la fecha en que dejaremos de cubrir su atención.
    - La notificación por escrito también le informará lo que puede hacer si desea que nuestro plan cambie esta decisión sobre cuándo terminar su atención y siga cubriéndola por un período más largo.

Términos legales
La notificación por escrito le comunica lo que puede hacer y, al mismo tiempo, cómo puede solicitar una **"apelación por vía rápida".** Solicitar una apelación por vía rápida es una manera legal y formal para solicitar un cambio de nuestra decisión de cobertura sobre cuándo terminar su atención (la Sección 7.3 a continuación le informa cómo solicitar una apelación por vía rápida).
La notificación por escrito se conoce como **"Notificación de No Cobertura de Medicare".**

2. **Le pediremos que firme la notificación por escrito para indicar que la recibió.**

    - Usted o alguien que actúa en su representación deben firmar la notificación (la Sección 4 explica cómo dar un permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante).
    - Firmar la notificación *solo* indica que recibió la información sobre cuándo se terminará su cobertura. **Firmarla no significa que está de acuerdo** con el plan con respecto a que es momento de dejar de recibir atención.

Sección 7.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que el plan cubra la atención por más tiempo

Si desea que cubramos su atención durante un período más prolongado, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, debe entender lo que necesita hacer y cuáles son los plazos.

- **Seguir el proceso.** A continuación se explica cada paso en los dos primeros niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumplir los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de entender y cumplir los plazos que se aplican a los pasos que debe realizar. También existen plazos que nuestro plan debe cumplir (si considera que no cumplimos nuestros plazos, puede presentar un reclamo. La Sección 9 de este capítulo indica cómo presentar un reclamo).
- **Pedir ayuda si la necesita**. Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto). O llame a su SHIP, organización gubernamental que provee ayuda personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisará su apelación y decidirá si desea cambiar la decisión tomada por nuestro plan.

Paso 1: Presenta su apelación de Nivel 1: se comunica con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad en su estado y solicita una revisión. Debe actuar rápidamente.

¿Qué es la Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

- Esta organización es un grupo de médicos y otros expertos de atención médica que paga el gobierno federal. Estos expertos no son parte de nuestro plan. Ellos verifican la calidad de la atención médica recibida por las personas que son beneficiarias de Medicare y revisan decisiones del plan sobre cuándo es 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 busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad en su estado en el Capítulo 2, Sección 4 de este folleto).

¿Qué debería solicitar?

- Solicite una “apelación por vía rápida” a esta organización (que realice una revisión independiente) sobre si es médicamente adecuado que terminemos la cobertura de sus servicios médicos.

Su plazo para comunicarse con esta organización.

- Debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para iniciar su apelación antes del mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigor de la Notificación de No Cobertura de Medicare.

- Si no cumple el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, y todavía desea hacer una apelación, debe presentar la apelación directamente ante nosotros. Para obtener más detalles sobre esta otra forma de presentar una apelación, consulte la Sección 7.5.

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

¿Qué ocurre durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud en la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (los llamaremos "los revisores" para fines prácticos) le preguntarán (a usted o a su representante) por qué considera que debería continuar la cobertura para los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- La organización de revisión también examinará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que nuestro plan le haya dado.
- Al final, los revisores nos informarán sobre su apelación y también le enviaremos una notificación por escrito que le explicará con detalle nuestros motivos para terminar la cobertura de sus servicios.

Términos legales
Esta notificación se conoce como **"Explicación Detallada de No Cobertura".**

Paso 3: Dentro de un plazo de un día después que tengan toda la información necesaria, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué ocurre si los revisores aceptan su apelación?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, **debemos seguir proporcionando sus servicios cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Usted tendrá que continuar con el pago de su parte de los costos (como deducibles o copagos, si se aplican). Además, puede haber límites para sus servicios cubiertos (consulte el Capítulo 4 de este folleto).

¿Qué ocurre si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores *rechazan* su apelación, **su cobertura terminará en la fecha que le comunicamos.** Dejaremos de pagar nuestra parte de los costos de esta atención en la fecha indicada en la notificación.
- Si decide seguir recibiendo atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) *después* de la fecha en que termine su cobertura, entonces **tendrá que pagar el costo total** de esta atención.

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

- Esta primera apelación que presenta es el "Nivel 1" del proceso de apelaciones. Si los revisores *rechazan* su apelación de Nivel 1, y usted decide seguir recibiendo atención después que la cobertura de su atención haya terminado, entonces puede presentar otra apelación.
- Presentar otra apelación significa que pasará al "Nivel 2" del proceso de apelaciones.

Sección 7.4 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que el plan cubra la atención por más tiempo

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechazó su apelación y usted decide seguir recibiendo atención después que la cobertura de su atención haya terminado, entonces puede presentar una apelación de Nivel 2. Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que reconsidere la decisión que tomaron durante la primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que usted deba pagar el costo total de su atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) *después* de la fecha que indicamos como la finalización de su cobertura.

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

Paso 1: Comunicarse nuevamente con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicitar otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de 60 días** después de la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad haya *rechazado* su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si siguió recibiendo atención después de la fecha en que terminó la cobertura de su atención.

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

- Los revisores en la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverán a revisar atentamente toda la información relacionada con la apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días posteriores a la recepción de su solicitud de apelación, los revisores decidirán sobre su apelación y le comunicarán su decisión.

¿Qué ocurre si la organización de revisión acepta su apelación?

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención que recibió desde la fecha que indicamos como la finalización de su cobertura. **Debemos seguir proveyendo cobertura** para la atención por el tiempo que sea médicamente necesario.
- Usted debe seguir pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué ocurre 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 indicará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. También indicará los detalles sobre cómo pasar al nivel siguiente de apelación, que está a cargo de un juez de Derecho Administrativo o un juez mediador.

Paso 4: Si la respuesta es desfavorable, tendrá que decidir si desea continuar con la apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, puede decidir aceptar esa decisión o continuar al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es revisada por un juez de Derecho Administrativo o un juez mediador.
- La Sección 8 de este capítulo contiene más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 7.5 ¿Qué ocurre si no cumple el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?

Puede presentar su apelación ante nosotros, si desea

Como se explica en la Sección 7.3, debe actuar rápidamente para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y comenzar su primera apelación (dentro de un día o dos, como máximo). Si no cumple el plazo para comunicarse con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación. Si utiliza esta otra forma de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes.*

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

Si no cumple el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, puede presentar una apelación ante nosotros y solicitar una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que usa plazos rápidos en lugar de plazos estándar.

A continuación, detallamos los pasos de una apelación alternativa de Nivel 1:

Términos legales
Una “revisión rápida” (o “apelación rápida”) también se llama una “**apelación acelerada**”.

Paso 1: Comunicarse con nosotros y solicitar una “revisión rápida”.

- Para obtener información detallada sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección 1, y busque la sección llamada “Cómo comunicarse con nosotros cuando está haciendo una apelación sobre su atención médica”.
- **Asegúrese de solicitar una “revisión rápida”**. Esto quiere decir que nos pide que le demos una respuesta con los plazos “rápidos” en lugar de hacerlo con los plazos “estándar”.

Paso 2: Realizamos una “revisión rápida” de la decisión que tomamos sobre cuándo terminar la cobertura de sus servicios.

- Durante esta revisión, analizamos nuevamente toda la información sobre su caso. Verificamos si cumplimos todas las reglas cuando fijamos la fecha para terminar la cobertura del plan de sus servicios cuando los estaba recibiendo.
- Usaremos los plazos “rápidos” en vez de los plazos “estándar” para entregarle la respuesta de esta revisión.

Paso 3: Le comunicaremos nuestra decisión dentro de 72 horas después de solicitar la “revisión rápida” (“apelación rápida”).

- **Si nuestra respuesta a su apelación rápida es favorable,** significa que estamos de acuerdo con usted respecto a que necesita servicios por más tiempo y seguiremos proporcionando sus servicios cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario. Además, quiere decir que hemos acordado reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha que indicamos como la finalización de su cobertura (debe pagar su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación rápida,** su cobertura terminará en la fecha que le informamos y no pagaremos ninguna parte de los costos a partir de esa fecha.
- Si siguió recibiendo atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) *después* de la fecha que indicamos como la finalización de su cobertura, entonces **tendrá que pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: Si *rechazamos* su apelación rápida, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para garantizar que seguimos todas las reglas cuando rechazamos su apelación rápida, **tenemos la obligación de enviar la apelación a una "Organización de Revisión Independiente".** Cuando hacemos esto, quiere decir que pasará *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

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

Durante la apelación de Nivel 2, una **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su "apelación rápida". Esta organización decide si deberíamos cambiar la decisión que tomamos.

Términos legales
El nombre formal de la "Organización de Revisión Independiente" es la **"Entidad de Revisión Independiente".** En ocasiones se denomina **"IRE"**.

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

- Tenemos la obligación de enviar la información de la apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente dentro de 24 horas desde que le informamos que rechazaríamos la primera apelación (si considera que no cumplimos este plazo u otros plazos, puede hacer un reclamo. El proceso de reclamo es distinto al proceso de apelación. La Sección 9 de este capítulo indica cómo hacer un reclamo).

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente realiza una "revisión rápida" de la apelación. Los revisores le comunican una respuesta dentro de 72 horas.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente que tiene contrato con Medicare.** Esta organización no tiene relación con nuestro plan y no es un organismo del gobierno. Esta organización es una empresa que Medicare escoge para realizar el trabajo de la Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores en la Organización de Revisión Independiente examinarán atentamente toda la información relacionada con la apelación.

- **Si la respuesta de esta organización a su apelación es *favorable,*** entonces debemos reembolsarle (pagarle) nuestra parte de los costos de la atención que recibió desde la fecha que indicamos como la finalización de su cobertura. También debemos seguir cubriendo la atención durante el tiempo que sea médicamente necesario. Usted debe seguir pagando su parte de los costos. Si hay limitaciones de cobertura, estas podrían restringir la cantidad que podríamos reembolsar o el tiempo durante el cual podríamos seguir con la cobertura de los servicios.

- **Si la respuesta de la organización a su apelación es *desfavorable,*** significa que están de acuerdo con la decisión de nuestro plan respecto de su primera apelación y no la cambiarán.

    - La notificación que recibirá de la Organización de Revisión Independiente indicará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le entregará los detalles sobre cómo continuar con una apelación de Nivel 3.

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

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, puede decidir aceptar esa decisión o continuar al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es revisada por un juez de Derecho Administrativo o un juez mediador.
- La Sección 8 de este capítulo contiene más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y superior

Sección 8.1 Niveles 3, 4 y 5 de apelación para solicitudes de servicio médico

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ha recibido una respuesta negativa a ambas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico por el que apeló cumple ciertos niveles mínimos, podría seguir con niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es menor que el nivel mínimo, no podrá seguir apelando. Si el valor en dólares es suficientemente alto, la respuesta por escrito que reciba a su apelación de Nivel 2 explicará con quién puede comunicarse y qué puede hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan en forma similar. A continuación, indicamos quién está a cargo de revisar la apelación en cada uno de estos niveles:

Apelación de Nivel 3: Un juez (llamado juez de Derecho Administrativo) o un juez mediador que trabaja para el gobierno federal revisará la apelación y le comunicará una respuesta.

- **Si el juez de Derecho Administrativo o juez mediador acepta su apelación, es posible que el proceso de apelaciones *llegue o no* a su fin;** decidiremos si llevaremos esta apelación al Nivel 4. A diferencia de una decisión en el Nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos derecho a apelar con respecto a una decisión de Nivel 3 que es favorable para usted.
    - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proveerle el servicio dentro de 60 días calendario después de recibir la decisión del juez de Derecho Administrativo o juez mediador.
    - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 junto con cualquier documento acompañante. Podríamos esperar la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proveer el servicio en conflicto.
- **Si el juez de Derecho Administrativo o juez mediador rechaza su apelación, es posible que el proceso de apelaciones *llegue o no* a su fin.**
    - Si decide aceptar esta decisión que rechaza la apelación, el proceso de apelaciones llega a su fin.
    - Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar al nivel siguiente del proceso de revisión. Si el juez de Derecho Administrativo o juez mediador rechaza su apelación, la notificación que recibirá le indicará lo que debe hacer a continuación si decide continuar con la apelación.

Apelación de Nivel 4: El **Consejo de Apelaciones** de Medicare (el Consejo) revisará su apelación y le comunicará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es favorable, o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable de una apelación de Nivel 3, es posible que el proceso de apelaciones *llegue o no* a su fin;** decidiremos si llevaremos esta apelación al Nivel 5. A diferencia de una decisión en el Nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos derecho a apelar con respecto a una decisión de Nivel 4 que es favorable para usted si el valor del artículo o servicio médico cumple con el valor en dólares requerido.
    - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proveer el servicio dentro de 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.
    - Si decidimos apelar la decisión, le informaremos por escrito.
- **Si la respuesta es desfavorable o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, es posible que el proceso de apelaciones *llegue o no* a su fin.**
    - Si decide aceptar esta decisión que rechaza la apelación, el proceso de apelaciones llega a su fin.

- Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda avanzar al nivel siguiente del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, la notificación que recibirá le informará si las reglas permiten que continúe con una apelación de Nivel 5. Si las reglas permiten que avance, la notificación por escrito también indicará con quién debe comunicarse y lo que debe hacer a continuación si decide continuar con la apelación.

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

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

CÓMO HACER RECLAMOS

SECCIÓN 9 Cómo hacer un reclamo sobre calidad de atención, tiempos de espera, servicio al cliente u otras inquietudes

Si su problema es sobre decisiones relacionadas con beneficios, cobertura o pago, esta sección *no es para usted*. En cambio, debe usar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 4 de este capítulo.

Sección 9.1 ¿Qué tipos de problemas resuelve el proceso de reclamo?

Esta sección explica cómo usar el proceso para hacer reclamos. El proceso de reclamo se usa *solo* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. A continuación hay algunos ejemplos de problemas solucionados por el proceso de reclamos.

Si tiene cualquiera de estos tipos de problemas, puede "hacer un reclamo"

Reclamo	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• ¿Está disconforme con la calidad de la atención que recibió (incluida la atención en un hospital)?
Respeto por su privacidad	• ¿Cree que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información sobre usted que usted cree que debería ser confidencial?

Reclamo	Ejemplo
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otras conductas negativas	• ¿Alguien ha sido descortés o irrespetuoso con usted? • ¿Está disconforme con la forma en que Relaciones con el Cliente lo ha tratado? • ¿Siente que lo están alentando a abandonar el plan?
Tiempos de espera	• ¿Tiene problemas para conseguir una cita o espera demasiado para obtenerla? • ¿Lo han hecho esperar demasiado los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O nuestro personal de Relaciones con el Cliente u otros departamentos del plan? o Los ejemplos incluyen esperar demasiado en el teléfono, en la sala de espera, para conseguir una receta o en la sala de examen.
Limpieza	• ¿Está disconforme con la limpieza o estado de una clínica, hospital o el consultorio de un médico?
Información que le entregamos	• ¿Cree que no le hemos entregado una notificación que debemos entregarle? • ¿Cree que la información escrita que le entregamos es difícil de entender?
Puntualidad (Estos tipos de reclamos están relacionados con la *puntualidad* de nuestras acciones relacionadas con las decisiones de cobertura y apelaciones)	El proceso de solicitar una decisión de cobertura y presentar apelaciones se explica en las secciones 4-8 de este capítulo. Si está solicitando una decisión de cobertura o presentando una apelación, debe usar ese proceso, no el proceso de reclamos. Sin embargo, si ya nos solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación y cree que no respondemos con la suficiente prontitud, también puede hacer un reclamo sobre nuestra lentitud. Aquí hay algunos ejemplos: • Si nos solicitó que le entreguemos una “decisión rápida de cobertura” o una “apelación rápida” y la rechazamos, puede hacer un reclamo. • Si cree que no cumplimos los plazos para entregarle una decisión de cobertura o responder una apelación que presentó, puede hacer un reclamo.

Reclamo	Ejemplo
	• Cuando una decisión de cobertura que tomamos es revisada y se nos informa que debemos cubrir o reembolsarle ciertos servicios médicos, hay plazos que se aplican. Si considera que no cumplimos estos plazos, puede hacer un reclamo. • Cuando no le comunicamos una decisión a tiempo, se nos exige que enviemos su caso a una Organización de Revisión Independiente. Si no lo hacemos dentro del plazo exigido, puede hacer un reclamo.

Sección 9.2 El nombre formal de “hacer un reclamo” es “presentar una queja formal”

Términos legales
• Lo que esta sección denomina un **“reclamo”** también se conoce como una **“queja formal”**. • Otro término para **“hacer un reclamo”** es **“presentar una queja formal”**. • Otra forma de decir **“usar el proceso de reclamos”** es **“usar el proceso para presentar una queja formal”**.

Sección 9.3 Paso a paso: Cómo hacer un reclamo

<u>Paso 1:</u> Comunicarse con nosotros de inmediato, ya sea por teléfono o por escrito.

- **Normalmente, llamar a Relaciones con el Cliente es el primer paso.** Relaciones con el Cliente le hará saber si debe hacer algo más. Llame a Relaciones con el Cliente al 1-800-701-9000 (TTY 711). Los representantes están disponibles de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil.
- **Si no desea llamar (o llamó y no se sintió satisfecho), puede escribir su reclamo y enviárnoslo.** Si escribe su reclamo, responderemos a su reclamo por escrito.

- Debe presentar una queja formal a más tardar 60 días después del hecho, ya sea que la presente oralmente o por escrito. Puede hacerlo llamando a Relaciones con el Cliente al 1-800-701-9000 (TTY 711), los representantes están disponibles de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil. También puede presentar una queja formal por escrito si la envía por correo a: Tufts Health Plan Medicare Preferred, Attn: Appeals & Grievances Department, P.O. Box 9193, Watertown, MA 02471-9193. También puede enviarla por fax al: 1-617-972-9516.
- **Ya sea que nos llame o escriba, debe comunicarse de inmediato con Relaciones con el Cliente.** Se debe presentar el reclamo dentro de 60 días calendario después de haber tenido el problema del cual quiere quejarse.
- **Si hace un reclamo porque rechazamos su solicitud por una "decisión rápida de cobertura" o una "apelación rápida", le otorgaremos automáticamente un "reclamo rápido".** Si tiene un "reclamo rápido", significa que le entregaremos **una respuesta en un plazo de 24 horas.**

Términos legales
Lo que esta sección denomina **"reclamo rápido"** también se conoce como **"queja formal expedita"**.

<u>Paso 2:</u> Revisamos su reclamo y le comunicamos nuestra respuesta.

- **De ser posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama con un reclamo, es posible que le comuniquemos una respuesta durante la misma llamada. Si su estado de salud requiere que respondamos rápido, lo haremos.
- **Se responde a la mayoría de los reclamos dentro de 30 días calendario.** Si necesitamos más información y el retraso lo beneficia o si solicita más tiempo, podemos tomarnos hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder su reclamo. Si decidimos tomar días adicionales, le informaremos por escrito.
- **Si no estamos de acuerdo** con parte o la totalidad de su reclamo o no nos hacemos responsables del problema por el cual está reclamando, se lo haremos saber. Nuestra respuesta incluirá las razones de nuestra respuesta. Debemos responder si estamos de acuerdo con el reclamo o no.

Sección 9.4 También puede hacer reclamos sobre la calidad de la atención ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Puede hacer su reclamo sobre la calidad de la atención que recibió mediante el proceso paso a paso descrito anteriormente.

Cuando su reclamo está relacionado con la *calidad de la atención*, también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede hacer su reclamo ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.** Si lo prefiere, puede hacer su reclamo sobre la calidad de la atención que recibió directamente ante esta organización (*sin* hacer un reclamo ante nosotros).
    - La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos de la atención de salud pagados por el gobierno federal para revisar y mejorar la atención ofrecida a pacientes beneficiarios de Medicare.
    - Para buscar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad en su estado, consulte el Capítulo 2, Sección 4 de este folleto. Si hace un reclamo ante esta organización, trabajaremos con ellos para resolver su reclamo.
- **O puede hacer su reclamo ante ambas entidades al mismo tiempo.** Si lo desea, puede hacer su reclamo sobre la calidad de atención ante nosotros y también ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.

Sección 9.5 También puede informar a Medicare sobre su reclamo

Puede presentar un reclamo sobre Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No Rx directamente ante Medicare. Para presentar un reclamo ante Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma en serio sus reclamos y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.

Si tiene otros comentarios o inquietudes o si cree que el plan no aborda su problema, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 8

Fin de su membresía en el plan

Capítulo 8. Fin de su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción 183

Sección 1.1 Este capítulo se centra en cómo finalizar su membresía en nuestro plan 183

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan? 183

Sección 2.1 Usted puede finalizar su membresía durante el período de inscripción anual 183
Sección 2.2 Usted puede finalizar su membresía durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage 184
Sección 2.3 En ciertas situaciones, usted puede finalizar su membresía durante un período de inscripción especial 184
Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede usted finalizar su membresía? 185

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede finalizar su membresía en nuestro plan? 186

Sección 3.1 Normalmente, su membresía finaliza cuando se inscribe en otro plan 186

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe seguir obteniendo sus servicios médicos a través de nuestro plan 187

Sección 4.1 Hasta que finalice su membresía, sigue siendo miembro de nuestro plan 187

SECCIÓN 5 Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No Rx debe finalizar su membresía en el plan en ciertas situaciones 188

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos finalizar su membresía en el plan? 188
Sección 5.2 No podemos pedirle que abandone nuestro plan por alguna razón relacionada con su salud 189
Sección 5.3 Tiene derecho a hacer un reclamo si finalizamos su membresía en nuestro plan 189

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Este capítulo se centra en cómo finalizar su membresía en nuestro plan

Finalizar su membresía en Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No Rx puede ser un proceso **voluntario** (su decisión) o **involuntario** (no es su decisión):

- Puede abandonar nuestro plan porque ha decidido que *desea* abandonarlo.
    - Hay solo ciertos períodos durante el año, o ciertas situaciones, en los que usted puede voluntariamente finalizar su membresía en el plan. La Sección 2 le informa *cuándo* puede finalizar su membresía en el plan.
    - El proceso para finalizar su membresía voluntariamente varía en función de qué tipo de cobertura nueva elija. La Sección 3 le informa *cómo* finalizar su membresía en cada situación.
- Hay también situaciones limitadas en que no elige abandonar el plan, pero en que estamos obligados a finalizar su membresía. La Sección 5 le informa sobre las situaciones en que debemos finalizar su membresía.

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

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

Puede finalizar su membresía en nuestro plan solo durante ciertos períodos del año, conocidos como períodos de inscripción. Todos los miembros tienen la oportunidad de abandonar el plan durante el período de inscripción anual y durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage. En ciertas situaciones, también podría ser elegible para abandonar el plan en otros períodos del año.

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

Puede finalizar su membresía durante el **período de inscripción anual** (también conocido como el "período de inscripción abierta anual"). Este es el período en que debería revisar su cobertura de salud y medicamentos y tomar una decisión sobre su cobertura para el año siguiente.

- **¿Cuándo es el período de inscripción anual?** Este ocurre desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

- **¿A qué tipo de plan se puede cambiar durante el período de inscripción anual?** Puede elegir mantener su cobertura actual o hacer cambios a su cobertura para el año siguiente. Si decide cambiarse a un plan nuevo, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de plan:
    - Otro plan de salud de Medicare (puede escoger un plan que cubra los medicamentos recetados o uno que no los cubra).
    - Original Medicare *con* un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare; u
    - Original Medicare *sin* un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare.
- **¿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 de inscripción abierta de Medicare Advantage

Tiene la oportunidad de hacer *un* cambio a su cobertura de salud durante el **período de inscripción abierta de Medicare Advantage.**

- **¿Cuándo es el período de inscripción abierta de Medicare Advantage?** Este ocurre cada año desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo.
- **¿A qué tipo de plan se puede cambiar durante el período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage?** Durante este período, usted puede:
    - Cambiarse a otro plan de Medicare Advantage (puede escoger un plan que cubra los medicamentos recetados o uno que no los cubra).
    - Cancelar la inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si decide cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede afiliarse a un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare en ese momento.
- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Su membresía finalizará el primer día del mes posterior a su inscripción en un plan diferente de Medicare Advantage o posterior a que recibamos su solicitud para cambiarse a Original Medicare. Si además elige inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

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

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

- **¿Quién es elegible para un período de inscripción especial?** Si cualquiera de las siguientes situaciones se aplica a su caso, usted puede ser elegible para finalizar su membresía durante un período de inscripción especial. Estos son solo ejemplos; para obtener la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):
  - Normalmente, cuando se muda.
  - Si tiene Medicaid (MassHealth).
  - Si infringimos nuestro contrato con usted.
  - Si recibe atención en una institución, como una casa de reposo u hospital de cuidados a largo plazo (LTC por sus siglas en inglés).
  - Si se inscribe en el Programa de Cuidado Integral para Ancianos (PACE por sus siglas en inglés).
- **¿Cuándo son los períodos de inscripción especial?** Los períodos de inscripción varían dependiendo de su situación.
- **¿Qué puede hacer?** Para saber si es elegible para un período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 horas al día, 7 días a 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 de salud y su cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esto significa que puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de plan:
  - Otro plan de salud de Medicare (puede escoger un plan que cubra los medicamentos recetados o uno que no los cubra).
  - Original Medicare *con* un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare; u
  - Original Medicare *sin* un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare.
- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Su membresía normalmente finalizará el primer día del mes posterior a la recepción de su solicitud de cambiar de plan.

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

Si tiene alguna pregunta o si le gustaría obtener más información sobre cuándo puede usted finalizar su membresía:

- Puede **llamar a Relaciones con el Cliente** (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).
- Puede encontrar la información en el manual ***Medicare y usted 2021***.
  - Todas las personas afiliadas a Medicare reciben una copia de *Medicare y usted* cada otoño. Quienes son nuevos en Medicare la recibirán un mes después de la inscripción.

- También puede descargar una copia en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O puede pedir una copia impresa si llama a Medicare al número que se indica a continuación.

- Puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede finalizar su membresía en nuestro plan?

Sección 3.1 Normalmente, su membresía finaliza cuando se inscribe en otro plan

Normalmente, para finalizar su membresía en nuestro plan, simplemente debe inscribirse en otro plan de Medicare durante uno de los períodos de inscripción (consulte la Sección 2 en este capítulo 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 cancelen su inscripción en nuestro plan. Hay dos maneras en las que puede solicitar que cancelen su inscripción:

- puede enviarnos una solicitud por escrito. Comuníquese con Relaciones con el Cliente si necesita más información sobre cómo hacer esto (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto); o

- puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

La siguiente tabla explica cómo debe finalizar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiarse de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
• Otro plan de salud de Medicare.	• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. Se cancelará automáticamente su inscripción en el plan Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No Rx cuando comience la cobertura del plan nuevo.

Si desea cambiarse de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
• Original Medicare *con* un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare.	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. Se cancelará automáticamente su inscripción en el plan Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No Rx cuando comience la cobertura del plan nuevo.
• Original Medicare *sin* un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare.	• **Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción en el plan.** Comuníquese con Relaciones con el Cliente si necesita más información sobre cómo hacer esto (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto). • También puede comunicarse con **Medicare** al número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 horas al día, 7 días a la semana y pedir que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Se cancelará su inscripción en el plan Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No Rx cuando comience la cobertura de Original Medicare.

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

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

Si abandona el plan Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No Rx, podría pasar algo de tiempo antes de que finalice su membresía y entre en vigor su nueva cobertura de Medicare (consulte la Sección 2 para obtener información sobre cuándo comienza su nueva cobertura). Durante este período, debe seguir recibiendo su atención médica a través de nuestro plan.

- **Si está hospitalizado el día que finaliza su membresía, su hospitalización normalmente estará cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta** (incluso si lo dan de alta después de que comience su nueva cobertura de salud).

SECCIÓN 5 Tufts Health Plan 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 Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No Rx debe finalizar su membresía en el plan si ocurre alguna de las siguientes situaciones:

- Si ya no es beneficiario de Medicare Part A y Part B.
- Si se muda fuera del área de servicio.
- Si está fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
    - Si se muda o hace un viaje extenso, debe llamar a Relaciones con el Cliente para saber si el lugar al que se muda o viaja está en el área de nuestro plan (los números de teléfono de Relaciones con el Cliente están impresos en la contratapa de este folleto).
- Si lo encarcelan (va a prisión).
- Si no es un ciudadano estadounidense ni tiene residencia legal en Estados Unidos.
- Si nos entrega información incorrecta intencionalmente cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan (no podemos obligarlo a dejar nuestro plan por este motivo, a menos que primero obtengamos una autorización de Medicare).
- Si se comporta continuamente de una manera problemática que nos dificulta proveerles atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan (no podemos obligarlo a dejar nuestro plan por este motivo, a menos que primero obtengamos una autorización de Medicare).
- Si permite que otra persona use su tarjeta de membresía para recibir atención médica (no podemos obligarlo a dejar nuestro plan por este motivo, a menos que primero obtengamos una autorización de Medicare).
    - Si finalizamos su membresía debido a esta razón, Medicare podría solicitar que el Inspector General investigue su caso.
- Si usted no paga las primas del plan durante *2 meses*.
    - Debemos notificarle por escrito que tiene 2 *meses* para pagar la prima del plan antes de que finalicemos su membresía.

¿Dónde puede conseguir más información?

Si tiene alguna pregunta o si le gustaría obtener más información sobre cuándo podemos finalizar su membresía:

- Puede llamar a **Relaciones con el Cliente** para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).

Sección 5.2 No podemos pedirle que abandone nuestro plan por alguna razón relacionada con su salud

Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No Rx no tiene permitido pedirle que abandone nuestro plan por alguna razón relacionada con su salud.

¿Qué debe hacer si esto ocurre?

Si cree 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 24 horas al día, 7 días a la semana.

Sección 5.3 Tiene derecho a hacer un reclamo si finalizamos su membresía en nuestro plan

Si finalizamos su membresía en nuestro plan, debemos comunicarle por escrito nuestros motivos para finalizar su membresía. También debemos explicar cómo puede presentar una queja formal o hacer un reclamo sobre nuestra decisión de finalizar su membresía. Puede buscar información sobre cómo hacer un reclamo en el Capítulo 7, Sección 9.

CAPÍTULO 9

Notificaciones legales

Capítulo 9. Notificaciones legales

SECCIÓN 1 Notificación sobre leyes vigentes 192

SECCIÓN 2 Notificación sobre no discriminación 192

SECCIÓN 3 Notificación sobre derechos de subrogación de pagadores secundarios de Medicare 192

SECCIÓN 4 Notificación sobre la relación entre Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No Rx y los proveedores 193

SECCIÓN 5 Notificación sobre el Artículo 1557 de la Ley de Asistencia Asequible 193

SECCIÓN 1 Notificación sobre leyes vigentes

Muchas leyes se aplican a esta *Evidencia de Cobertura* y podrían aplicarse algunas disposiciones adicionales porque así lo exige la ley. Esto puede afectar sus derechos y deberes, incluso si las leyes no están incluidas o explicadas en este documento. La ley principal que se aplica a este documento es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las normativas creadas al amparo de la Ley del Seguro Social por Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Además, podrían aplicarse otras leyes federales y, en ciertas circunstancias, las leyes del estado en que reside.

SECCIÓN 2 Notificación sobre no discriminación

Nuestro plan debe obedecer las leyes que lo protegen contra la discriminación o el trato injusto. **No discriminamos** por motivos de raza, origen étnico, color, religión, sexo, género, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia con reclamaciones, antecedentes médicos, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que proveen planes de Medicare Advantage, como nuestro plan, deben obedecer 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 contra la Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, el Artículo 1557 de la Ley de Asistencia Asequible, todas las otras leyes que se aplican a las organizaciones que reciben financiamiento federal y cualquier otra ley y reglamento que se aplique por cualquier otro motivo.

Si desea obtener más información o si tiene inquietudes sobre discriminación o trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a su Oficina de Derechos Civiles local.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención, llame a Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto). Si tiene un reclamo, por ejemplo, un problema con el acceso para silla de ruedas, Relaciones con el Cliente puede ayudarlo.

SECCIÓN 3 Notificación sobre derechos de subrogación de pagadores secundarios de Medicare

Tenemos el derecho y deber de cobrar los servicios cubiertos por Medicare para los cuales Medicare no es el pagador primario. De acuerdo con las normas de CMS en el 42 CFR secciones 422.108 y 423.462, Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No Rx, como una organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce la Secretaría en virtud de las normas de CMS en las subpartes B hasta D de la parte 411 del 42 CFR y los reglamentos establecidos en esta sección sustituyen cualquier ley estatal.

SECCIÓN 4 Notificación sobre la relación entre Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No Rx y los proveedores

Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No Rx provee cobertura para servicios de atención médica. Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No Rx no provee servicios de atención médica. Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No Rx sostiene acuerdos contractuales con proveedores que ejercen en establecimientos y consultorios privados a lo largo del área de servicio. Estos proveedores son independientes. No son empleados o representantes de Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No Rx. Los proveedores no están autorizados a cambiar esta *Evidencia de Cobertura* o suponer o crear alguna obligación para Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No Rx que contradiga esta *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 5 Notificación sobre el Artículo 1557 de la Ley de Asistencia Asequible

Tufts Health Plan cumple con las leyes federales vigentes sobre derechos civiles y no discrimina por motivo de raza, color, origen étnico, edad, discapacidad o sexo. Tufts Health Plan no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su raza, color, origen étnico, edad, discapacidad o sexo.

Tufts Health Plan:

- Provee ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen de forma eficaz con nosotros, tales como:
    - Información por escrito en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Provee servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como:
    - Intérpretes calificados
    - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Tufts Health Plan al 1-800-701-9000 (TTY 711).

Si cree que Tufts Health Plan no le proporcionó estos servicios o le discriminó de alguna otra manera por motivo de raza, color, origen étnico, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal a:

Tufts Health Plan, Attention:
Civil Rights Coordinator, Legal Dept.
705 Mount Auburn St.
Watertown, MA 02472
Teléfono: 1-888-880-8699, ext. 48000
Número de TTY: 1-800-439-2370 o 711
Español: 1-866-930-9252
Fax: 1-617-972-9048
Correo electrónico: OCRCoordinator@tufts-health.com

Puede presentar una queja formal en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el Coordinador de Derechos Civiles de Tufts Health Plan está disponible para ayudarle.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, en forma electrónica a través del portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o por correo o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building,
Washington, DC 20201
1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD).

Los formularios de reclamos están disponibles en www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

CAPÍTULO 10

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 10. Definiciones de palabras importantes

Apelación: una apelación es una medida que usted debe tomar si está en desacuerdo con nuestra decisión de rechazar una solicitud de cobertura de servicios de atención médica o pago por servicios que ya haya recibido. También puede presentar una apelación si está en desacuerdo con nuestra decisión de cancelar 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, incluido el proceso que implica presentar una apelación.

Área de servicio: área geográfica donde el plan de salud acepta miembros si limita la membresía según dónde viven las personas. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede usar, también es generalmente el área donde puede recibir servicios de rutina (que no son de emergencia). El plan podría cancelar su inscripción si se muda permanentemente fuera del área de servicio del plan.

Atención de emergencia: servicios cubiertos que son: 1) ofrecidos por un proveedor calificado para proporcionar servicios de emergencia; y 2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una enfermedad de emergencia.

Atención en un centro de enfermería especializada (SNF): servicios de atención de enfermería especializada y rehabilitación proporcionados de manera continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de atención en un centro de enfermería especializada incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden administrar enfermeras registradas o un médico.

Autorización previa: aprobación anticipada para obtener servicios. Algunos servicios médicos dentro de la red están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtienen la “autorización previa” de nuestro plan. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Cuadro de beneficios en el Capítulo 4.

Auxiliar de salud a domicilio: un auxiliar de salud a domicilio provee servicios para los que no se necesitan las habilidades de una enfermera certificada o terapeuta, como ayuda con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, usar el inodoro, vestirse o realizar los ejercicios recetados). Los auxiliares de salud a domicilio no tienen licencia de enfermería ni proveen terapia.

Beneficios complementarios opcionales: beneficios no cubiertos por Medicare que se pueden comprar por una prima adicional y no están incluidos en su paquete de beneficios. Si decide tener beneficios complementarios opcionales, podría tener que pagar una prima adicional. Debe elegir voluntariamente los beneficios complementarios opcionales para obtenerlos.

Cancelar o **cancelación de inscripción:** el proceso de finalizar su membresía en nuestro plan. La cancelación de inscripción puede ser voluntaria (su decisión) o involuntaria (no ser su decisión).

Centro de cirugía ambulatoria: un centro de cirugía ambulatoria es una entidad que opera exclusivamente con el propósito de ofrecer servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no necesitan hospitalización y cuya estadía esperada no excede las 24 horas.

Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF): centro que proporciona principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión y proporciona una amplia variedad de servicios que incluyen fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patologías del habla-lenguaje y de evaluación del entorno doméstico.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): la agencia federal que administra Medicare. El Capítulo 2 explica cómo comunicarse con los CMS.

Círculo de referidos: cada PCP tiene ciertos especialistas del plan, a los que se denomina "círculo de referidos", 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, salvo en situaciones de emergencia o urgencia o para diálisis renal u otros servicios fuera de la red.

Coaseguro: una cantidad que se le puede exigir que pague como su parte del costo de los servicios. El coaseguro es normalmente un porcentaje (por ejemplo, 20 %).

Cobertura acreditable de medicamentos recetados: cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio, como mínimo, un equivalente a la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando pasan a ser elegibles para Medicare pueden generalmente conservar esa cobertura sin pagar una multa, si deciden inscribirse después en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Medicare Part D): seguro para ayudar a pagar medicamentos recetados, vacunas, sustancias biológicas y algunos suministros ambulatorios no cubiertos por Medicare Part A o Part B.

Copago: una cantidad que se le puede exigir que pague como su parte del costo de un servicio o suministro médico, como una consulta médica, consulta hospitalaria como paciente externo o un medicamento recetado. Un copago es una cantidad fija, en vez de un porcentaje. Por ejemplo, podría pagar $10 o $20 por una consulta médica o un medicamento recetado.

Costos compartidos: costos compartidos se refiere a las cantidades que un miembro debe pagar cuando recibe servicios (además de la prima mensual del plan). Los costos compartidos incluyen cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pago: (1) cualquier cantidad deducible que puede imponer un plan antes de que cubra los servicios; (2) cualquier cantidad fija de "copago" que exige un plan cuando se recibe un servicio específico; o (3) cualquier cantidad de "coaseguro", un porcentaje de la cantidad total pagada por un servicio que un plan exige cuando se recibe un servicio específico.

Cuidado de relevo: el cuidado de relevo es el cuidado personal proporcionado en una casa de reposo, hospicio u otro establecimiento cuando no necesita atención médica especializada o atención de enfermería especializada. El cuidado supervisado es cuidado personal que puede ser proporcionado por personas que no tienen capacitación o habilidades profesionales, por ejemplo, ayuda para las actividades de la vida diaria como bañarse, vestirse, comer, levantarse o acostarse, sentarse o levantarse de una silla, desplazarse e ir al baño. También puede incluir el tipo de cuidado relacionado con la salud que la mayoría de las personas son capaces de hacer por sí mismas, como usar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado de relevo.

Deducible: la cantidad que debe pagar por atención médica antes que nuestro plan comience a pagar.

Desembolsos: consulte la definición anterior de "costos compartidos". El requisito que establece que un miembro debe pagar una parte de los servicios recibidos también se conoce como el requisito de "desembolsos" del miembro.

Determinación de la organización: el plan de Medicare Advantage toma una determinación de la organización cuando toma una decisión sobre si los artículos o servicios están cubiertos o sobre cuánto tiene que pagar usted por artículos o servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se conocen como "decisiones de cobertura" en este folleto. El Capítulo 7 explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted o cualquier otra persona prudente sin conocimiento especializado, con un conocimiento promedio de salud y medicina cree que usted presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para impedir la muerte, la pérdida de una extremidad o la pérdida de las funciones de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o una afección que está empeorando rápidamente.

Equipo médico duradero (DME): cierto equipo médico indicado por su médico por motivos médicos. Algunos ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos para enfermos, suministros para diabéticos, bombas de infusión intravenosa, dispositivos de generación de habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital indicadas por un proveedor para su uso en el hogar.

Estadía hospitalaria como paciente hospitalizado: una estadía en el hospital cuando lo ingresan formalmente para servicios médicos especializados. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, usted podría seguir siendo considerado un "paciente externo".

Evidencia de Cobertura (EOC) e información de divulgación: este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusulas adicionales u otra cobertura opcional seleccionada, que explica su cobertura, qué debe hacer, sus derechos y qué debe hacer como miembro de nuestro plan.

Extra Help (Ayuda Adicional): programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos de los medicamentos recetados de Medicare, tales como primas, deducibles y coaseguro.

Facturación de saldo: cuando un proveedor (como un médico u hospital) le factura a un paciente una cantidad mayor que la cantidad permitida de costos compartidos del plan. Como miembro de Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No Rx, solo tiene que pagar su parte de los costos compartidos del plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores "facturen el saldo" o de otra manera le cobren una cantidad superior a los costos compartidos que su plan establece que debe pagar.

Hospicio: un miembro al que le quedan 6 meses de vida o menos tiene derecho a elegir hospicio. Nosotros, su plan, debemos proveerle una lista de centros de hospicio en su área geográfica. Si elige recibir cuidados de hospicio y continúa pagando primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Puede seguir recibiendo todos los servicios médicamente necesarios, al igual que los beneficios complementarios que ofrecemos. El centro de hospicio proveerá tratamiento especial para su situación.

Ingreso Suplementario del Seguro Social (SSI): beneficio mensual pagado por el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que tengan discapacidad, ceguera o sean mayores de 65 años. Los beneficios del Ingreso Suplementario del Seguro Social (SSI por sus siglas en inglés) no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Medicaid (o ayuda médica): programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos de algunas personas con ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid varían de estado a estado, pero la mayoría de los costos de atención de salud están cubiertos si usted cumple los requisitos de Medicare y Medicaid. Consulte el Capítulo 2, Sección 6 para obtener información sobre cómo comunicarse con Medicaid en su estado.

Médicamente necesario: servicios, suministros o medicamentos necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar su afección y que cumplen las normas aceptadas de práctica médica.

Medicare: el programa de seguro médico federal para las personas mayores de 65 años, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (generalmente aquellas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante renal). Las personas con Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de un plan de Original Medicare o PACE, o un plan de Medicare Advantage.

Miembro (miembro de nuestro plan o "miembro del plan"): persona que tiene Medicare que es elegible para recibir servicios cubiertos, que se inscribió en nuestro plan y cuya inscripción fue confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Monto del desembolso máximo: el monto máximo de los desembolsos que paga durante el año calendario por servicios cubiertos dentro de la red. Las cantidades que paga por las primas del plan, primas de Medicare Part A y Part B y por los medicamentos recetados no se incluyen en su monto del desembolso máximo. Consulte el Capítulo 4, Sección 1.2 para obtener información sobre su monto del desembolso máximo.

Observación: los servicios de observación son servicios hospitalarios de pacientes externos que se proporcionan para ayudar al médico a decidir si el paciente necesita ser ingresado como paciente hospitalizado o puede recibir el alta. Los servicios de observación se pueden proporcionar en el Departamento de Emergencias (ED por sus siglas en inglés) u otra área del hospital.

Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO): grupo de médicos en ejercicio y otros expertos de la atención médica pagados por el gobierno federal para revisar y mejorar la atención ofrecida a pacientes beneficiarios de Medicare. Consulte el Capítulo 2, Sección 4 para obtener información sobre cómo comunicarse con la QIO en su estado.

Original Medicare ("Medicare tradicional" o Medicare de "pago por servicio"): Original Medicare es ofrecido por el gobierno, no es un plan de salud privado como los planes de Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. En virtud de Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos mediante el pago de cantidades establecidas por el Congreso a médicos, hospitales y otros proveedores del cuidado de la salud. Puede atenderse con cualquier médico, hospital u otro proveedor del cuidado de la salud que acepte Medicare. Debe pagar el deducible. Medicare paga su parte de la cantidad aprobada por Medicare y usted paga su parte. Original Medicare tiene dos partes: Part A (seguro hospitalario) y Part B (seguro médico), y está disponible en todos los estados de los Estados Unidos.

Part C: **consulte "Plan de Medicare Advantage (MA)".**

Part D: programa voluntario de beneficios de medicamentos recetados de Medicare (para facilitar su consulta, nos referiremos al programa de beneficios de medicamentos recetados como Part D).

Período de beneficios: la manera en que nuestro plan y Original Medicare miden su uso de los servicios de centros de enfermería especializada (SNF) y hospitales. Un período de beneficios comienza el día que ingresa a un hospital o centro de enfermería especializada. El período de beneficios termina cuando no ha recibido atención hospitalaria para pacientes hospitalizados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días seguidos. Si ingresa a un hospital o centro de enfermería especializada después de que ha finalizado un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. No hay límites para la cantidad de períodos de beneficios.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: período fijo cada año durante el cual los miembros de un plan de Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a otro plan de Medicare Advantage u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si decide cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede afiliarse a un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare en ese momento. El período de inscripción abierta de Medicare Advantage va desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo, y también está disponible por un período de 3 meses después de que una persona es elegible para Medicare por primera vez.

Período de inscripción anual: período fijado cada otoño en que los miembros pueden cambiar sus planes de salud o medicamentos o cambiarse a Original Medicare. El período de inscripción anual es desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

Período de inscripción especial: período fijado en el que los miembros pueden cambiar sus planes de salud o medicamentos o volver a Original Medicare. Las situaciones en las cuales podría ser elegible para un período de inscripción especial incluyen: si se muda fuera del área de servicio, si se muda a una casa de reposo o si infringimos nuestro contrato con usted.

Período de inscripción inicial: cuando es elegible para Medicare por primera vez, el período en que puede inscribirse en Medicare Part A y Part B. Por ejemplo, si es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza tres meses antes del mes en que cumple 65 años, que incluye el mes en que cumple 65 años, y termina tres meses después del mes en que cumple 65 años.

Plan de Medicare Advantage (MA): a veces conocido como Medicare Part C. Es un plan ofrecido por una empresa privada que tiene contratos con Medicare para proveerle a usted de todos sus beneficios de Medicare Part A y Part B. Un plan de Medicare Advantage puede ser un HMO, PPO, un plan privado de pago por servicio (PFFS por sus siglas en inglés) o un plan de cuenta de ahorros médicos (MSA por sus siglas en inglés) de Medicare. Cuando se inscribe en un plan de Medicare Advantage, los servicios de Medicare están cubiertos a través del plan y no se pagan en virtud de Original Medicare. En la mayoría de los casos, los planes de Medicare Advantage también ofrecen Medicare Part D (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se conocen como **planes de Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados**. Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No Rx no ofrece cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Todos los que tienen Medicare Part A y Part B son elegibles para unirse a cualquier plan de salud de Medicare Advantage que se ofrezca en su área.

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO): un plan de organización de proveedores preferidos (PPO por sus siglas en inglés) es un plan de Medicare Advantage que cuenta con una red de proveedores contratados que aceptaron tratar a miembros del plan a cambio del pago de una cantidad especificada. Un plan de PPO debe cubrir todos los beneficios, ya sea que los proporcionen proveedores de la red o fuera de la red. Los costos compartidos del miembro generalmente serán más altos cuando proveedores fuera de la red proporcionen los beneficios del plan. Los planes de PPO tienen un límite anual en sus desembolsos para servicios que reciba de proveedores de la red (preferidos) y un límite mayor en sus desembolsos combinados totales para servicios de proveedores de la red (preferidos) y proveedores fuera de la red (no preferidos).

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare es ofrecido por una empresa privada que tiene contratos con Medicare para proporcionar beneficios de Part A y Part B a personas con Medicare que se inscriban en el plan. Este término incluye todos los planes de Medicare Advantage, planes de costos de Medicare, programas piloto o de demostración y Programas de Cuidado Integral para Ancianos (PACE).

Plan PACE: un plan PACE (Programa de Cuidado Integral para Ancianos) combina servicios médicos, sociales y de cuidados a largo plazo (LTC) para personas frágiles con el objeto de ayudarlas a mantenerse independientes y vivir en su comunidad (en vez de mudarse a una casa de reposo) durante el mayor tiempo posible, mientras obtienen la atención de alta calidad que necesitan. Las personas inscritas en planes PACE reciben beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

Plan para necesidades especiales: tipo especial de plan de Medicare Advantage que proporciona atención médica más centrada para grupos específicos de personas, como aquellas que tienen Medicare y Medicaid, que residen en una casa de reposo o que tienen ciertas enfermedades crónicas.

Póliza de "Medigap" (Seguro complementario de Medicare): seguro complementario de Medicare que ofrecen compañías de seguros privadas para cubrir las "brechas" de Original Medicare. Las pólizas de Medigap solo funcionan con Original Medicare (un plan de Medicare Advantage no es una póliza de Medigap).

Prima: el pago periódico a Medicare, una aseguradora o un plan de atención médica por la cobertura de salud o de medicamentos recetados.

Prótesis y órtesis: estos son dispositivos médicos indicados por su médico u otro proveedor del cuidado de la salud. Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función interna del organismo, incluidos suministros de ostomía y terapia nutricional enteral o parenteral.

Proveedor de la red: "proveedor" es el término general que usamos para médicos, otros profesionales del cuidado de la salud, hospitales y otros centros de atención médica autorizados o certificados por Medicare y por el estado para proporcionar servicios de atención médica. Los llamamos "**proveedores de la red**" cuando tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y en algunos casos para coordinar y proveer servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Nuestro plan les paga a los proveedores de la red conforme a los acuerdos que tenga con los proveedores o si los proveedores aceptan proveerle a usted de servicios cubiertos por el plan. También podríamos referirnos a los proveedores de la red como "proveedores del plan".

Proveedor fuera de la red o establecimiento fuera de la red: proveedor o establecimiento 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 son empleados, no son propiedad ni están operados por nuestro plan o que no tienen contrato para ofrecer servicios cubiertos. En el Capítulo 3 de este folleto se explica cómo usar proveedores o establecimientos fuera de la red.

Proveedor primario de cuidados médicos (PCP): su proveedor primario de cuidados médicos es el médico u otro proveedor al que consulta en primer lugar para la mayoría de los problemas de salud. Esta persona se asegurará de que reciba la atención que usted necesita para mantenerse saludable. También puede hablar con otros médicos y proveedores del cuidado de la salud acerca de su atención y referirlo a ellos. En muchos planes de salud de Medicare, debe consultar con su proveedor primario de cuidados médicos antes de consultar con cualquier otro proveedor del cuidado de la salud. Consulte el Capítulo 3, Sección 2.1 para obtener más información sobre los proveedores primarios de cuidados médicos.

Queja formal: un tipo de reclamo que presenta sobre nosotros, incluso un reclamo relacionado con la calidad de su atención. Este tipo de reclamo no comprende conflictos en relación con la cobertura o pago.

Reclamo: el nombre formal de “hacer un reclamo” es “presentar una queja formal”. El proceso de reclamo se usa *solo* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. Consulte también “Queja formal” en la lista de definiciones.

Referido: la aprobación del PCP de un miembro para recibir atención de otro profesional del cuidado de la salud, normalmente un especialista, para tratamiento o consulta.

Relaciones con el Cliente: departamento de nuestro plan encargado de responder preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas formales y apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con Relaciones con el Cliente.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por Medicare Part A y Part B. Todos los planes de salud de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por Medicare Part A y Part B.

Servicios cubiertos: el término general que usamos para referirnos a todos los servicios y suministros de atención médica cubiertos por nuestro plan.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje y terapia ocupacional.

Servicios de urgencia: los servicios de urgencia se proveen para tratar enfermedades, lesiones o afecciones imprevistas que no son de emergencia, que requieren una atención médica inmediata. Proveedores de la red o fuera de la red pueden prestar los servicios de urgencia, si los proveedores de la red no están temporalmente disponibles o accesibles.

Subsidio para bajos ingresos (LIS): consulte “Extra Help”.

Tufts Health Plan cumple con las leyes federales vigentes sobre derechos civiles y no discrimina por motivo de raza, color, origen étnico, edad, discapacidad o sexo. Tufts Health Plan no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su raza, color, origen étnico, edad, discapacidad o sexo.

Tufts Health Plan:

- Provee ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen de forma eficaz con nosotros, tales como:
  - Información por escrito en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Provee servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Tufts Health Plan llamando al 1-800-701-9000 (TTY: 711).

Si cree que Tufts Health Plan no le proporcionó estos servicios o le discriminó de alguna otra manera por motivo de raza, color, origen étnico, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal a:

Tufts Health Plan, Attention:

Civil Rights Coordinator, Legal Dept.
705 Mount Auburn St., Watertown, MA 02472
Teléfono: 1-888-880-8699, ext. 48000, (TTY: 711)
Fax: 1-617-972-9048
Correo electrónico: OCRCoordinator@tufts-health.com

Puede presentar una queja formal en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el Coordinador de Derechos Civiles de Tufts Health Plan está disponible para ayudarle.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, en forma electrónica a través del portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, disponible enhttps://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o por correo o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697)

Los formularios de reclamos están disponibles en http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

thpmp.org | 1-800-701-9000 (TTY: 711)

English: ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-701-9000 (TTY: 711).

Arabic: ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-701-9000 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

Chinese: 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-701-9000 (TTY: 711)。

Farsi: **توجه:** اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. 1-800-701-9000 (TTY: 711) فراهم می باشد. با تماس بگیرید.

French: ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-701-9000 (TTY: 711).

German: ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-701-9000 (TTY: 711).

Greek: ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 1-800-701-9000 (TTY: 711).

Gujarati: સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-800-701-9000 (TTY: 711).

Haitian Creole: ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-701-9000 (TTY: 711).

Italian: ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-800-701-9000 (TTY: 711).

Japanese: 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-800-701-9000 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

Khmer (Cambodian): ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតឈ្នួល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-800-701-9000 (TTY: 711)

Korean: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-701-9000 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

Laotian: ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັງຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທຣ 1-800-701-9000 (TTY: 711).

Navajo: Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti'go **Diné Bizaad**, saad bee áká'ánída'áwo'dęę', t'áá jiik'eh, éí ná hóló, koji' hódíílnih 1-800-701-9000 (TTY: 711).

Polish: UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-800-701-9000 (TTY: 711).

Portuguese: ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-800-701-9000 (TTY: 711).

Russian: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-701-9000 (TTY: 711).

Spanish: ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-701-9000 (TTY: 711).

Tagalog: PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-701-9000 (TTY: 711).

Vietnamese: CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-701-9000 (TTY: 711).

Relaciones con el Cliente de Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No Rx

Método	Relaciones con el Cliente: Información de contacto
Llame al	**1-800-701-9000** Las llamadas a este número son gratis. Los representantes están disponibles de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil. Relaciones con el Cliente también tiene servicios gratuitos de intérprete disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	**711** Las llamadas a este número son gratis. Los representantes están disponibles de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil.
Fax	**1-617-972-9487**
Escriba a	Tufts Health Plan Medicare Preferred ATTN: Relaciones con el Cliente P.O. Box 9181 Watertown, MA 02471-9181
Sitio web	www.thpmp.org

SHINE (Al servicio de las necesidades de seguro médico para todos) (SHIP de Massachusetts)

SHINE es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para proporcionar asesoramiento gratuito sobre seguros médicos locales a las personas que tienen Medicare.

Método	Información de contacto
Llame al	1-800-243-4636 (1-800-AGE-INFO)
TTY	1-800-439-2370 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla.
Escriba a	Llame al número indicado anteriormente para obtener la dirección del programa SHINE en su área.
Sitio web	www.mass.gov/health-insurance-counseling

Declaración de divulgación en virtud de la PRA: Según la Ley de Reducción de Trámites (PRA por sus siglas en inglés) de 1995, ninguna persona está obligada a responder una solicitud de recopilación de información, a menos que esa solicitud exhiba un número de control vigente de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB por sus siglas en inglés). El número de control vigente de la OMB para esta solicitud de recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, le rogamos que escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

TUFTS Health Plan