



Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2022

Evidencia de cobertura:

Sus beneficios y servicios de salud de Medicare como miembro de Wellcare Patriot No Premium (HMO)

Este folleto proporciona detalles acerca de la cobertura de atención médica de Medicare desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2022. Explica cómo obtener cobertura para los servicios de atención médica que necesita. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Este plan, Wellcare Patriot No Premium (HMO), es ofrecido por Superior Health Plan, Inc. (Cuando en esta *Evidencia de cobertura* se dice “nosotros” “nos” o “nuestro”, se refiere a Superior Health Plan, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan” se refiere a Wellcare Patriot No Premium (HMO)).

Este documento está disponible de forma gratuita en:

- español

Para obtener información adicional, comuníquese con nuestro número de Servicios para Miembros al 1-844-796-6811. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Nuestro horario es el siguiente: del 1 de octubre al 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril al 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas diferentes al español, en audio, en braille, en letra grande o en otros formatos alternativos, etc.). Llame a Servicios para Miembros al número que está en la contraportada de este folleto si necesita información en algún otro formato.

Los beneficios o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2023.

La red de proveedores puede cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario.

Aprobación de la OMB 0938-1051
(Vence: 29 de febrero de 2024)
TX2CNCEOC80976S_0014
H52940T4000

ATENCIÓN: Si habla español, contamos con servicios de asistencia lingüística que se encuentran disponibles para usted de manera gratuita. Llame al número de Servicios para Miembros que se indica para su estado en la página siguiente.

注意：如果您說中文，您可以免費獲得語言援助服務。請撥打針對您所在州列示於下一頁的會員服務部電話號碼。

Chú ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ có sẵn miễn phí dành cho quý vị. Hãy gọi số điện thoại của bộ phận Dịch Vụ Thành Viên thuộc bang của quý vị ở trang tiếp theo.

주의사항: 한국어를 구사할 경우, 언어 보조 서비스를 무료로 이용 가능합니다. 다음 페이지에서 가입자의 주에 해당하는 목록 내 가입자 서비스부 번호로 전화해 주십시오.

Atensyon: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, may mga available na libreng tulong sa wika para sa iyo. Tumawag sa numero ng Mga Serbisyo para sa Miyembro na nakalista para sa iyong estado sa susunod na page.

Dumngeg: No agsasau ka iti Ilokano, dagiti tulong nga serbisio, a libre, ket available para kaniam. Awagam iti numero dagiti serbisio iti Miembro a nakalista para iti estadom iti sumaruno a panid.

La Silafia: Afai e te tautala i le gagana Samoa, o lo'o avanoa ia te oe 'au'aunaga fesoasoani i le gagana, e leai se totogi. Vala'au le Member Services numera lisiina mo lou setete i le isi itulau.

Maliu: Ke wala'au Hawai'i 'oe, loa'a ke kōkua ma ka unuhi 'ōlelo me ke kāki 'ole. E kelepona i ka helu kelepona o ka Māhele Kōkua Hoa i hō'ike 'ia no kou moku'āina ma kēia 'ao'ao a'e.

Estamos a sólo una llamada de distancia

ARKANSAS

 HMO, HMO D-SNP

 **1-855-565-9518**

 O visite www.wellcare.com/allwellAR

ARIZONA

 HMO, HMO C-SNP, HMO D-SNP

 **1-800-977-7522**

 O visite www.wellcare.com/allwellAZ

CALIFORNIA

 HMO, HMO C-SNP, HMO D-SNP, PPO

 **1-800-275-4737**

 O visite www.wellcare.com/healthnetCA

FLORIDA

 HMO D-SNP

 **1-877-935-8022**

 O visite www.wellcare.com/allwellFL

GEORGIA

 HMO

 **1-844-890-2326**

 HMO D-SNP

 **1-877-725-7748**

 O visite www.wellcare.com/allwellGA

INDIANA

 HMO, PPO

 **1-855-766-1541**

 HMO D-SNP

 **1-833-202-4704**

 O visite www.wellcare.com/allwellIN

KANSAS

 HMO, PPO

 **1-855-565-9519**

 HMO D-SNP

 **1-833-402-6707**

 O visite www.wellcare.com/allwellKS

LOUISIANA

 HMO

 **1-855-766-1572**

 HMO D-SNP

 **1-833-541-0767**

 O visite www.wellcare.com/allwellLA

MISSOURI

 HMO

 **1-855-766-1452**

 HMO D-SNP

 **1-833-298-3361**

 O visite www.wellcare.com/allwellMO

MISSISSIPPI

 HMO
 **1-844-786-7711**

 HMO D-SNP
 **1-833-260-4124**

 O visite www.wellcare.com/allwellMS

NEBRASKA

 HMO, PPO
 **1-833-542-0693**

 HMO D-SNP, PPO D-SNP
 **1-833-853-0864**

 O visite www.wellcare.com/NE

NEVADA

 HMO, HMO C-SNP, PPO
 **1-833-854-4766**

 HMO D-SNP
 **1-833-717-0806**

 O visita www.wellcare.com/allwellNV

NEW MEXICO

 HMO, PPO
 **1-833-543-0246**

 HMO D-SNP
 **1-844-810-7965**

 O visita www.wellcare.com/allwellNM

NEW YORK

 HMO, HMO-POS, HMO D-SNP
 **1-800-247-1447**
 O visita
www.fideliscare.org/wellcaremedicare

OHIO

 HMO, PPO
 **1-855-766-1851**

 HMO D-SNP
 **1-866-389-7690**

 O visita www.wellcare.com/allwellOH

OKLAHOMA

 HMO, PPO
 **1-833-853-0865**

 HMO D-SNP
 **1-833-853-0866**

 O visita www.wellcare.com/OK

OREGON

 HMO, PPO
 **1-844-582-5177**

 O visita www.wellcare.com/healthnetOR

 HMO D-SNP
 **1-844-867-1156**

 O visita www.wellcare.com/trilliumOR

PENNSYLVANIA

 HMO, PPO
 **1-855-766-1456**

 HMO D-SNP
 **1-866-330-9368**

 O visita www.wellcare.com/allwellPA

SOUTH CAROLINA

 HMO, HMO D-SNP
 **1-855-766-1497**

 O visita www.wellcare.com/allwellSC

TEXAS

 HMO
 **1-844-796-6811**

 HMO D-SNP
 **1-877-935-8023**
 O visite www.wellcare.com/allwellTX

WISCONSIN

 HMO D-SNP
 **1-877-935-8024**
 O visite www.wellcare.com/allwellWI

WASHINGTON

 PPO
 **1-844-582-5177**
 O visite www.wellcare.com/healthnetOR

TTY PARA TODOS LOS ESTADOS: 711

HORAS DE ATENCIÓN

-  **Del 1 de octubre al 31 de marzo:** lunes a domingo, de 8 a. m. a 8 p. m.
-  **Del 1 de abril al 30 de septiembre:** lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.

Evidencia de cobertura de 2022
índice

Esta lista de capítulos y números de páginas es el punto de partida. Si necesita ayuda para encontrar la información que necesita, consulte la primera página del capítulo correspondiente. **Encontrará una lista detallada de los temas al principio de cada capítulo.**

Capítulo 1.	Primeros pasos como miembro	9
	Explica lo que implica ser miembro de un plan de salud de Medicare y cómo usar este manual. Detalla la documentación que le enviaremos, la prima del plan, la tarjeta de miembro del plan y cómo mantener actualizado su registro de miembro.	
Capítulo 2.	Números de teléfono y recursos importantes	19
	Describe cómo puede comunicarse con nuestro plan (Wellcare Patriot No Premium (HMO)) y con otras organizaciones, incluso Medicare, el Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP), la Organización para la mejora de la calidad, el Seguro Social, Medicaid (el programa estatal de seguros médicos para personas con bajos ingresos) y la Junta de jubilación para ferroviarios.	
Capítulo 3.	Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos.....	32
	Explica las cosas importantes que debe saber acerca de cómo obtener su atención médica como miembro del plan. Los temas incluyen cómo usar los proveedores en la red del plan y cómo obtener atención cuando tiene una emergencia.	
Capítulo 4.	Tabla de beneficios médicos (lo que es cubierto y lo que usted paga).....	50
	Le da detalles sobre qué tipos de atención médica están cubiertos y <i>no</i> cubiertos para usted como miembro de nuestro plan. Explica cuánto pagará por su parte del costo por su atención médica cubierta.	
Capítulo 5.	Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos cubiertos .	104
	Explica cuándo y cómo enviarnos una factura cuando quiere pedirnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo de los servicios cubiertos.	
Capítulo 6.	Sus derechos y responsabilidades	110
	Describe sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro plan. Explica lo que usted puede hacer si cree que no se están respetando sus derechos.	

Capítulo 7.	Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)	122
	Describe, paso a paso, lo que debe hacer si tiene algún problema o inquietud como miembro de nuestro plan.	
	<ul style="list-style-type: none">• Explica cómo solicitar que se tomen decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación si tiene problemas para obtener atención médica que usted piensa que el plan cubre. Esto incluye solicitar que sigamos cubriendo la atención hospitalaria y ciertos tipos de servicios médicos si usted piensa que la cobertura terminará demasiado pronto.• Explica cómo presentar una queja respecto de la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otros temas que le preocupan.	
Capítulo 8.	Cancelación de su membresía en el plan	166
	Describe cuándo y cómo usted puede cancelar su membresía en el plan. Además, detalla las situaciones en las cuales nuestro plan debe cancelar su membresía.	
Capítulo 9.	Avisos legales.....	174
	Incluye avisos sobre las leyes aplicables y la no discriminación.	
Capítulo 10.	Definiciones de palabras importantes.....	181
	Explica los términos clave utilizados en este folleto.	

CAPÍTULO 1

Primeros pasos como miembro

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1	Introducción.....	10
Sección 1.1	Usted está inscrito en Wellcare Patriot No Premium (HMO), que es una HMO de Medicare.....	10
Sección 1.2	¿De qué trata el manual de <i>Evidencia de cobertura</i> ?	10
Sección 1.3	Información legal sobre la <i>Evidencia de cobertura</i>	10
SECCIÓN 2	¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan?	11
Sección 2.1	Sus requisitos de elegibilidad	11
Sección 2.2	¿Qué son la Parte A y la Parte B de Medicare?	11
Sección 2.3	Esta es el área de servicio del plan para Wellcare Patriot No Premium (HMO)	11
Sección 2.4	Ciudadanía estadounidense o presencia legal	12
SECCIÓN 3	¿Qué otra documentación le enviaremos?	12
Sección 3.1	Tarjeta de miembro del plan: úsela para obtener toda la atención cubierta	12
Sección 3.2	La <i>Directorio de proveedores</i> : : su guía para conocer a todos los proveedores de la red del plan	13
SECCIÓN 4	Su prima mensual para Wellcare Patriot No Premium (HMO).....	14
Sección 4.1	¿A cuánto asciende la prima del plan?	14
Sección 4.2	¿Podemos modificar la prima mensual de su plan durante el año?	15
SECCIÓN 5	Mantenga actualizado su registro de miembro del plan.....	15
Sección 5.1	Cómo puede ayudar a asegurarnos de que tengamos información correcta sobre usted	15
SECCIÓN 6	Protegemos la privacidad de su información de salud personal	16
Sección 6.1	Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida	16
SECCIÓN 7	Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan	16
Sección 7.1	¿Qué plan paga primero cuando usted tiene otro seguro?.....	16

SECCIÓN 1 Introducción**Sección 1.1 Usted está inscrito en Wellcare Patriot No Premium (HMO), que es una HMO de Medicare**

Usted está cubierto por Medicare, y ha elegido recibir su cobertura de atención médica y de medicamentos recetados de Medicare a través de nuestro plan, Wellcare Patriot No Premium (HMO).

Hay distintos tipos de planes de salud de Medicare. Wellcare Patriot No Premium (HMO) es un Plan HMO de Medicare Advantage (HMO significa Organización de mantenimiento de la salud) aprobado por Medicare y operado por una compañía privada. Wellcare Patriot No Premium (HMO) no incluye cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.

La cobertura en virtud de este plan califica como Cobertura de salud que califica (Qualifying Health Coverage, QHC) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección del Paciente y Cuidado de Salud de Bajo Costo (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en: www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families .

Sección 1.2 ¿De qué trata el manual de *Evidencia de cobertura* ?

Este manual de *Evidencia de cobertura* este folleto Evidencia de cobertura describe cómo puede obtener atención médica cubierta de Medicare a través de nuestro plan. Explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto y la parte que le corresponde pagar a usted como miembro del plan.

Los términos “cobertura” y “servicios cubiertos” hacen referencia a la atención, los servicios médicos y los medicamentos recetados a su disposición como miembro de Wellcare Patriot No Premium (HMO).

Es importante que sepa cuáles son las normas del plan y cuáles son los servicios que están a su disposición. Le recomendamos que dedique un tiempo para leer este manual de *Evidencia de cobertura* .

Si hay algún tema que lo confunde o le preocupa, o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con Servicios para Miembros de nuestro plan (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura***Es parte del contrato que celebramos con usted**

Este manual de *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo nuestro plan cubre su atención. Las otras partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción y cualquier aviso que reciba de nuestra parte sobre modificaciones en su cobertura o condiciones que puedan afectar su cobertura. En ocasiones, estos avisos se denominan “cláusulas adicionales” o “enmiendas”.

El contrato estará vigente durante los meses en los que esté inscrito en Wellcare Patriot No Premium

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

(HMO) entre el 1 de enero de 2022 y el 31 de diciembre de 2022.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Wellcare Patriot No Premium (HMO) después del 31 de diciembre de 2022. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan, u ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2022.

Medicare debe aprobar nuestro plan todos los años

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) deben aprobar nuestro plan cada año. Puede seguir obteniendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan solo si decidimos continuar ofreciendo el plan y si Medicare renueva la aprobación del plan.

SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan?**Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad**

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan, siempre y cuando cumpla con estos requisitos:

- Tiene tanto la Parte A y la Parte B de Medicare (Sección 2.2 le informa sobre la Parte A y la Parte B de Medicare)
- -- y -- vive en nuestra área geográfica de servicio (Sección 2.3 a continuación se describe nuestra área de servicio).
- -- y -- es ciudadano estadounidense o tiene presencia legal en los Estados Unidos

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

Cuando se inscribió por primera vez en Medicare, recibió información sobre qué servicios están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Recuerde:

- La Parte generalmente ayuda a cubrir los servicios proporcionados por hospitales para servicios para pacientes hospitalizados, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica domiciliaria).
- La Parte B de Medicare cubre la mayoría de los demás servicios médicos (como los servicios prestados por un médico, tratamiento de infusión a domicilio y otros servicios para pacientes ambulatorios) y ciertos artículos (como suministros y equipo médico duradero [Durable Medical Equipment, DME]).

Sección 2.3 Esta es el área de servicio del plan para Wellcare Patriot No Premium (HMO)

Aunque Medicare es un programa federal, nuestro plan se encuentra disponible solo para personas que

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

residen en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan debe continuar residiendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye estos condados en Texas: Aransas, Armstrong, Atascosa, Bailey, Bandera, Bastrop, Bee, Bexar, Blanco, Borden, Bosque, Briscoe, Brooks, Burnet, Caldwell, Calhoun, Cameron, Castro, Cochran, Coke, Collin, Colorado, Comal, Crosby, Dallas, Denton, DeWitt, Dickens, Dimmit, Donley, Duval, El Paso, Erath, Fayette, Fisher, Floyd, Garza, Gillespie, Glasscock, Goliad, Gonzales, Grayson, Grimes, Guadalupe, Hale, Hamilton, Hays, Hidalgo, Hill, Hockley, Hunt, Irion, Jack, Jim Hogg, Jim Wells, Karnes, Kendall, Kenedy, Kent, Kimble, Kleberg, La Salle, Lamb, Lee, Leon, Limestone, Lubbock, Lynn, Martin, Mason, Maverick, McCulloch, McMullen, Medina, Milam, Mills, Mitchell, Navarro, Nolan, Nueces, Palo Pinto, Real, Refugio, Rockwall, San Patricio, San Saba, Shackelford, Somervell, Starr, Sterling, Swisher, Tarrant, Terry, Throckmorton, Uvalde, Van Zandt, Victoria, Webb, Willacy, Williamson, Wilson, Zapata y Zavala.

Si tiene pensado mudarse fuera del área de servicio, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Si se muda, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá cambiar a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud de Medicare o de medicamentos disponible en su nueva ubicación.

También es importante que usted llame al Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal.

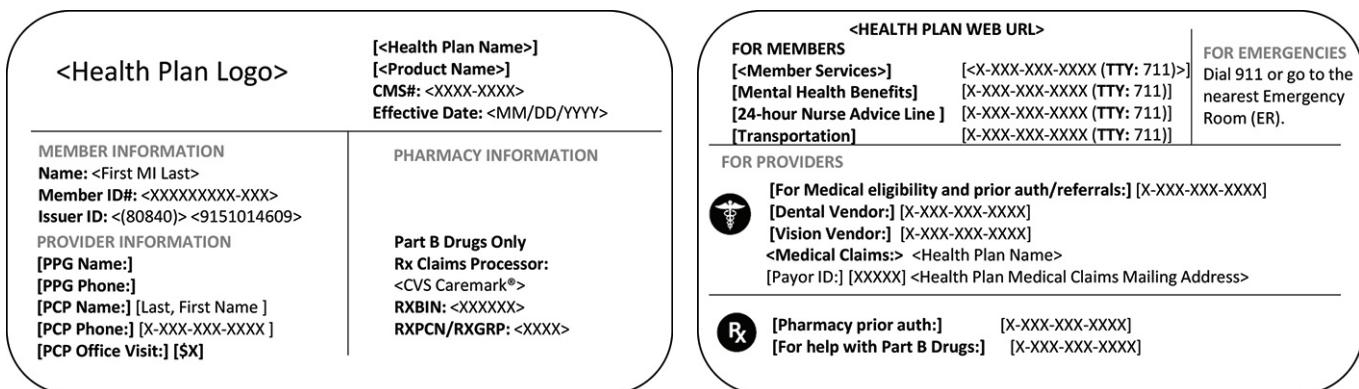
Encontrará los números de teléfono y la información de contacto del Seguro Social en Capítulo 2, Sección 5.

Sección 2.4 Ciudadanía estadounidense o presencia legal

Los miembros de los planes de salud de Medicare deben ser ciudadanos estadounidenses o estar legalmente presentes en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificarán a Wellcare Patriot No Premium (HMO) si usted no es elegible para seguir siendo miembro según este requisito. Wellcare Patriot No Premium (HMO) debe cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 ¿Qué otra documentación le enviaremos?**Sección 3.1 Tarjeta de miembro del plan: úsela para obtener toda la atención cubierta**

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de miembro para nuestro plan cada vez que reciba un servicio cubierto por este plan. También debe mostrarle al proveedor su tarjeta de Medicaid. A continuación, encontrará un modelo de la tarjeta de membresía para que tenga una idea de cómo será la suya:

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

NO use la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para obtener los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa la tarjeta de Medicare en vez de la tarjeta de membresía de Wellcare Patriot No Premium (HMO) es posible que tenga que pagar el costo total de los servicios médicos. Guarde la tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Se le puede pedir que la muestre si necesita servicios hospitalarios, servicios de hospicio, o si participa en estudios de investigación de rutina.

Aquí le explicamos por qué esto es tan importante: Si mientras sea miembro del plan utiliza los servicios cubiertos con la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en lugar de su tarjeta de miembro de Wellcare Patriot No Premium (HMO) mientras sea miembro del plan, usted podría tener que pagar el costo total de los servicios.

Si la tarjeta de membresía del plan está dañada, se le pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicios para Miembros para que le enviemos una tarjeta nueva. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 3.2 **La Directorio de proveedores: : su guía para conocer a todos los proveedores de la red del plan**

La *Directorio de proveedores* enumera los proveedores de nuestra red y los proveedores médicos y de equipos duraderos.

¿Qué son los “proveedores de la red”?

Los proveedores de la red son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, los proveedores de equipo médico duradero, hospitales, y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y cualquier costo compartido del plan como pago total. Hemos acordado con estos proveedores que les presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan.

Una asociación de médicos, incluidos los proveedores de atención primaria (Primary Care Providers, PCP), especialistas y otros proveedores de atención médica, entre ellos los hospitales, que contratan a una HMO para brindar servicios a los afiliados. Algunos grupos médicos tienen círculos de remisión formales, lo que significa que sus proveedores solo remiten a los pacientes a otros proveedores que pertenezcan al mismo grupo médico.

También puede acceder a esta lista más actualizada de marcas, fabricantes y proveedores en nuestro sitio web, en www.wellcare.com/allwelltx.

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

Es importante saber qué proveedores forman parte de nuestra red porque, salvo por algunas excepciones limitadas, mientras sea miembro de nuestro plan debe usar los proveedores de la red para obtener atención y servicios médicos.

Los proveedores de Wellcare Patriot No Premium (HMO) están agrupados por Organizaciones médicas locales (Local Physician Organizations, LPO), que están dirigidas por Proveedores de atención primaria (Primary Care Providers, PCP). La elección del PCP de un afiliado determinará qué proveedores de LPO están en su red de remisión. Esto significa que el PCP que usted elige puede determinar cuáles especialistas y hospitales puede usar. Las únicas excepciones incluyen emergencias, servicios de urgencia cuando la red no está disponible (generalmente, cuando usted se encuentra fuera del área), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que nuestro plan autorice el uso de proveedores fuera de la red. Vea Capítulo 3 (*Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos*) para obtener información más específica sobre la cobertura en caso de emergencia, y la cobertura fuera de la red y fuera del área.

Si no tiene su copia del *Directorio de proveedores*, puede solicitar una copia a Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). En Servicios para Miembros, puede solicitar más información sobre los proveedores de la red, incluso su formación y experiencia.

También puede consultar el *Directorio de proveedores* en www.wellcare.com/allwellTX. Tanto Servicios para los miembros como el sitio web le dan la información más actualizada sobre los cambios en nuestra red de proveedores.

SECCIÓN 4 Su prima mensual para Wellcare Patriot No Premium (HMO)

Sección 4.1 ¿A cuánto asciende la prima del plan?

No tiene que pagar una prima mensual separada por nuestro plan. Debe seguir pagando la prima de la Parte Medicare (a menos que su prima de la Parte B la pague Medicaid u otro tercero en su nombre).

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Como se explica en Sección 2 más arriba, para ser elegible para nuestro plan debe tener tanto la Parte A y la Parte B de Medicare. Algunos miembros del plan (aquellos que no son elegibles para la Parte A sin prima) pagan una prima por la Parte A de Medicare. La mayoría de los miembros del plan pagan una prima por la Parte B. **Debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.**

Su copia del *Manual Medicare & You 2022 (Medicare y Usted 2022)* incluye información sobre estas primas de Medicare en la sección titulada “2022 Medicare Costs” (Costos de Medicare de 2022). Esto explica cómo difieren las primas de la Parte B de Medicare para personas con diferentes ingresos. Todas las personas que tienen Medicare, reciben una copia del *Manual Medicare & You (Medicare y usted)* cada año en otoño. Los nuevos miembros de Medicare la reciben en el plazo de un mes después de que se inscriben por primera vez. También puede descargar una copia del *Manual Medicare & You 2022 (Medicare y Usted 2022)* en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O bien, puede solicitar una copia impresa por

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de teletipo (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.2 ¿Podemos modificar la prima mensual de su plan durante el año?

No. No estamos autorizados a comenzar a cobrar una prima mensual del plan durante el año.

SECCIÓN 5 Mantenga actualizado su registro de miembro del plan**Sección 5.1 Cómo puede ayudar a asegurarnos de que tengamos información correcta sobre usted**

Su registro de miembro contiene información del formulario de inscripción, incluso su dirección y número de teléfono. Detalla la cobertura específica de su plan incluidos el proveedor de atención primaria/Asociación de Prácticas Independientes (IPA).

Una IPA es una asociación de médicos, incluidos los médicos de atención primaria (PCP), especialistas y otros proveedores de atención médica, entre ellos los hospitales, que tienen un contrato con el plan para proporcionar servicios a los miembros.

Los médicos, hospitales y demás proveedores de la red del plan deben tener información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red utilizan su registro de miembro para saber cuáles son los servicios que están cubiertos y los montos de costo compartido para usted.** Es por ello que es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

Infórmenos sobre las siguientes modificaciones:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico que tenga (como la de su empleador, el empleador de su cónyuge, compensación laboral o Medicaid)
- Si existe alguna demanda de responsabilidad civil, por ejemplo, por un accidente automovilístico
- Si fue ingresado en un centro de cuidados a domicilio
- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias que se encuentran fuera del área de cobertura
- Si cambia la parte responsable designada por usted (como un cuidador)
- Si está participando en un estudio de investigación clínica

Si alguna de esta información cambia, infórmenos llamando Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

También es importante que se comunique con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Encontrará los números de teléfono y la información de contacto del Seguro Social en Capítulo 2, Sección 5.

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

Medicare exige que le pidamos información sobre la cobertura de cualquier otro seguro médico o para medicamentos que tenga. Esto se debe a que tenemos que coordinar las demás coberturas que tenga con los beneficios que obtiene de nuestro plan. (Para obtener más información sobre cómo funciona nuestra cobertura cuando usted tiene otro seguro, consulte Sección 7 de este capítulo).

Una vez por año le enviaremos una carta con el detalle de las demás coberturas médicas o para medicamentos de las que tengamos conocimiento. Lea atentamente esta información. Si es correcta, no será necesario que haga nada. Si la información es incorrecta o si tiene alguna otra cobertura que no está incluida en la lista, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 6 Protegemos la privacidad de su información de salud personal

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

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

Para obtener más información sobre cómo protegemos la información de salud personal, consulte 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 una cobertura de salud grupal del empleador), hay normas establecidas por Medicare que determinan si nuestro plan o su otro seguro paga en primer término. El seguro que primero paga se denomina “pagador principal” y paga hasta el máximo de su cobertura. El que paga en segundo término, denominado “pagador secundario”, solo paga si quedaron costos sin cubrir de la cobertura principal. El pagador secundario puede no pagar todos los costos sin cubrir.

Estas normas se aplican para la cobertura del plan de salud de un sindicato o empleador:

- Si tiene una cobertura de jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o el de un miembro de su familia, el pagador primario dependerá de su edad, la cantidad de trabajadores del empleador y si usted tiene Medicare debido a su edad, una discapacidad o enfermedad renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD):
 - Si es menor de 65 años y está discapacitado, y usted o un miembro de su familia todavía trabajan, su plan de salud grupal paga en primer lugar si el empleador tiene 100 o más

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

empleados o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 100 empleados.

- Si es mayor de 65 años y usted o su cónyuge todavía trabajan, su plan de salud grupal paga en primer lugar si el empleador tiene 20 empleados o más, o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 20 empleados.
- Si usted tiene Medicare debido a una ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses luego de haber sido elegible para Medicare.

Estos tipos de cobertura, generalmente, pagan primero por servicios relacionados con cada tipo:

- Seguro sin culpa (incluido el seguro automovilístico)
- Responsabilidad (incluido el seguro automovilístico)
- Beneficios por neumoconiosis
- Compensación laboral

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

Si usted tiene otro seguro, informe a su médico, hospital y farmacia. Si tiene preguntas sobre quién paga primero o si necesita actualizar el resto de su información del seguro, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Es posible que sus otros aseguradores le requieran el número de identificación de miembro del plan (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

CAPÍTULO 2

*Números de teléfono y recursos
importantes*

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1	Contactos de nuestro plan (cómo comunicarse con nosotros, incluido cómo comunicarse con Servicios para Miembros en el plan)	20
SECCIÓN 2	Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare).....	23
SECCIÓN 3	Programa estatal de asistencia en seguros de salud (ayuda, información y respuestas gratuitas a sus preguntas sobre Medicare).....	25
SECCIÓN 4	Organización para la mejora de la calidad (la paga Medicare para verificar la calidad de la atención que se brinda a las personas que tienen Medicare) ..	26
SECCIÓN 5	Seguro Social	27
SECCIÓN 6	Medicaid (un programa conjunto del estado y del Gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a personas con ingresos y recursos limitados)	28
SECCIÓN 7	Cómo comunicarse con la Junta de jubilación para ferroviarios	29
SECCIÓN 8	¿Tiene un "seguro grupal" u otro seguro de salud de un empleador?	29

SECCIÓN 1**Contactos de nuestro plan** (cómo comunicarse con nosotros, incluido cómo comunicarse con Servicios para Miembros en el plan)**Cómo comunicarse con Servicios para Miembros de nuestro plan**

Para obtener ayuda con reclamos, facturación o preguntas sobre tarjetas de miembro, llame o escriba a nuestro plan Servicios para Miembros. Estaremos encantados de ayudarle.

Método	Servicios para Miembros : Información de contacto
LLAME AL	<p>1-844-796-6811</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de las 8 a.m. a las 8 p.m. Entre el 1 de abril al 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de las 8 a.m. a las 8 p.m.</p> <p>Sin embargo, durante los fines de semana y los días festivos entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, nuestro sistema automatizado podría contestar su llamada. Deje su nombre y número de teléfono y le devolveremos la llamada en un (1) día hábil.</p> <p>Servicios para Miembros también cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para personas que no hablan inglés.</p>
Teletipo (TTY)	<p>711</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de las 8 a.m. a las 8 p.m. Entre el 1 de abril al 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de las 8 a.m. a las 8 p.m.</p>
ESCRIBA A	<p>Wellcare by Allwell 7700 Forsyth Boulevard Clayton, MO 63105</p>
SITIO WEB	www.wellcare.com/allwelltx

Cómo comunicarse con nosotros cuando está solicitando una decisión de cobertura sobre atención médica

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

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

Método	Decisiones de cobertura sobre atención médica: información de contacto
LLAME AL	1-844-796-6811 Las llamadas a este número gratuitas. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de las 8 a.m. a las 8 p.m. Entre el 1 de abril al 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de las 8 a.m. a las 8 p.m.
Teletipo (TTY)	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de las 8 a.m. a las 8 p.m. Entre el 1 de abril al 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de las 8 a.m. a las 8 p.m.
ESCRIBA A	Coverage Determinations Department - Medical 7700 Forsyth Boulevard Clayton, MO 63105
SITIO WEB	www.wellcare.com/allwellTX

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

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

Método	Apelaciones sobre la atención médica: información de contacto
LLAME AL	1-844-796-6811 Las llamadas a este número son gratuitas. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de las 8 a.m. a las 8 p.m. Entre el 1 de abril al 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de las 8 a.m. a las 8 p.m.
Teletipo (TTY)	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

Método	Apelaciones sobre la atención médica: información de contacto
	lunes a domingo, de las 8 a.m. a las 8 p.m. Entre el 1 de abril al 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de las 8 a.m. a las 8 p.m.
ESCRIBA A	Appeals & Grievances Medicare Operations 7700 Forsyth Boulevard Saint Louis, MO 63105
SITIO WEB	www.wellcare.com/allwellTX

Cómo puede comunicarse con nosotros para presentar una queja sobre su atención médica

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguno de nuestros proveedores de la red, incluso respecto de la calidad de su atención. Este tipo de queja no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago. (Si su problema es sobre el pago o la cobertura del plan, lea la sección anterior para saber cómo presentar su apelación). Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte Capítulo 7 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Método	Quejas sobre la atención médica: información de contacto
LLAME AL	1-844-796-6811 Las llamadas a este número son gratuitas. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de las 8 a.m. a las 8 p.m. Entre el 1 de abril al 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de las 8 a.m. a las 8 p.m.
Teletipo (TTY)	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de las 8 a.m. a las 8 p.m. Entre el 1 de abril al 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de las 8 a.m. a las 8 p.m.
FAX	1-844-273-2671
ESCRIBA A	Appeals & Grievances Medicare Operations 7700 Forsyth Boulevard Saint Louis, MO 63105
SITIO WEB DE	Puede presentar una queja sobre Wellcare Patriot No Premium (HMO)

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

Método	Quejas sobre la atención médica: información de contacto
MEDICARE	directamente a Medicare. Para presentar una queja por Internet ante Medicare ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Dónde enviar una solicitud en la que se nos pide que paguemos la parte que nos corresponde del costo de la atención médica que recibió

Para obtener más información sobre las situaciones en las cuales es posible que deba solicitar un reembolso o el pago de una factura que le envió un proveedor, consulte Capítulo 5 *Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos cubiertos*.

Tenga en cuenta: Si nos envía una solicitud de pago y denegamos cualquier parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Vea Capítulo 7 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*) .

Método	Solicitudes de pago: información de contacto
ESCRIBA A	Member Reimbursement Dept P.O. Box 3060 Farmington, MO 63640
SITIO WEB	www.wellcare.com/allwellTX

SECCIÓN 2**Medicare**

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

Medicare es el programa federal de seguros médicos destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

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

Método	Medicare: información de contacto
LLAME AL	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

Método	Medicare: información de contacto
Teletipo (TTY)	1-877-486-2048 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
SITIO WEB	<u>www.medicare.gov</u> Este es el sitio web gubernamental oficial de Medicare. Proporciona información actualizada sobre Medicare y cuestiones actuales relacionadas con Medicare. También contiene información sobre hospitales, centros de cuidados, médicos, agencias de atención médica a domicilio y centros de diálisis. Incluye folletos que se pueden imprimir directamente de su computadora. También puede encontrar la información de contacto de Medicare en su estado. El sitio de Medicare también tiene información detallada sobre las opciones de elegibilidad e inscripción con las siguientes herramientas: <ul style="list-style-type: none">• Medicare Eligibility Tool (Herramienta de elegibilidad de Medicare): Proporciona información sobre el estado de elegibilidad de Medicare.• Medicare Plan Finder (buscador de planes de Medicare): brinda información personalizada sobre los planes de medicamentos recetados de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas Medigap (seguro complementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas brindan una <i>estimación</i> de lo que podrían ser sus costos de bolsillo en diferentes planes de Medicare. También puede utilizar el sitio web para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga de su plan: <ul style="list-style-type: none">• Informe a Medicare sobre su queja: Puede presentar una queja sobre su plan directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en <u>www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx</u>. Medicare toma sus quejas de manera seria y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare. <p>Si no tiene una computadora, entonces la biblioteca o el centro para personas de edad avanzada locales pueden ayudarlo a ingresar al sitio web con sus computadoras. O bien, puede llamar a Medicare para pedirles la información que está buscando. Ellos buscarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de teletipo (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048).</p>

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

El Programa estatal de asistencia en seguros de salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Texas, el SHIP se llama Programa de información, asesoramiento y defensa de la salud (Health Information, Counseling and Advocacy Program, HICAP).

El Programa de información, asesoramiento y defensa de la salud (HICAP) es un programa independiente (no se relaciona con ninguna compañía aseguradora ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Los asesores del Programa de información, asesoramiento y defensa de la salud (HICAP) pueden ayudarle con sus preguntas o problemas de Medicare. Pueden ayudarle a comprender sus derechos de Medicare, ayudarle a presentar quejas sobre su atención o tratamiento médico y ayudarle a solucionar problemas con sus facturas de Medicare. Los asesores del Programa de información, asesoramiento y defensa de la salud (HICAP) también pueden ayudarlo a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre el cambio de planes.

MÉTODO DE ACCESO AL SHIP y OTROS RECURSOS:

- Visite www.medicare.gov
- Haga clic en “**Forms, Help, and Resources**” (Formularios, ayuda y recursos) en el extremo derecho del menú en la parte superior
- En el menú desplegable, haga clic en “**Phone Numbers & Websites**” (Números de teléfono y sitios web)
- Ahora tiene varias opciones
 - Opción 1: Puede hablar en un **chat en vivo**
 - Opción 2: Puede hacer clic en cualquiera de los “**TOPICS (TEMAS)**” en el menú en la parte inferior
 - Opción 3: Puede seleccionar su **STATE (ESTADO)** en el menú desplegable y hacer clic en GO (IR). Esto lo llevará a una página con números de teléfono y recursos específicos para su estadística.

Método	información, asesoramiento y defensa de la salud (HICAP) de Texas (SHIP de Texas): Información de contacto
---------------	---

LLAME	1-800-252-9240
--------------	----------------

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

Método	información, asesoramiento y defensa de la salud (HICAP) de Texas (SHIP de Texas): Información de contacto
AL	
Teletipo (TTY)	1-800-735-2989 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	Texas Health and Human Services Brown-Heatly Building, 4900 N Lamar Blvd. Austin, TX 78751-2316
SITIO WEB	https://hhs.texas.gov/services/health/medicare

SECCIÓN 4**Organización para la mejora de la calidad**

(la paga Medicare para verificar la calidad de la atención que se brinda a las personas que tienen Medicare)

En cada estado hay designada una Organización para la mejora de la calidad que trabaja para los beneficiarios de Medicare. En Texas, la Organización para la mejora de la calidad se llama KEPRO - Organización de mejora de la calidad de Texas (Texas's Quality Improvement Organization).

KEPRO - Organización para la mejora de la calidad de Texas tiene un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el gobierno federal. Medicare le paga a esta organización para que verifique y ayude a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare. KEPRO - Organización para la mejora de la calidad de Texas es una organización independiente. No tiene ninguna relación con nuestro plan.

Debe comunicarse con KEPRO (Organización para la mejora de la calidad de Texas) en cualquiera de estas situaciones:

- Tiene una queja acerca de la calidad de la atención que recibió.
- Considera que la cobertura para su estadía hospitalaria termina demasiado pronto.
- Considera que su cobertura de servicios de atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) termina demasiado pronto.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

Método	KEPRO - Organización para la mejora de la calidad de Texas: Información de contacto
LLAME AL	1-888-315-0636 de 9 a.m. a 5 p.m. hora local, de lunes a viernes; de 11 a.m. a 3 p.m. hora local, los fines de semana y feriados
Teletipo (TTY)	1-855-843-4776 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	KEPRO 5201 W. Kennedy Blvd., Suite 900 Tampa, FL 33609
SITIO WEB	https://www.keproqio.com/

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y manejar las inscripciones en Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes legales permanentes de 65 años o más, o que tienen una discapacidad o padecen enfermedad renal terminal y cumplen con determinadas condiciones son elegibles para recibir Medicare. Si ya está recibiendo cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no está recibiendo cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. Para solicitar la cobertura de Medicare, puede llamar al Seguro Social o dirigirse a su oficina local.

Si se muda o cambia su dirección postal, es importante que se comunique con el Seguro Social para informar dichos cambios.

Método	Seguro Social: información de contacto
LLAME AL	1-800-772-1213. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. Puede utilizar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas gestiones durante las 24 horas.
Teletipo (TTY)	1-800-325-0778 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

Método	Seguro Social: información de contacto
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6**Medicaid**

(un programa conjunto del estado y del Gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a personas con ingresos y recursos limitados)

Medicaid es un programa conjunto del estado y del Gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. Algunos beneficiarios de Medicare también son elegibles para ser beneficiarios de Medicaid.

Además, hay programas que se ofrecen a través de Medicaid que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos “Programas de ahorros de Medicare” ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero todos los años:

- **Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros gastos compartidos (como deducibles, coseguros y copagos). (Algunos beneficiarios calificados de Medicare [QMB] también son elegibles para ser beneficiarios totales de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario de Medicare con ingresos bajos específicos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunos beneficiarios de Medicare con ingresos bajos específicos [SLMB] también son elegibles para ser beneficiarios totales de Medicaid [SLMB+]).
- **Individuo calificado (Qualifying Individual, QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Trabajador discapacitado calificado (Qualified Disabled & Working Individual, QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas.

Método	Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas: Información de contacto
LLAME	1-512-424-6500
AL	8 a.m. - 5 p.m. hora del Centro, de lunes a viernes
Teletipo (TTY)	1-512-424-6597 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

Método	Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas: Información de contacto
ESCRIBA A	Texas Health and Human Services 4900 N. Lamar Blvd., Brown-Healy Building Austin, TX 78751-2316
SITIO WEB	https://hhs.texas.gov/services/health/medicaid-chip

SECCIÓN 7 Cómo comunicarse con la Junta de jubilación para ferroviarios

La Junta de Jubilación para Ferroviarios es una agencia federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores ferroviarios de la nación y sus familias. Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios de la Junta de jubilación para ferroviarios, comuníquese con la agencia.

Si recibe sus beneficios de Medicare a través de la Junta de jubilación para ferroviarios, es importante que les comunique si se muda o cambia su dirección postal.

Método	Junta de jubilación para ferroviarios: información de contacto
LLAME AL	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona “0”, podrá hablar con un representante de la Junta de jubilación para ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB), de 9:00 a.m. a 3:30 p.m. los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 a.m. a 12:00 p.m. los miércoles. Si presiona “1”, podrá acceder a la Línea de ayuda automatizada e información grabada de la RRB durante las 24 horas, incluidos los fines de semana y días feriados.
Teletipo (TTY)	1-312-751-4701 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.
SITIO WEB	rrb.gov/

SECCIÓN 8 ¿Tiene un "seguro grupal" u otro seguro de salud de un empleador?

Si usted (o su cónyuge) recibe beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge) como

parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios del empleador/sindicato o al Departamento de Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta. Puede preguntar sobre los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción de su empleador (o de su cónyuge) o de jubilados. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros figuran en la contraportada de este folleto). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; teletipo (TTY): 1-877-486-2048) con preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare en virtud de este plan.

CAPÍTULO 3

*Cómo utilizar la cobertura del
plan
por sus servicios cubiertos*

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

SECCIÓN 1	Cosas que debe saber sobre cómo obtener atención médica y otros servicios cubiertos como miembro de nuestro plan.	34
Sección 1.1	¿Qué son los “proveedores de la red” y los “servicios cubiertos”?	34
Sección 1.2	Reglas básicas para obtener atención médica cubierta por el plan	34
SECCIÓN 2	Use proveedores en la red del plan para obtener su atención médica.....	36
Sección 2.1	Debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) para que proporcione y supervise su atención.	36
Sección 2.2	¿Qué tipos de atención médica puede obtener sin aprobación por anticipado de su PCP?.....	37
Sección 2.3	Cómo obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red	38
Sección 2.4	Cómo recibir atención de proveedores fuera de la red.....	39
SECCIÓN 3	Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o necesita atención de urgencia o durante un desastre.....	39
Sección 3.1	Cómo obtener atención si tiene una emergencia médica	39
Sección 3.2	Cómo obtener atención cuando necesita servicios de urgencia	41
Sección 3.3	Cómo obtener atención durante un desastre.....	42
SECCIÓN 4	¿Qué sucede si le facturan directamente el costo completo de los servicios cubiertos?.....	43
Sección 4.1	Puede pedirnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo por los servicios cubiertos.	43
Sección 4.2	Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan, deberá pagar el costo total.....	43
SECCIÓN 5	¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando está en un “estudio de investigación clínica”?	43
Sección 5.1	¿Qué es un “estudio de investigación clínica”?	43
Sección 5.2	Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga qué?	44
SECCIÓN 6	Reglas para obtener atención cubierta en una “institución de atención médica religiosa no médica”	45
Sección 6.1	¿Qué es una institución de atención médica religiosa no médica?	45
Sección 6.2	Cómo recibir atención de una institución de atención médica religiosa no médica	46
SECCIÓN 7	Reglas para la propiedad de equipo médico duradero.....	46
Sección 7.1	¿Será usted propietario del equipo médico duradero después de hacer una determinada cantidad de pagos en virtud de nuestro plan?	46

SECCIÓN 8 Reglas para equipo y suministros de oxígeno, y mantenimiento.....47

Sección 8.1	¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?	47
Sección 8.2	¿Cuál es su costo compartido? ¿Cambiará después de 36 meses?	48
Sección 8.3	¿Qué sucede si deja el plan y regresa a Original Medicare?	48

SECCIÓN 1**Cosas que debe saber sobre cómo obtener atención médica y otros servicios cubiertos como miembro de nuestro plan.**

Este capítulo explica lo que debe saber sobre cómo usar el plan para obtener atención médica cubierta. Aquí se ofrecen definiciones de los términos y se explican las normas que deberá cumplir para obtener los tratamientos médicos, servicios y otra atención médica cubiertos por el plan.

Para obtener detalles sobre qué atención médica está cubierta por nuestro plan y cuánto paga usted cuando recibe esta atención, use la tabla de beneficios en el siguiente capítulo, Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, lo que está cubierto y lo que usted paga*).

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

Aquí hay algunas definiciones que pueden ayudarle a entender cómo obtener atención y servicios cubiertos como miembro de nuestro plan.

- **Los “proveedores”** son médicos y otros profesionales de atención médica con licencia del estado para proporcionar servicios y atención médica. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- **Los “proveedores de la red”** son médicos y otros profesionales de salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido como pago total. Hemos acordado con estos proveedores que les presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores en nuestra red nos facturan directamente a nosotros por la atención que le dan. Cuando usted ve a un proveedor de la red, solo paga su parte del costo por sus servicios.
- **Los “servicios cubiertos”** incluyen toda la atención médica, servicios de atención médica, suministros y equipos que están cubiertos por nuestro plan. Sus servicios cubiertos para atención médica se incluyen en la tabla de beneficios, en Capítulo 4.

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

Como plan de salud de Medicare, nuestro plan debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y debe seguir las normas de cobertura de Original Medicare.

Nuestro plan generalmente cubrirá su atención médica, siempre que:

- **La atención que recibe esté incluida en la Tabla de beneficios médicos del plan** (este capítulo está en Capítulo 4 de este folleto).
- **La atención que recibe se considera médica mente necesaria.** “Médicamente necesario” significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o tratamiento de su condición médica y cumplen los estándares de práctica médica aceptados.

- **Usted tiene un proveedor de atención primaria (PCP) de la red, que proporciona y supervisa su atención.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP de la red (para obtener más información sobre esto, consulte Sección 2.1 en este capítulo).
 - En la mayoría de las situaciones, su PCP de la red debe darle una aprobación previa antes de que usted pueda utilizar otros proveedores en la red del plan, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio. Esto se denomina darle una “remisión”. Para obtener más información sobre esto, vea Sección 2.3 de este capítulo.
 - No se requieren remisiones de su PCP para atención de emergencia o servicios de urgencia. También existen otros tipos de atención que puede recibir sin tener la aprobación previa de su PCP. (Para obtener más información al respecto, consulte la sección 2.2 de este capítulo).
- **Usted debe recibir su atención de parte de un proveedor de la red** (para obtener más información sobre esto, vea Sección 2 en este capítulo). En la mayoría de los casos, la atención que recibe de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no es parte de la red del plan) no estará cubierta. *Estas son tres excepciones:*
 - El plan cubre atención de emergencia o servicios necesarios de urgencia que usted recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre esto, y para ver qué significa servicios de emergencia o de urgencia, vea Sección 3 en este capítulo.
 - Si necesita atención médica que Medicare requiere que nuestro plan cubra y los proveedores en la red no pueden proporcionarle esta atención, puede obtenerla de un proveedor fuera de la red. Llámenos para informarse sobre las normas de autorización que puede necesitar antes de solicitar atención. En este caso, pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red. Para obtener información sobre cómo recibir aprobación para ver a un proveedor fuera de la red, consulte Sección 2.4 en 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 proveedores en la red del plan para obtener su atención médica.****Sección 2.1****Debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) para que proporcione y supervise su atención.****¿Qué es un “PCP” y qué hace el PCP por usted?**

Cuando se convierte en miembro de nuestro plan, debe elegir primero un proveedor del plan para que sea su PCP. Su PCP es su socio en la atención, proporciona y coordina su atención. Su PCP es un profesional de atención médica que cumple los requisitos del estado y está capacitado para darle su atención médica básica. Esto incluye médicos especializados en medicina familiar, medicina general, medicina interna y geriatría. Un enfermero profesional (NP), un enfermero registrado con licencia del estado con capacitación especial, que proporciona un nivel básico de atención médica, o un asistente médico (PA), con credenciales como PCP, que proporciona servicios en un establecimiento de atención primaria, también puede actuar como su PCP.

Usted recibirá la mayoría de su atención básica o de rutina de su PCP. Su PCP también ayudará a hacer los arreglos o coordinar el resto de los servicios cubiertos que obtiene como miembro de nuestro plan. Esto incluye:

- radiografías,
- análisis de laboratorio,
- terapias,
- atención de médicos que son especialistas,
- internación en un hospital, y
- atención de seguimiento

La “coordinación” de sus servicios incluye verificar o consultar con otros proveedores del plan sobre su atención y cómo está funcionando. Para determinados tipos de servicios o suministros, su PCP deberá obtener autorización previa (aprobación por anticipado). Si el servicio que necesita requiere autorización previa, su PCP solicitará la autorización a nuestro plan. Debido a que su PCP proporcionará y coordinará su atención médica, usted debe hacer que se envíen todos sus registros médicos al consultorio de su PCP.

Generalmente verá a su PCP primero, para la mayoría de sus necesidades de atención médica de rutina. Le recomendamos que tenga un PCP que coordine toda su atención. Para más información, consulte la sección 2.3 de este capítulo.

En algunos casos, su PCP, o un especialista u otro proveedor que lo vea, deberá obtener autorización previa (aprobación previa) de nuestra parte para determinados tipos de servicios y artículos cubiertos. Consulte el Capítulo 4 de este folleto para ver los servicios y artículos que requieren autorización previa.

Si necesita hablar con su médico después del horario regular de atención, llame al consultorio del médico y se le dirigirá directamente a su médico, una máquina contestadora con instrucciones sobre dónde obtener servicios o a otro médico que proporcione cobertura. Si tiene una emergencia, llame inmediatamente al

911.

¿Cómo elige a su PCP?

Para elegir a su PCP, visite nuestro sitio web en www.wellcare.com/allwelltx y seleccione un PCP de nuestra red del plan. Servicios para Miembros también puede ayudarle a elegir un PCP. Una vez que ha elegido a su PCP, llame a Servicios para los miembros con su elección. Su PCP debe estar en nuestra red.

Si hay un especialista u hospital particular del plan que desea usar, verifique primero para asegurarse de que el especialista u hospital están en la red del PCP.

Si no elige un PCP o si elige un PCP que no está disponible con este plan, automáticamente le asignaremos un PCP.

Cómo cambiar su PCP

Puede cambiar su PCP por cualquier motivo, en cualquier momento. Además, es posible que su PCP deje la red de proveedores de nuestro plan y usted tenga que buscar un nuevo PCP. En determinadas circunstancias, nuestros proveedores están obligados a continuar la atención después de dejar nuestra red. Para conocer detalles específicos, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

Si desea cambiar su PCP, llame a Servicios para los miembros. Cada PCP del plan puede hacer remisiones a determinados especialistas del plan y usar determinados hospitales dentro de su red. Esto significa que el PCP del plan que elige puede determinar los especialistas y hospitales que usted puede usar. Si hay especialistas y hospitales específicos que desee usar, averigüe si su PCP del plan usa esos especialistas u hospitales.

Para cambiar su PCP, llame a Servicios para los miembros al número de teléfono que figura en la contraportada de este folleto. Este cambio entrará en vigor el primer día del siguiente mes. Tenga en cuenta: Si usa un PCP que no sea el PCP al que está asignado, puede incurrir en un costo compartido más alto o sus reclamos podrían denegarse.

Sección 2.2	¿Qué tipos de atención médica puede obtener sin aprobación por anticipado de su PCP?
--------------------	---

Puede recibir los servicios incluidos abajo sin obtener aprobación por anticipado de su PCP.

- Atención médica de rutina para mujeres, que incluye exámenes de mamas, mamografías de detección (radiografías de la mama), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre que los reciba de un proveedor de la red.
- Vacunas antigripales, vacunas contra el COVID-19, la hepatitis y la neumonía, siempre que las reciba de 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 estén disponibles o accesibles temporalmente, es decir, cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan).

- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está transitoriamente fuera del área de servicio del plan. (Si es posible, llame a Servicios para los miembros antes de dejar el área de servicio para que podamos ayudarle a coordinar la diálisis de mantenimiento mientras está fuera. Los números de teléfono de Servicios para los miembros figuran en la contraportada de este folleto).

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

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

- Los oncólogos brindan atención a pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos brindan atención a pacientes con afecciones del corazón.
- Los ortopedistas brindan atención a pacientes con determinadas afecciones de los huesos, las articulaciones o los músculos.

Para ver a un especialista, generalmente necesitará obtener primero aprobación de su PCP. Esto se denomina obtener una “remisión” para un especialista. Es muy importante obtener una remisión de su PCP antes de ver a un especialista del plan o a determinados proveedores. Hay algunas excepciones, incluyendo atención médica de rutina para mujeres, como se explicó en la Sección 2.2. Si no tiene una remisión antes de obtener servicios de un especialista o de otros proveedores determinados, podría tener que pagar por estos servicios usted mismo.

Si el especialista desea que usted vuelva para recibir atención adicional, verifique primero para asegurarse de que la remisión que obtuvo de su PCP para la primera consulta cubre consultas adicionales al especialista o a determinados proveedores.

Algunos tipos de servicios requerirán que obtenga aprobación por anticipado de nuestro plan. Esto se denomina obtener “autorización previa”. Si el servicio que necesita requiere autorización previa, su PCP u otro proveedor de la red solicitará la autorización a nuestro plan. La solicitud se revisará y la decisión (determinación de la organización) se enviará a usted y su proveedor. Vea la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4, Sección 2.1 de este folleto, para conocer los servicios específicos que requieren autorización previa.

¿Qué sucede si un especialista u otro proveedor de la red dejan de participar en el plan?

Es importante que sepa que podemos hacer cambios a los hospitales y especialistas (proveedores) que forman parte del plan durante el año. Hay algunos motivos por los que su proveedor podría dejar el plan, pero si su médico o especialista dejan el plan, usted tiene determinados derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- A pesar de que nuestra red de proveedores podría cambiar durante el año, Medicare requiere que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas cualificados.
- Haremos nuestro mejor esfuerzo para darle un aviso con al menos 30 días de anticipación de que su proveedor está dejando nuestro plan, para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
- Le ayudaremos para seleccionar un nuevo proveedor cualificado para seguir administrando sus necesidades de atención médica.
- Si está en un tratamiento en curso, tiene derecho a pedir, y trabajaremos con usted para garantizarlo, que el tratamiento médica mente necesario que está recibiendo no se interrumpa.
- Si considera que no le hemos dado un proveedor cualificado para reemplazar su proveedor anterior o que la atención no se está administrando de manera apropiada tiene derecho a presentar una apelación a nuestra decisión.
- Si descubre que su médico o especialista está dejando su plan con nosotros para que podamos ayudarle a encontrar un nuevo proveedor para administrar su atención.
- Si necesita atención porque un especialista o proveedor de la red está dejando nuestro plan, llame a Servicios para los miembros al número que figura en la contraportada de este folleto.

Sección 2.4 Cómo recibir atención de proveedores fuera de la red

Si necesita atención médica cubierta por Medicare y un proveedor de la red no puede proporcionarle esta atención, es posible que pueda obtener atención de un proveedor fuera de la red. Nuestro plan debe confirmar que no hay un proveedor de la red disponible y comunicarse con el plan para solicitar autorización para que usted obtenga servicios de un proveedor fuera de la red. Si se aprueba, el proveedor fuera de la red emitirá una autorización para proporcionar el servicio.

Usted tiene derecho a recibir servicios de proveedores fuera de la red para servicios de emergencia o de urgencia fuera del área. Además, nuestro plan debe cubrir servicios de diálisis para miembros con enfermedad renal en etapa terminar (ESRD) que han viajado fuera del área de servicio del plan y no pueden acceder a proveedores de la red. Los servicios de ESRD se deben recibir en un centro de diálisis certificado por Medicare.

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o necesita atención de urgencia o durante un desastre

Sección 3.1 Cómo obtener atención si tiene una emergencia médica

¿Qué es una “emergencia médica” y qué debe hacer en caso de que se le presente esta situación?

A “**emergencia médica**” es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para

evitar que pierda la vida, un miembro o la función de un miembro. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para obtener ayuda o vaya a la sala de emergencia u hospital más cercano. Llame a una ambulancia si la necesita. Usted *no* necesita obtener primero una aprobación o remisión de su PCP.
- **Lo antes posible, asegúrese de que se le informe a nuestro plan de su emergencia.** Debemos hacer seguimiento a su atención de emergencia. Usted u otra persona debe llamarnos para informarnos de su atención de emergencia, generalmente en un plazo de 48 horas. El número de teléfono de Servicios para los miembros figura en la contraportada de este folleto.

¿Qué está cubierto si tiene una emergencia médica?

Puede recibir atención médica de emergencia cubierta siempre que la necesite, en cualquier lugar de Estados Unidos o sus territorios. Wellcare Patriot No Premium (HMO) incluye cobertura de emergencia/urgencia en todo el mundo. Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones en las que llegar a la sala de emergencia por cualquier otro medio pondría en peligro su salud. Para obtener más información, vea la Tabla de beneficios médicos en Capítulo 4 de este folleto.

Medicare no cubre atención de emergencia fuera de los Estados Unidos. Sin embargo, nuestro plan cubre servicios de atención de urgencia y emergencia en todo el mundo fuera de los Estados Unidos en las siguientes circunstancias: definida como atención de urgencia, de emergencia y de posestabilización recibida fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

- Usted tiene cobertura para hasta \$50,000 cuando viaja fuera de Estados Unidos en virtud de su cobertura de atención de emergencia y de urgencia en todo el mundo. El costo que excede este monto no estará cubierto.
- El transporte de vuelta a Estados Unidos desde otro país y los medicamentos comprados mientras estaba fuera de Estados Unidos no están cubiertos. Además, los costos compartidos de la sala de emergencia se aplican si usted es ingresado para recibir atención hospitalaria como paciente internado.
- Comuníquese con nosotros en un plazo de 48 horas, si es posible, para informarnos de su consulta a la sala de emergencia.

Para obtener más información, vea “Cobertura de emergencia y de urgencia” en la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este folleto o llame a Servicios para Miembros al número de teléfono que figura en la contraportada de este folleto.

Si tiene una emergencia, hablaremos con los médicos que le brindan atención de emergencia para ayudar a administrar y hacer un seguimiento de su atención. Los médicos que le brindan atención de emergencia decidirán cuándo su condición está estable y la atención de emergencia termina.

Después de que la emergencia termine, usted tiene derecho a atención de seguimiento para asegurar que su afección continúe estable. El plan cubre la atención de seguimiento. Si recibe atención de emergencia por parte de proveedores fuera de la red, trataremos de que los proveedores de la red se hagan cargo de su

atención tan pronto como su afección y las circunstancias lo permitan. Cualquier atención de seguimiento de un proveedor fuera de la red después de que su emergencia termine requerirá autorización del plan para continuar con la atención.

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

Algunas veces puede ser difícil saber si tiene una emergencia médica. Por ejemplo, podría ir por atención de emergencia, creyendo que su salud está en grave peligro, y el médico podría decirle que no era una emergencia. Si resulta que no era una emergencia, siempre que usted haya pensado razonablemente que su salud estaba en grave peligro, cubriremos la atención.

Sin embargo, después de que el médico dijo que *no* era una emergencia, cubriremos la atención adicional *sólo si* recibe la atención adicional 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 “atención de urgencia” y usted sigue las reglas para obtener esta atención de urgencia (para obtener más información sobre esto, vea Sección 3.2 que se encuentra a continuación).

Sección 3.2 Cómo obtener atención cuando necesita servicios de urgencia

¿Qué son los “servicios de urgencia”?

Los “servicios de urgencia” son para tratar una enfermedad, lesión o afección imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser brindados por proveedores dentro de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente. La afección imprevista podría ser, por ejemplo, un brote de una afección conocida que usted tiene.

¿Qué sucede si se encuentra en el área de servicio del plan y tiene una necesidad urgente de recibir atención?

Siempre debe tratar que los proveedores de la red le brinden los servicios de urgencia. Sin embargo, si los proveedores no están disponibles o accesibles temporalmente y no es razonable esperar para obtener atención de su proveedor de la red cuando la red esté de nuevo disponible, cubriremos los servicios de urgencia que usted reciba de un proveedor de la red.

Comuníquese con el consultorio de su PCP las 24 horas del día si necesita atención de urgencia. Se le podría dirigir a obtener atención de urgencia en un centro de atención de urgencia. Puede encontrar una lista de los centros de atención de urgencia de la red en el *Directorio de proveedores* en nuestro sitio web en www.wellcare.com/allwelltx. Si los servicios de urgencia se reciben en el consultorio de su médico, usted pagará el copago por la consulta en el consultorio; sin embargo, si los servicios de urgencia se reciben en un centro de atención de urgencia o clínica sin cita previa, usted pagará el copago del centro de atención de urgencia, que puede ser diferente. Consulte el capítulo 4, *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)* para conocer el copago que se aplica a servicios proporcionados en el

consultorio del médico o el centro de atención de urgencia o clínica sin cita previa.

También puede comunicarse con la Línea de ayuda de enfermería en cualquier momento. Un enfermero profesional está en línea para brindarle respuestas las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Para más información sobre la Línea de ayuda de enfermería consulte la categoría de beneficios Programas educativos de salud y bienestar en el capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos [lo que está cubierto y lo que usted paga]*), o llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

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

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

Nuestro plan cubre servicios de emergencia en todo el mundo y atención de urgencia fuera de los Estados Unidos en las siguientes circunstancias. Sin embargo, Medicare no cubre atención de emergencia fuera de los Estados Unidos.

- Usted tiene cobertura para hasta \$50,000 cuando viaja fuera de Estados Unidos en virtud de su cobertura de atención de emergencia y de urgencia en todo el mundo. Los costos que excedan este monto *no* estarán cubiertos.
- El transporte de vuelta a Estados Unidos desde otro país y los medicamentos comprados mientras estaba fuera de Estados Unidos *no* están cubiertos. Además, los costos compartidos de la sala de emergencia *no* se eximen si lo ingresan para recibir atención hospitalaria como paciente internado.
- Comuníquese con nosotros en un plazo de 48 horas, si es posible, para informarnos de su consulta a la sala de emergencia

Para obtener más información, vea “Atención de emergencia y servicios de urgencia” en la Tabla de beneficios médicos en el capítulo 4 de este folleto o llame a Servicios para Miembros al número de teléfono que figura en la contraportada de este folleto.

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre

Si el gobernador de su estado, la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos o el Presidente de Estados Unidos declaran un desastre o emergencia en su área geográfica, usted aún tiene derecho a recibir atención de su plan.

Visite el siguiente sitio web: www.wellcare.com/allwellTX para obtener información sobre cómo recibir atención necesaria durante un desastre.

Generalmente, si no puede usar un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener atención de proveedores fuera de la red al costo compartido dentro de la red.

SECCIÓN 4**¿Qué sucede si le facturan directamente el costo completo de los servicios cubiertos?****Sección 4.1****Puede pedirnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo por los servicios cubiertos.**

Si pagó más de su parte compartida por servicios cubiertos, o si recibió una factura por el costo completo de los servicios médicos cubiertos, vaya al Capítulo 5 (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos cubiertos*) para obtener más información sobre qué hacer.

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

Nuestro plan cubre todos los servicios médicos que son médicalemente necesarios. Estos servicios figuran en la Tabla de beneficios del plan (esa tabla está en Capítulo 4 de este folleto), y se obtienen de manera consistente con las reglas del plan. Usted es responsable de pagar el costo total de los servicios que no cubra el plan, ya sea porque se trate de servicios que el plan no cubre o porque se obtuvieron fuera de la red y no fueron autorizados.

Si tiene preguntas sobre si pagaremos cualquier servicio médico o atención que esté considerando, tiene derecho a pedirnos que lo cubramos antes de que lo reciba. También tiene derecho de solicitarlo por escrito. Si decimos que no cubriremos el servicio, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención.

Capítulo 7 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*) contiene más información sobre qué hacer si desea una decisión de cobertura de nuestra parte o quiere apelar una decisión que ya tomamos. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Para servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficio, puede pagar el costo completo de cualquier servicio que reciba después de que haya utilizado por completo su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. El monto que paga por los costos una vez que el límite de beneficio se ha alcanzado no contará para el máximo de desembolso directo. Por ejemplo, podría tener que pagar el costo completo de cualquier atención de un centro de enfermería especializada que reciba después de que nuestro pago del plan alcance el límite de beneficio. Una vez que haya agotado su límite de beneficios, los pagos adicionales que haga por el servicio no cuentan para su máximo anual de costos que paga de su bolsillo. Puede llamar a Servicios para Miembros cuando desee saber cuánto de su límite de beneficio ya ha usado.

SECCIÓN 5**¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando está en un “estudio de investigación clínica”?****Sección 5.1****¿Qué es un “estudio de investigación clínica”?**

Un estudio de investigación clínica (también denominado un “ensayo clínico”) es una manera en que los

médicos y científicos prueban nuevos tipos de atención médica, como por ejemplo cuán bien funciona un nuevo medicamento para el cáncer. Prueban nuevos procedimientos de atención médica o medicamentos pidiendo a voluntarios que ayuden con el estudio. Este tipo de estudio es una de las etapas finales del proceso de investigación que ayuda a médicos y científicos a ver si un nuevo enfoque funciona y si es seguro.

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

Una vez que Medicare apruebe el estudio, alguien que trabaja en el estudio se comunicará con usted para explicarle más sobre el estudio y ver si cumple los requisitos establecidos por los científicos que llevan a cabo el estudio. Puede participar en el estudio siempre que cumpla los requisitos del estudio y entienda y acepte completamente qué está involucrado si usted participa en el estudio.

Si usted participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayor parte de los costos por los servicios cubiertos que recibe como parte del estudio. Cuando está en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y seguir 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 obtener aprobación de nosotros ni de su PCP. Los proveedores que brindan su atención como parte del estudio de investigación clínica *no* necesitan participar en la red de proveedores del plan.

A pesar de que no necesita obtener el permiso del plan para estar en un estudio de investigación clínica, **sí debe informarnos antes de comenzar a participar en un estudio de investigación clínica.**

Si tiene pensado participar en un estudio de investigación clínica, comuníquese con Servicios para los miembros (el número de teléfono figura en la contraportada de este folleto) para informarles que participará en un estudio de investigación clínica y para averiguar detalles más específicos sobre qué pagará el plan.

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

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

- La habitación y las comidas correspondientes a la estadía en el hospital que Medicare pagaría incluso si no estuviera en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico que es parte del estudio de investigación.
- El tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones que sean consecuencia de la nueva atención.

Original Medicare paga la mayoría del costo de los servicios cubiertos que reciba como parte del estudio. Después de que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan también pagará su

parte del costo. Pagaremos la diferencia entre el costo compartido en Original Medicare y su costo compartido como miembro de nuestro plan. Esto significa que pagará el mismo monto por los servicios que reciba como parte del estudio que lo que pagaría si recibiera estos servicios de nuestro plan.

Este es un ejemplo de cómo funciona el costo compartido: Digamos que usted tiene una prueba de laboratorio que cuesta \$100 como parte del estudio de investigación. Digamos además que su parte de los costos por esta prueba es de \$20 en Original Medicare, pero la prueba costaría \$10 según los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría \$80 por la prueba y nosotros pagaríamos los otros \$10. Esto significa que usted pagaría \$10, que es el mismo monto que pagaría según los beneficios del plan.

Para que paguemos nuestra parte de los costos, usted debe enviar una solicitud para el pago. Con su solicitud, deberá enviarnos una copia de los Avisos de resúmenes de Medicare u otro documento que muestre qué servicios recibió como parte del estudio y cuánto debe. Consulte Capítulo 5 para obtener más información sobre cómo enviar solicitudes de pago.

Cuando participa en un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagaremos por nada de lo siguiente:**

- Generalmente, Medicare *no* pagará por el nuevo artículo o servicio que el estudio está probando a menos que Medicare cubra el artículo o servicio incluso si usted *no* está en un estudio.
- Artículos y servicios que el estudio le da a usted o cualquier participante de manera gratuita.
- Los productos o servicios que se proporcionen solo para recabar datos y que no se utilicen en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no pagaría por tomografías computarizadas mensuales hechas como parte del estudio si su afección médica normalmente requeriría solo una tomografía computarizada.

¿Desea obtener más información?

Puede obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica en la publicación “Medicare and Clinical Research Studies” (Medicare y los estudios de investigación clínica). (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de teletipo (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6

Reglas para obtener atención cubierta en una “institución de atención médica religiosa no médica”

Sección 6.1

¿Qué es una institución de atención médica religiosa no médica?

Una institución de atención médica religiosa no médica es un centro que proporciona atención para una afección que normalmente sería tratada en un hospital o centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de enfermería especializada está en contra de las creencias religiosas de un miembro, en su lugar proporcionaremos cobertura en una institución de atención médica religiosa no médica. Puede elegir buscar atención en cualquier momento y por cualquier motivo. Este beneficio se

proporciona únicamente para servicios como paciente internado de la Parte A (servicios de atención médica no médicos). Medicare solo pagará los servicios de atención no médica que se presten en instituciones religiosas de atención sanitaria no médica.

Sección 6.2 Cómo recibir atención de una institución de atención médica religiosa no médica

Para recibir atención de una institución de atención médica religiosa no médica, debe firmar un documento legal que indique que se opone de manera consciente a obtener tratamiento médico que es “no exceptuado”.

- La atención o tratamiento médico “no exceptuado” es cualquier atención o tratamiento que es *voluntaria y no exigido* por ninguna ley federal, estatal o local.
- El tratamiento médico “exceptuado” es atención o tratamiento médico que usted recibe que *no* es voluntario ni *exigido* por una ley federal, estatal o local.

Para estar cubierta por nuestro plan, la atención que recibe de una institución de atención médica religiosa no médica debe cumplir las siguientes condiciones:

- El centro que proporciona la atención debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura o servicios que recibe de nuestro plan se limita a *aspectos no religiosos* de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución que se le proporcionan en un centro, aplican las siguientes:
 - Usted debe tener una afección médica que le permitiría recibir servicios cubiertos para atención hospitalaria como paciente internado o atención de un centro de enfermería especializada;
 - –y– Debe recibir aprobación por anticipado de nuestro plan antes de que lo ingresen al centro, o su estadía no estará cubierta.

Su estadía en una institución de atención médica religiosa no médica no está cubierta por nuestro plan a menos que obtenga autorización (aprobación) por anticipado de nuestro plan y estará sujeta a las mismas limitaciones de cobertura que la atención como paciente internado o en un centro de enfermería especializada que de otra manera recibiría. Consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 para conocer las reglas de cobertura e información adicional sobre el costo compartido y las limitaciones para la cobertura como paciente internado en un hospital y de enfermería especializada.

SECCIÓN 7 Reglas para la propiedad de equipo médico duradero.

Sección 7.1 ¿Será usted propietario del equipo médico duradero después de hacer una determinada cantidad de pagos en virtud de nuestro plan?

El equipo médico duradero (DME) incluye artículos como equipo de oxígeno y suministros, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, bastones, suministros para diabéticos, dispositivos de generación de habla, bombas de infusión intravenosa y camas de hospital ordenadas por un proveedor para

uso en el hogar. El miembro siempre posee ciertos artículos, como las prótesis. En esta sección, discutimos otros tipos de equipo médico duradero (DME) que usted debe alquilar.

En Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de DME son dueños del equipo después de pagar copagos por el artículo durante 13 meses. Como miembro de nuestro plan, también hay determinados tipos de equipo médico duradero que usted poseerá después de pagar copagos por el artículo por una cantidad específica de meses. Sus pagos previos cuentan para un artículo de equipo médico duradero cuando tuvo Original Medicare y no se contaron sus pagos que hizo mientras era miembro de nuestro plan. Si adquiere la propiedad de un equipo médico duradero mientras es miembro de nuestro plan, y el equipo requiere mantenimiento, entonces el proveedor tiene permitido facturar al plan por el costo de la reparación. También hay determinados tipos de equipo médico duradero para el cual no adquirirá la propiedad sin importar cuántos pagos haga por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan. Llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) para conocer los requisitos de propiedad o alquiler de equipo médico duradero y la documentación que debe proporcionar.

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

Si no adquirió la propiedad del artículo de DME mientras estuvo en nuestro plan, tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos después de cambiar a Original Medicare para ser propietario del artículo. Los pagos que hizo mientras estuvo en nuestro plan no cuentan para esos 13 pagos consecutivos.

Si hizo menos de 13 pagos por el artículo de DME en Original Medicare *antes* de unirse a nuestro plan, sus pagos previos tampoco cuentan para los 13 pagos consecutivos. Deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de que vuelva a Original Medicare para convertirse en propietario del artículo. No hay excepciones a este caso cuando vuelve a Original Medicare.

SECCIÓN 8 Reglas para equipo y suministros de oxígeno, y mantenimiento

Sección 8.1 ¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si califica para cobertura para equipo de oxígeno, entonces, mientras esté inscrito, nuestro plan cubrirá:

- El alquiler del equipo de oxígeno
- El envío del oxígeno y los contenidos de oxígeno
- Tubos y accesorios relacionados con el oxígeno para el envío de oxígeno y contenidos de oxígeno
- El mantenimiento y la reparación del equipo de oxígeno

Si deja nuestro plan o ya no necesita médicaamente equipo de oxígeno, entonces el equipo de oxígeno se debe devolver 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 un 20% de coseguro cada mes.

Si antes de inscribirse en Wellcare Patriot No Premium (HMO) hizo pagos durante 36 meses para alquiler de equipo de oxígeno, su costo compartido en Wellcare Patriot No Premium (HMO) es un 20% de coseguro.

Sección 8.3 ¿Qué sucede si deja el 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 hizo pagos por el alquiler de equipo de oxígeno durante 36 meses antes de unirse a Wellcare Patriot No Premium (HMO), se une a Wellcare Patriot No Premium (HMO) durante 12 meses, y después regresa a Original Medicare, usted pagará el costo compartido completo por la cobertura de equipo de oxígeno.

De manera similar, si hizo pagos por 36 meses mientras estuvo inscrito en Wellcare Patriot No Premium (HMO) y luego regresa a Original Medicare, usted pagará el costo compartido completo por la cobertura de equipo de oxígeno.

CAPÍTULO 4

*Tabla de beneficios médicos
(lo que es cubierto y
lo que usted paga)*

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que es cubierto y lo que usted paga)

SECCIÓN 1	Entender los costos que paga de su bolsillo por servicios cubiertos	51
Sección 1.1	Tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos	51
Sección 1.2	¿Cuánto es lo máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare?.....	51
Sección 1.3	Nuestro plan no permite a los proveedores que le “facturen el saldo” a usted	52
SECCIÓN 2	Use la <i>Tabla de beneficios médicos</i> para averiguar qué está cubierto para usted y cuánto pagará.....	52
Sección 2.1	Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan	52
SECCIÓN 3	¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?.....	97
Sección 3.1	Servicios que <i>no</i> cubrimos (exclusiones)	97

SECCIÓN 1**Entender los costos que paga de su bolsillo por servicios cubiertos**

Este capítulo se centra en qué servicios están cubiertos y lo que usted paga por sus beneficios médicos. Incluye una Tabla de beneficios médicos que enumera sus servicios cubiertos y muestra cuánto pagará por cada servicio cubierto como miembro de nuestro plan. Más adelante en este capítulo, puede encontrar información sobre servicios médicos que no están cubiertos. También explica los límites para algunos servicios.

Sección 1.1**Tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos**

Para entender la información de pago que damos en este capítulo, debe conocer los tipos de costos que paga de su bolsillo que podría tener que pagar por servicios cubiertos.

- A “**copago**” es el monto fijo que paga cada vez que recibe determinados servicios médicos. Usted paga un copago al momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos en Sección 2 le informa más sobre sus copagos).
- “**Coseguro**” es el porcentaje que usted paga del costo total por determinados servicios médicos. Usted paga un coseguro al momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos en Sección 2 le informa más sobre su coseguro).

La mayoría de las personas que reúnen los requisitos para acceder a Medicaid o al programa de Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) nunca deben pagar deducibles, copagos o coseguros. Asegúrese de mostrar su prueba de elegibilidad de Medicaid o de Beneficiario calificado de Medicare (QMB) a su proveedor, si corresponde. Si cree que se le pide que pague indebidamente, póngase en contacto con el Servicio para Miembros.

Sección 1.2**¿Cuánto es lo máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare?**

Debido a que está inscrito en un Medicare Advantage Plan, no hay un límite en cuánto debe pagar de su bolsillo cada año por servicios médicos que están cubiertos en virtud de la Parte A y la Parte B de Medicare (consulte la Tabla de beneficios médicos en Sección 2, más abajo). Este límite se denomina monto máximo de su bolsillo por servicios médicos.

Como miembro de nuestro plan, lo máximo que pagará de su bolsillo por servicios de la Parte A y la Parte B cubiertos dentro de la red en 2022 es de \$3,450. Los importes que usted paga por los copagos y coseguros de los servicios cubiertos dentro de la red cuentan para este monto máximo que paga de su bolsillo. Además, los montos que paga por algunos servicios no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco (*) en la Tabla de beneficios médicos. Si alcanza el monto máximo de su bolsillo de \$3,450, no tendrá que pagar ningún costo de su bolsillo por el resto del año por servicios de la Parte A y la Parte B cubiertos por Medicare dentro de la red. Sin embargo,

debe seguir pagando la prima de la Parte Medicare (a menos que su prima de la Parte B la pague Medicaid u otro tercero en su nombre).

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

Como miembro de nuestro plan, una protección importante para usted es que solo tendrá que pagar su monto de costo compartido cuando recibe servicios cubiertos de nuestro plan. No permitimos a los proveedores cobrar cargos separados adicionales, denominado “facturación de saldo”. Esta protección (que nunca paga más que su monto de costo compartido) aplica incluso si pagamos al proveedor menos de lo que cobra el proveedor por un servicio e incluso si hay una disputa y no pagamos determinados cargos del proveedor.

Así es como funciona esta protección.

- Si su costo compartido (un monto en dólares establecido, por ejemplo \$15.00), entonces usted solo paga el monto por cualquier servicio de un proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces usted nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende de qué tipo de proveedor vea:
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tarifa de reembolso del plan (según lo determinado en el contrato entre el proveedor y el plan).
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa con Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tarifa de pago de Medicare para proveedores participantes. (Recuerde, el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en determinadas situaciones, como cuando recibe una remisión).
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa con Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tarifa de pago de Medicare para proveedores no participantes. (Recuerde, el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en determinadas situaciones, como cuando recibe una remisión).
- Si considera que un proveedor le ha facturado el saldo, debe llamar a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 2 Use la *Tabla de beneficios médicos* para averiguar qué está cubierto para usted y cuánto pagará

Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan

La Tabla de beneficios médicos en las siguientes páginas enumera los servicios que cubre Wellcare Patriot No Premium (HMO) y cuánto paga usted de su bolsillo por cada servicio. Los servicios enumerados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos únicamente cuando se cumplen los siguientes requisitos de

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que es cubierto y lo que usted paga)

cobertura:

- Sus servicios cubiertos de Medicare deben ser proporcionados de acuerdo a los lineamientos establecidos por Medicare.
- Sus servicios (incluyendo la atención médica, servicios, suministros y equipo) *debe* ser médicaamente necesarios. “Médicamente necesario” significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o tratamiento de su condición médica y cumplen los estándares de práctica médica aceptados.
- Usted recibe su atención de parte de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que recibe de un proveedor fuera de la red no estará cubierta. Capítulo 3 proporciona información sobre los requisitos para usar proveedores de la red y las situaciones en las que cubriremos servicios de un proveedor fuera de la red.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (un PCP) que proporciona y supervisa su atención. En la mayoría de las situaciones, su PCP debe darle aprobación por anticipado antes de que pueda ver a otros proveedores en la red del plan. Esto se denomina darle una “remisión”. Capítulo 3 proporciona más información sobre cómo obtener una remisión y las situaciones en las que no necesita una remisión.
- Algunos de los servicios enumerados en la Tabla de beneficios médicos *sólo* están cubiertos si su médico u otro proveedor de la red obtiene aprobación por anticipado (algunas veces esto se denomina “autorización previa”) de nosotros. Los servicios cubiertos que necesitan aprobación por anticipado están marcados en la Tabla de beneficios médicos con letra cursiva.

Otra información importante que debe saber sobre su cobertura:

- Como todos los planes de Medicare, cubrimos todo lo que Original Medicare cubre. Para algunos de estos beneficios, usted paga *mayor* en nuestro plan de lo que pagaría en Medicare Original. Para otros, paga *menos*. (Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, busque en su *del manual Medicare & You 2022 (Medicare y Usted 2022)* . Véalo en línea en www.medicare.gov o pida una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de teletipo (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo en virtud de Original Medicare, también cubrimos el servicio sin costo para usted. Sin embargo, si también se le está dando tratamiento o monitoreando por una afección médica existente durante la consulta cuando recibe el servicio preventivo, aplicará un copago por la atención recibida para la afección médica existente.
- Algunas veces, Medicare agrega cobertura en virtud de Original Medicare para nuevos servicios durante el año. Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio durante 2022, ni Medicare ni nuestro plan cubrirán esos servicios.



Verá esta manzana junto a los servicios preventivos en la Tabla de beneficios.

Tabla de beneficios médicos

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
 Prueba de detección de aneurisma de aorta abdominal <p>Un ultrasonido de detección única para personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene determinados factores de riesgo y si recibe una remisión para este de su médico, asistente médico, enfermero profesional o enfermero especialista clínico.</p>	<p>No hay coseguro, copago o deducible para miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.</p>
Acupuntura para el dolor lumbar crónico <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <p>Se cubre hasta 12 consultas en 90 días para beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias:</p> <p>A efectos de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como aquél que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiene una duración de 12 semanas o más; • No es específico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no se asocia con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • no está asociado con una cirugía; y • no está asociado con el embarazo. <p>Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que demuestren una mejoría. No se administrarán más de 20 tratamientos de acupuntura por año.</p> <p>El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no está mejorando o está retrocediendo.</p> <p>Requisitos del proveedor:</p> <p>Los médicos (según se define en el artículo 1861(r)(1) de la Ley del Seguro Social (la Ley) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables.</p> <p>Los asistentes médicos (Physician assistants, PA), enfermeros profesionales (nurse practitioners, NP)/especialistas en enfermería clínica (clinical nurse specialists, CNSS) (como se identifica en el artículo 1861(aa)(5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales</p>	<p>\$0 de copago para la acupuntura cubierta por Medicare recibida en el consultorio de un Proveedor de atención primaria (PCP).</p> <p>\$25 de copago para la acupuntura cubierta por Medicare recibida en el consultorio de un especialista.</p> <p>\$20 de copago para la acupuntura cubierta por Medicare recibida en el consultorio de un quiropráctico. <i>Se puede requerir autorización previa.</i></p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>aplicables y tienen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • una maestría o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Comisión de acreditación en acupuntura y medicina oriental (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM); y • una licencia vigente, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un estado, territorio o Commonwealth (es decir, Puerto Rico) de Estados Unidos o el Distrito de Columbia. <p>El personal auxiliar que proporcione acupuntura debe ser bajo el nivel apropiado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS según lo exigido por nuestras reglas en el Título 42 del CFR, §§ 410.26 y 410.27.</p>	
<p>Servicios de ambulancia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea de ala fija y rotatoria hasta el centro adecuado más cercano que puede prestar atención solamente si se proporcionan a un miembro cuya afecciones médicas es tal que otro medio de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona o si el plan lo autoriza. • El servicio de transporte en ambulancia para casos que no sean de emergencia es adecuado si está documentado que la afección del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud y que el transporte en ambulancia es médica mente necesario. 	<p>\$250 de copago por viaje de ida para servicios de ambulancia terrestre cubiertos por Medicare. <i>Se puede requerir autorización previa por transporte en aeronave de ala fija y transporte que no sea de emergencia.</i> El costo compartido no se cancela si es admitido para recibir atención hospitalaria para pacientes internados.</p> <p>\$250 de copago por viaje de ida para servicios de ambulancia aérea cubiertos por Medicare. <i>Se puede requerir autorización previa por transporte en aeronave de ala fija y transporte que no sea de emergencia.</i> El costo compartido no se cancela si es admitido para recibir atención hospitalaria para pacientes internados.</p>
<p>Examen físico de rutina anual</p> <p>El examen físico anual incluye una evaluación del corazón, los</p>	<p>\$0 de copago para un examen físico anual de rutina.*</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>pulmones, los sistemas abdominales y neurológicos, así como un examen manual del cuerpo (como cabeza, cuello y extremidades) y antecedentes médicos/familiares detallados, además de los servicios incluidos en la consulta de bienestar anual.</p>	
<p> Consulta de bienestar anual Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede tener una consulta anual de bienestar para establecer o actualizar un plan de prevención personalizado basado en los factores de riesgo y salud actuales. Está cubierta una vez cada 12 meses. Nota: Su primera consulta de bienestar anual no puede tener lugar dentro de los 12 meses de su consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”. Sin embargo, no es necesario que haya tenido una consulta de “Bienvenido a Medicare” para estar cubierto para las consultas de bienestar anuales después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.</p>	No hay coseguro, copago o deducible para la consulta de bienestar anual.
<p> Medida de la masa ósea En las personas que califican (en general, esto significa personas con riesgo de pérdida de masa ósea o de osteoporosis), los siguientes servicios se cubren cada 24 meses o con mayor frecuencia si son médicalemente necesarios: procedimientos para identificar la masa ósea, para detectar la pérdida de masa ósea o para determinar la calidad del hueso, incluida una interpretación de los resultados por parte del médico.</p>	No hay coseguro, copago o deducible para medición de la masa ósea cubierta por Medicare.
<p> Prueba de detección del cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años. • Una mamografía de control cada 12 meses para las mujeres de 40 años o más. • Examen clínico de las mamas cada 24 meses • Una mamografía de diagnóstico como médicalemente necesaria 	<p>No se requiere coseguro, copago o deducible para mamografías de detección cubiertas.</p> <p>\$0 de copago por una mamografía de diagnóstico</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
	como medicamente necesaria. <i>Se puede requerir autorización previa.</i>
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca</p> <p>Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y asesoramiento están cubiertos para los miembros que cumplen ciertas condiciones con una orden del médico.</p> <p>El plan también cubre programas de rehabilitación cardíaca que son típicamente más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p>	<p>\$25 de copago para servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare.</p> <p>\$25 de copago para servicios de rehabilitación cardíaca intensiva cubiertos por Medicare.</p>
 Consulta de reducción de riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para la enfermedad cardiovascular) <p>Cubrimos una consulta al año con su médico de atención primaria para ayudarle a disminuir su riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante esta consulta, su médico puede hablarle sobre el uso de la aspirina (si es adecuado), revisar su presión arterial y darle consejos para asegurar una buena alimentación.</p>	No hay coseguro, copago o deducible para el beneficio preventivo de terapia conductual intensiva para enfermedades cardiovasculares.
 Prueba de enfermedad cardiovascular <p>Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas con un riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).</p>	No se requiere coseguro, copago o deducible para prueba de enfermedad cardiovascular que está cubierta una vez cada 5 años.
 Pruebas de detección de cáncer cervical y vaginal <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos se cubren una vez cada 24 meses. • Si tiene un alto riesgo de cáncer cervical o vaginal o está en edad fértil y ha tenido una prueba de Papanicolaou anormal en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 	No hay coseguro, copago o deducible para los exámenes preventivos de Papanicolaou y pélvicos cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
meses	
<p>Servicios quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solo cubrimos la Manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones. 	<p>\$20 de copago para servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare. <i>Se puede requerir autorización previa.</i></p>
<p> Prueba de detección de cáncer colorrectal Para las personas de 50 años o más, se cubre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sigmoidoscopía flexible (o enema de bario como alternativa) cada 48 meses <p>Una de las siguientes pruebas cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prueba de sangre oculta en heces basada en guayacol (gFOBT) • Prueba inmunoquímica fecal (FIT) <p>Prueba de detección colorrectal basada en ADN cada 3 años.</p> <p>Para las personas con alto riesgo de cáncer colorrectal, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colonoscopía de detección (o enema de bario como alternativa) cada 24 meses <p>Para las personas que no tienen alto riesgo de cáncer colorrectal, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colonoscopía de detección cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses de una sigmoidoscopía de detección • Servicios de enema de bario cubiertos por Medicare 	<p>No hay coseguro, copago o deducible para un examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare.</p>
<p>Servicios dentales En general, los servicios odontológicos preventivos (como limpieza, exámenes odontológicos de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Cubrimos:</p>	

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que es cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> Cuidados odontológicos cubiertos por Medicare (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reducción de fracturas de mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para aplicar radioterapia por una enfermedad neoplásica o servicios que estarían cubiertos si los brindara un médico). 	<p>Servicios cubiertos por Medicare \$25 de copago para servicios odontológicos cubiertos por Medicare. <i>Se puede requerir autorización previa.</i></p> <p>Servicios adicionales El beneficio del plan tiene un límite máximo de \$2,000 anuales para los servicios preventivos e integrales. Usted es responsable de los montos que superen el límite del beneficio.*</p>
<ul style="list-style-type: none"> cuidados odontológicos preventivos (Los servicios cubiertos incluyen los siguientes). <ul style="list-style-type: none"> Exámenes orales: 2 cada año Limpiezas (profilaxis): 2 al año Tratamiento con fluoruro: 1 cada año Radiografías dentales: 1 juego cada 1 a 3 años 	<p>Odontológicos preventivos</p> <p>\$0 de copago por cada examen oral.* <i>Se puede requerir autorización previa.</i></p> <p>\$0 de copago por cada limpieza.* <i>Se puede requerir autorización previa.</i></p> <p>\$0 de copago por cada tratamiento con fluoruro.* <i>Se puede requerir autorización previa.</i></p> <p>\$0 de copago para radiografías dentales por consulta.* <i>Se puede requerir autorización previa.</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> Cuidados odontológicos integrales. (Los servicios cubiertos incluyen los siguientes). <ul style="list-style-type: none"> Servicios que no son de rutina: 1 cada día a 24 meses 	<p>Servicios odontológicos integrales:</p> <p>\$0 de copago por cada servicio no rutinario.* <i>Se puede requerir autorización previa.</i></p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> ○ Servicios de diagnóstico: 1 cada año ○ Servicios de restauración: 1 cada 12 a 84 meses ○ Endodoncia: 1 por diente ○ Periodoncia: 1 cada 6 a 36 meses ○ Extracciones: 1 por diente ○ Prostodoncia, incluidas las dentaduras postizas: 1 cada 12 a 84 meses ○ Cirugía oral/maxilofacial: cada 12 a 60 meses o de por vida <p>Aplican limitaciones y exclusiones. Antes de obtener servicios, a los miembros se les aconseja que discutan sus opciones de tratamiento con un proveedor participante de servicios dentales de rutina. El tratamiento debe comenzar y completarse mientras tiene cobertura del plan durante el año del plan. El costo de los servicios dentales no cubiertos por el plan es responsabilidad del miembro.</p> <p>Los servicios odontológicos complementarios (es decir, no cubiertos por Medicare) deben recibirse de parte de un proveedor de la red para que el plan los pueda cubrir. Si tiene preguntas sobre cómo encontrar un proveedor, presentar un reclamo, una lista detallada de procedimientos cubiertos o para obtener más información, llame a Servicios para Miembros al</p>	<p>\$0 de copago por cada servicio de diagnóstico.* <i>Se puede requerir autorización previa.</i></p> <p>\$0 de copago por cada servicio de restauración.* <i>Se puede requerir autorización previa.</i></p> <p>\$0 de copago por cada servicio endodóntico.* <i>Se puede requerir autorización previa.</i></p> <p>\$0 de copago por cada servicio de periodoncia.* <i>Se puede requerir autorización previa.</i></p> <p>\$0 de copago por cada extracción.* <i>Se puede requerir autorización previa.</i></p> <p>\$0 de copago por cada servicio de prostodoncia.* <i>Se puede requerir autorización previa.</i></p> <p>\$0 de copago por cada servicio oral/maxilofacial. * <i>Se puede requerir autorización previa.</i></p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que es cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
1-844-796-6811 (teletipo [TTY]: 711) o visite nuestro sitio web www.wellcare.com/allwellTX.	
 Prueba de detección de depresión. <p>Cubrimos una prueba de detección por año. El examen debe realizarse en un entorno de atención primaria que ofrezca la posibilidad de realizar un tratamiento de seguimiento y remisiones.</p>	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta de detección de depresión.
 Prueba de detección de diabetes <p>Cubrimos esta detección (incluye pruebas de glucosa en ayuno) si tiene cualquiera de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles de colesterol y triglicéridos anormales, obesidad o antecedentes de azúcar en sangre (glucosa). Las pruebas también pueden estar cubiertas si cumple otros requisitos, como tener sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Con base en los resultados de estas pruebas, usted puede ser elegible para hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.</p>	No se requiere coseguro, copago o deducible para pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.
 Capacitación para el automanejo de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos <p>Para todas las personas que tienen diabetes (usuarios y no usuarios de insulina). Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> Suministros para controlar su azúcar en sangre: monitor de glucosa en sangre, tiras de prueba de glucosa en sangre, dispositivos para lancetas y lancetas, soluciones de control de glucosa para verificar la exactitud de las tiras y monitores de prueba. Para personas con diabetes que tengan enfermedad del pie diabético grave: un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (con los zapatos se incluyen las plantillas ortopédicas) y dos pares extra de plantillas ortopédicas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas ortopédicas (con los zapatos no se incluyen las plantillas ortopédicas extraíbles que no están hechas a medida). La cobertura incluye el ajuste. 	<p>\$0 de copago por suministros para controlar la diabetes cubiertos por Medicare. <i>Se puede requerir autorización previa.</i></p> <p>20% de coseguro para zapatos terapéuticos o plantillas cubiertos por Medicare para personas con diabetes que tienen enfermedad del pie diabético grave. <i>Se puede requerir autorización previa.</i></p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que es cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> La capacitación para el automanejo de la diabetes está cubierta en determinadas condiciones. <p>Los productos OneTouch™ por Lifescan son nuestros suministros de pruebas para diabéticos preferidos (monitores de glucosa y tiras de prueba). Para obtener más información sobre estos artículos que están en la lista de suministros de pruebas para diabéticos preferidos, comuníquese con Servicios para los miembros al número de teléfono que figura en la contraportada de este folleto.</p> <p>Si usa suministros de prueba para diabetes que no son preferidos por el plan, hable con su proveedor para obtener una nueva receta o solicitar autorización previa para un monitor de glucosa en sangre y tiras de pruebas no preferidos.</p>	\$0 de copago para capacitación en el automanejo de la diabetes cubierta por Medicare.
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados</p> <p>(Para ver una definición de “equipo médico duradero”, consulte el Capítulo 10 de este folleto).</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen, pero no se limitan a: sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos de generación de habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p> <p>Cubrimos todo el equipo médico duradero (DME) médicalemente necesario cubierto por Original Medicare. Si nuestro vendedor en su área no trabaja con una marca o fabricante particular, puede pedirles que hagan una orden especial para usted.</p> <p>Puede acceder a la lista más actualizada de proveedores en nuestro sitio web, en www.wellcare.com/allwelltx.</p>	<p>20% de coseguro por equipo médico duradero cubierto por Medicare. <i>Se puede requerir autorización previa.</i></p> <p>20% de coseguro por suministros médicos cubiertos por Medicare. <i>Se puede requerir autorización previa.</i></p>
<p>Atención de emergencia</p> <p>La atención de emergencia se refiere a servicios que son:</p> <ul style="list-style-type: none"> Proporcionados por un proveedor cualificado para brindar servicios de emergencia, y Son necesarios para evaluar o estabilizar una afección de emergencia. <p>Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree</p>	<p>\$120 de copago por consultas a la sala de emergencia cubiertas por Medicare.</p> <p>Usted no paga este monto si lo ingresan en el hospital dentro de las 24 horas.</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención como paciente internado después de que su condición de emergencia se</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida, un miembro o la función de un miembro. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección médica que empeora rápidamente.</p> <p>El costo compartido para los servicios de emergencia que se brindan fuera de la red son los mismos que para dichos servicios brindados dentro de la red.</p> <p>Los servicios de emergencia fuera de Estados Unidos están cubiertos.</p>	<p>estabilizó, debe volver a un hospital de la red para que su atención siga cubierta o debe recibir su atención como paciente internado en el hospital fuera de la red autorizado por el plan y su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p> <p>\$120 de copago por servicios de emergencia fuera de Estados Unidos.*</p> <p>El costo compartido de la sala de emergencia en todo el mundo no se exime si lo ingresan para recibir atención hospitalaria como paciente internado.</p> <p>Usted tiene cobertura para hasta \$50,000 cada año por servicios de emergencia o de urgencia fuera de Estados Unidos.</p>
<p>Beneficio de tarjeta Flex Card</p> <p>Nuestro plan ofrece una tarjeta de débito prepagada Visa con un límite anual combinado de \$500 para ayudarle a reducir sus gastos de bolsillo para servicios dentales, de la vista y de la audición. Cualquier monto en dólares de beneficios no usado vencerá al final del año.</p> <p>Este beneficio no es un reemplazo de los beneficios dentales, de la vista o la audición, y está diseñado para ayudarle a compensar determinados gastos, y no cubrirá procedimientos estéticos o gastos. La tarjeta Flex Card solo es para uso personal, no se puede vender o transferir, y no tiene valor en efectivo.</p> <p>Un reembolso está disponible en caso de un evento en que falle la tarjeta, o para usarla en proveedores elegibles que no acepten Visa. Puede presentar un formulario de reclamo para reembolso junto con el recibo impreso, detallado, de la ubicación del proveedor. Los reclamos se deben presentar dentro de 90 días a partir de la fecha de la compra que figura en su recibo.</p> <p>Para obtener más información sobre este beneficio, puede llamar a Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o visitar nuestro sitio web www.wellcare.com.</p>	\$0 de copago*

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>wellcare.com/allwellTX.</p>	
<p> Programas educativos de salud y bienestar</p> <p>Línea de ayuda de enfermería</p> <p>Asesoramiento telefónico gratuito y de enfermería de clínicos capacitados. La Línea de ayuda de enfermería está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para obtener ayuda con preguntas relacionadas con la salud. Puede comunicarse con la Línea de ayuda de enfermería al número que figura en su tarjeta de identificación de miembro, o llamando a Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) para pedir que lo transfieran con la Línea de ayuda de enfermería.</p>	<p>\$0 de copago por la Línea de ayuda de enfermería.*</p>
<p>Beneficio de acondicionamiento físico:</p> <p>Nuestro plan cubre una membresía para ayudar a apoyar un estilo de vida activo y saludable. Como miembro de acondicionamiento físico, tiene acceso a lo siguiente sin costo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Membresía para centro de acondicionamiento físico: elija entre centros de acondicionamiento físico en persona que participan en el programa de acondicionamiento físico • Kits de acondicionamiento físico en el hogar: Si no puede visitar un centro de acondicionamiento físico o prefiere trabajar fuera de casa, puede elegir de una variedad de Kits de acondicionamiento físico en el hogar, incluyendo un rastreador de actividad Fitbit o Garmin. Puede recibir hasta 1 kit por año de beneficio. • Programa de acondicionamiento físico digital: Elija entre más de 8,000 videos de entrenamiento físico a demanda a través de la biblioteca digital. <p>Para obtener más información sobre el beneficio de acondicionamiento físico, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o visite nuestro sitio web www.wellcare.com/allwellTX.</p>	<p>\$0 de copago por el beneficio de acondicionamiento físico.*</p>
<p>Sistema personal de respuesta de emergencia</p>	<p>\$0 de copago por un Sistema personal de respuesta de</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>(Personal emergency response system, PERS)</p> <p>Cobertura por un dispositivo personal de respuesta médica de emergencia (PERS) de por vida y la tarifa mensual. Un dispositivo personal de respuesta médica de emergencia (PERS) brinda tranquilidad y respuesta 24 horas al día, 7 días a la semana, a sus necesidades tanto de emergencia como de no emergencia.</p> <p>Los miembros pueden elegir un sistema PERS tradicional cableado (que está conectado a través de un teléfono fijo) o seleccionar un sistema inalámbrico. Para el sistema cableado se requiere un teléfono fijo existente.</p> <p>Para obtener más información, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto)</p>	emergencia (PERS) o sistema de alerta médica.*
<p>Servicios de audición</p> <p>Las evaluaciones de audición y equilibrio de diagnóstico proporcionadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención para paciente externo cuando lo proporciona un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.</p> <p>Nuestro plan también cubre los siguientes servicios de la audición complementarios (de rutina):</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 examen de la audición de rutina por año. • 1 evaluación y ajuste de audífono por año. • 1 audífono no implantable por oído, por año, hasta un máximo de \$1,500. El beneficio incluye una garantía estándar de 1 año y 1 paquete de baterías. <p>Nota: Los servicios de audición de rutina deben recibirse de parte de un proveedor de la red para que el plan los pueda cubrir. Cualquier costo por encima de \$1,500 es su responsabilidad; los audífonos adicionales no están cubiertos. Para obtener más información sobre los beneficios y la información de contacto de su proveedor de</p>	<p>\$25 de copago por examen de audición cubierto por Medicare. <i>Se puede requerir autorización previa.</i></p> <p>Servicios de audición complementarios (de rutina):</p> <p>\$0 de copago por 1 examen de la audición de rutina cada año.* <i>Se puede requerir autorización previa.</i></p> <p>\$0 de copago por una evaluación y ajuste de audífono por año.* <i>Se puede requerir autorización previa.</i></p> <p>\$0 de copago por 2 audífonos por año.* <i>Se puede requerir autorización previa.</i></p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>audición, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono están enlistados en la contraportada de este folleto) o visite nuestro sitio web www.wellcare.com/allwellTX.</p>	
<p> Prueba de detección de VIH Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que están en riesgo de infección por VIH, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una prueba de detección cada 12 meses. <p>Para mujeres embarazadas, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta tres exámenes de detección durante un embarazo 	<p>No hay coseguro, copago o deducible para miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva de VIH cubierta por Medicare.</p>
<p>Agencia de atención médica a domicilio Antes de recibir servicios de atención médica a domicilio, un médico debe certificar que necesita los servicios atención médica a domicilio y ordenar que los preste una agencia de atención médica a domicilio. Debe estar confinado en su hogar, lo que significa que salir de casa es un gran esfuerzo.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería especializada y de asistente de atención médica a domicilio a tiempo parcial o intermitentes (se cubren bajo el beneficio de atención médica a domicilio; el total de servicios de enfermería especializada y asistente de atención médica a domicilio combinados debe ser menor de 8 horas por día y 35 horas por semana) • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del lenguaje • Servicios médicos y sociales • Equipo y suministros médicos 	<p>\$0 de copago por cada servicio de una agencia de atención médica a domicilio cubierto por Medicare. <i>Se puede requerir autorización previa.</i></p>
<p>Terapia de infusión a domicilio (HIT) La terapia de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de fármacos o productos biológicos a un individuo en el domicilio. Los componentes necesarios para realizar la infusión a domicilio incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, una bomba) y</p>	<p>\$0 de copago para servicios profesionales de un Proveedor de atención primaria (PCP), incluyendo servicios de enfermería, capacitación y educación, monitoreo remoto y servicios de monitoreo.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>suministros (por ejemplo, tubos y catéteres).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, proporcionados de conformidad con el plan de atención • La formación y educación de los pacientes no están cubiertas de otra manera por el beneficio del equipo médico duradero. • Monitoreo remoto • Servicios de monitoreo para proporcionar terapia de infusión a domicilio y los medicamentos para infusión a domicilio proporcionados por un proveedor calificado de terapia de infusión a domicilio 	<p>\$25 de copago por servicios profesionales de un especialista, incluyendo servicios de enfermería, capacitación y educación, monitoreo remoto y servicios de monitoreo.</p> <p>Los equipos y suministros de infusión a domicilio están cubiertos por el beneficio de Equipo médico duradero (DME). Consulte la sección de “Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) y suministros relacionados” para obtener información sobre los costos compartidos.</p> <p>Ciertos medicamentos para infusión en el hogar están cubiertos por los beneficios de cobertura para medicamentos de la Parte B de Medicare. Consulte la sección “Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare” para obtener información sobre el costo compartido.</p>
<p>Atención en un hospicio</p> <p>Usted puede recibir atención de cualquier programa de atención en un hospicio certificado por Medicare. Usted es elegible para el beneficio de atención en un hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio han dado un pronóstico terminal que certifica que usted padece una enfermedad terminal y tiene 6 meses o menos para vivir si su enfermedad sigue su curso normal. El médico del hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p>	<p>Cuando usted se inscribe en un programa de atención en un hospicio certificado por Medicare, Original Medicare paga sus servicios de atención en un hospicio y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su diagnóstico terminal, no por nuestro plan.</p> <p>Es posible que aplique un costo compartido por servicios</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none">• Medicamentos para el control de síntomas y alivio del dolor• Atención de relevo a corto plazo• Atención en el hogar <p><u>Para los servicios en un hospicio y para los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que se relacionan con su diagnóstico de enfermedad terminal:</u> Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará sus servicios de Parte A y Parte B y sus servicios en un hospicio que se relacionan con su diagnóstico de enfermedad terminal. Mientras esté en el programa de hospicios, su proveedor del hospicio facturará a Original Medicare por los servicios que Original Medicare cubra.</p> <p><u>Para los servicios en un hospicio y para los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare que no se relacionan con su diagnóstico de una enfermedad terminal:</u> si necesita servicios que no sean de emergencia ni de urgencia que estén cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no se relacionan con su diagnóstico de una enfermedad terminal, el costo de estos servicios depende de si usted utiliza un proveedor de la red de nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none">• Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red, solo paga la cantidad de costo compartido del plan por los servicios dentro de la red• Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, paga el costo compartido bajo Medicare (Original Medicare) <p><u>Para servicios que están cubiertos por nuestro plan pero que no están cubiertos por las partes A o B de Medicare:</u> nuestro plan para los miembros continuará cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no están cubiertos por la Parte A o B, se relacionen o no con su diagnóstico de enfermedad terminal. Paga el monto del costo compartido de su plan por estos servicios.</p> <p>Nota: Si necesita atención que no sea de atención en un hospicio (atención que no está relacionada con su pronóstico terminal), debe</p>	médicos para servicios de consulta de atención en un hospicio. Consulte la sección de servicios médicos/profesionales de esta tabla para obtener información sobre el costo compartido.

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>ponerse en contacto con nosotros para organizar los servicios.</p> <p>Nuestro plan cubre servicios de consulta del hospicio (solo una vez) para una persona con una enfermedad terminal que no ha optado por el beneficio de atención en un hospicio.</p>	
 Vacunas <p>Los servicios de la Parte B cubiertos por Medicare incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacuna contra la neumonía. • Vacunas contra la gripe, una vez cada temporada de gripe en otoño e invierno, con vacunas adicionales contra la gripe si es médicaamente necesario • Vacuna contra la hepatitis B si corre riesgo alto o medio de contraer hepatitis B • Vacuna contra el COVID-19 • Otras vacunas si usted está en riesgo y cumplen con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare 	<p>No hay coseguro, copago o deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B y el COVID-19. Para otras vacunas cubiertas por Medicare (si está en riesgo y cumplen con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare), consulte la sección de medicamentos con receta de la Parte B de Medicare de esta tabla para ver los costos compartidos correspondientes.</p> <p><i>Algunos medicamentos de la Parte B requieren autorización previa para tener cobertura.</i></p>
Atención hospitalaria como paciente internado <p>Incluye hospitalización de pacientes graves, rehabilitación hospitalaria, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día antes de que reciba el alta es su último día como paciente internado. Usted tiene una cobertura de ilimitada cantidad de días para estadías en el hospital como paciente internado cubiertas por Medicare.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es 	<p>Para las admisiones cubiertas por Medicare, por admisión: \$225 de copago por día, para los días 1 a 5 y \$0 de copago por día desde el día 6 hasta el 90 para atención en un hospital cubierta por Medicare. \$0 de copago para días cubiertos adicionales.*</p> <p>Si recibe atención como paciente internado autorizada en un hospital fuera de la red después de que su afección de emergencia se estabilice, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p> <p>* Original Medicare cubre 90 días de atención hospitalaria aguda para pacientes internados.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>médicamente necesario)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería regular • Costos de las unidades de atención especial (como las unidades de cuidados intensivos o coronarios) • Medicamentos • Análisis de laboratorio. • Radiografías y otros servicios radiológicos. • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas • Costos de la sala de operaciones y de recuperación. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje • Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes internados. <p>• Bajo ciertas condiciones, se cubren los siguientes tipos de trasplantes: de córnea, riñón, riñón-páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinal/multivisceral. Si necesita un trasplante, dispondremos que su caso sea evaluado por un centro de trasplantes aprobado por Medicare que decidirá si usted reúne las condiciones para recibir el trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red están fuera de la ubicación de atención de la comunidad, puede elegir quedarse en el medio local siempre y cuando los proveedores locales de trasplante acepten la tarifa de Original Medicare. Si nuestro plan ofrece servicios de trasplante en un lugar que está fuera de la ubicación de atención de la comunidad y usted elige recibir el trasplante en este lugar alejado, haremos arreglos o pagaremos los costos de alojamiento y transporte apropiados para usted y un acompañante.</p> <p>• Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la primera pinta de sangre que</p>	<p>Nuestro plan ofrece una cantidad ilimitada de días adicionales cuando sea médicaamente necesario. El costo compartido, si lo hubiera, para estos días no se aplica a su máximo de gastos de bolsillo.</p> <p><i>Se puede requerir autorización previa.</i></p> <p>No aplican los períodos de beneficios hospitalarios de Medicare. Para atención hospitalaria para pacientes internados, el costo compartido descrito anteriormente se aplica cada vez que usted es admitido en el hospital. Un traslado a otro centro (como un hospital de rehabilitación aguda para pacientes internados u otro hospital de atención aguda) se considera una nueva admisión. Los costos compartidos se aplican empezando el primer día de la admisión y no se incluye el día del alta.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>usted necesite. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos. <p>Nota: Para ser un paciente internado, su proveedor debe escribir una orden para admitirlo formalmente como paciente internado en el hospital. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”. Si no está seguro de si es un paciente internado o un paciente ambulatorio, debe preguntar al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare llamada, “¿Es usted un paciente internado o un paciente ambulatorio? 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 llamando al 1-800-MEDICARE (1- 800- 633- 4227). Los usuarios de teletipo (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.</p>	
<p>Atención de salud mental como paciente internado</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren hospitalización</p> <p>Usted tiene una cobertura de 90 días para estadías como paciente internado cubiertas por Medicare.</p> <p>Existe un límite de 190 días de por vida para los servicios de salud mental en régimen de internado prestados en un hospital psiquiátrico. Este límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental prestados en una unidad psiquiátrica de un hospital general. Si ha utilizado parte de la prestación vitalicia de 190 días de Medicare antes de inscribirse en nuestro plan, sólo tendrá derecho a recibir la diferencia entre el número de días vitalicios ya utilizados en el beneficio del Plan.</p>	<p>Para las admisiones cubiertas por Medicare, por admisión: \$225 de copago por día, para los días 1 a 5 y \$0 de copago por día desde el día 6 hasta el 90 para atención de salud mental cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 días de reserva de por vida por día.</p> <p>Los días de reserva de por vida son días adicionales que el plan pagará cuando los miembros estén en un hospital por más de la cantidad de días cubiertos por el plan. Los miembros tienen un total de 60 días de reserva que pueden ser utilizados durante su vida.</p> <p>Si recibe atención como paciente internado autorizada en un hospital fuera de la red después de que su afección de emergencia se stabilice, su</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
	<p>costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red. <i>Se puede requerir autorización previa.</i></p> <p>No aplican los períodos de beneficios hospitalarios de Medicare. Para atención de salud mental para pacientes internados, el costo compartido descrito anteriormente se aplica cada vez que usted es admitido en el Salud mental. Un traslado a otro centro (como un hospital de rehabilitación aguda para pacientes internados u otro hospital de atención aguda) se considera una nueva admisión. Los costos compartidos se aplican empezando el primer día de la admisión y no se incluye el día del alta.</p>
<p>Estadía para pacientes internados: servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una estadía como paciente internado no cubierta</p> <p>Si usted ha agotado sus beneficios para pacientes internados o si la estadía como paciente internado no es razonable y necesaria, no la cubriremos. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que usted recibe mientras está en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos. • Análisis de diagnóstico (como los análisis de laboratorio). • Tratamiento con radiografías, radio e isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos. • Apósticos quirúrgicos • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones • Prótesis y dispositivos ortopédicos (que no sean dentales) que 	<p>Los servicios enumerados estarán cubiertos según los montos de costo compartido que se muestran en la tabla de beneficios para el servicio específico.</p> <p>Para suministros médicos cubiertos por Medicare, incluyendo yeso y férulas, usted paga el monto de costo compartido aplicable donde se proporciona el servicio específico.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>reemplazan la totalidad o parte de un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido contiguo), o la totalidad o parte de la función de un órgano interno del cuerpo que no funciona o funciona incorrectamente de forma permanente, incluyendo la sustitución o reparación de dichos dispositivos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Férulas para piernas, brazos, espalda y cuello; trusas y piernas, brazos y ojos artificiales, incluyendo ajustes, reparaciones y reemplazos requeridos por rotura, desgaste, pérdida o cambio en el estado físico del paciente • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla 	
<p>Comidas</p> <p>Comidas posteriores a atención aguda:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para miembros que reciben el alta de un centro para pacientes internados (hospital, centro de enfermería especializada o rehabilitación para pacientes internados), el plan ofrece un máximo de 3 comidas por día durante 14 días, lo que es un total de 42 comidas sin costo para usted. Puede optar por recibir comidas congeladas frescas, comidas que se conservan a temperatura ambiente o una caja de batidos nutricionales. Puede optar por recibir una combinación de comidas y batidos dentro de su límite de beneficios total, con un máximo de una caja de batidos por instancia. <p>Comidas para pacientes crónicos:</p> <p>Los miembros bajo administración de cuidados con una afección crónica aprobada por el plan pueden ser elegibles para recibir comidas saludables como parte de un programa supervisado para hacer la transición a modificaciones del estilo de vida.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las afecciones crónicas elegibles incluyen SIDA, asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad de las arterias coronarias, diabetes e hipertensión. • Usted puede recibir un máximo de 3 comidas saludables por día por un máximo de 28 días por un máximo de 84 comidas al mes. Este beneficio puede ser utilizado por un máximo de 3 meses al año. 	<p>\$0 de copago por cada comida o batido posterior a la atención aguda que sea médica mente necesario cubierto por el plan.* <i>Es posible que se requiera una remisión.</i></p> <p>\$0 de copago por cada comida o batido para pacientes crónicos que sea médica mente necesario cubierto por el plan. * <i>Es posible que se requiera una remisión.</i></p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> Sujeto a disponibilidad, puede elegir recibir comidas congeladas frescas, comidas que se conservan a temperatura ambiente o una caja de batidos nutricionales. Puede optar por recibir una combinación de comidas y batidos dentro de su límite mensual, con un máximo de una caja de batidos por mes. 	
 Terapia de nutrición médica <p>Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedad renal (renal) (pero no en diálisis) o después de un trasplante de riñón cuando lo indica su médico.</p> <p>Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individualizados durante el primer año que reciba servicios terapéuticos de nutrición médica conforme a Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage u Original Medicare) y 2 horas cada año después de eso. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambian, usted puede recibir más horas de tratamiento con una orden del médico. Un médico debe indicar estos servicios y renovar su orden anualmente si su tratamiento es necesario en el próximo año calendario.</p>	No hay coseguro, copago o deducible para los miembros elegibles para servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare.
 Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP) <p>Todos los planes de salud de Medicare cubrirán los servicios del MDPP para todos los beneficiarios elegibles de Medicare.</p> <p>El MDPP es una intervención estructurada de cambio de comportamiento de la salud, que proporciona capacitación práctica en cambio en la dieta a largo plazo, mayor actividad física y estrategias de solución de problemas para superar los desafíos para mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.</p>	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio de MDPP.
Medicamentos recetados de la Parte B <p>Estos medicamentos se cubren conforme a la Parte B de Original Medicare. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen:</p>	<p>Algunos medicamentos pueden estar sujetos a terapia escalonada.</p> <p>20% de coseguro para otros medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que, generalmente, el paciente no se autoadministra y que se aplican por medio de una inyección o infusión cuando recibe los servicios de médicos, en un hospital para pacientes ambulatorios o en un centro quirúrgico ambulatorio. • Medicamentos que usted toma usando equipo médico duradero (como nebulizadores) que fueron autorizados por el plan. • Factores de coagulación que usted se administra por inyección si tiene hemofilia. • Medicamentos inmunosupresores, si estaba inscrito en la Parte A de Medicare en el momento del trasplante de órganos • Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el médico confirma que se relacionó con la osteoporosis posmenopáusica y no puede administrarse usted mismo el medicamento. • Antígenos • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y contra las náuseas • Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, incluyendo heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicaamente necesario, anestésicos tópicos y agentes estimulantes de la eritropoyesis (como Procrit®). • Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias. <p>El siguiente enlace le llevará a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a terapia escalonada. https://wellcare.superiorhealthplan.com/steptherapyb</p> <p>También cubrimos algunas vacunas bajo nuestro beneficio de la Parte B.</p>	<p><i>Se puede requerir autorización previa.</i></p> <p>20% de coseguro para otros medicamentos de quimioterapia de la Parte B cubiertos por Medicare.</p> <p><i>Se puede requerir autorización previa.</i></p>
Beneficio de asesoramiento nutricional/dietético Cubrimos las sesiones de asesoramiento a través de un dietista o profesional de nutrición, con una orden de su médico, para tratar los	\$0 de copago por cada consulta de asesoramiento nutricional/dietético individual.*

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>cambios en su comportamiento que podrían mejorar una afección médica que tenga. El asesoramiento nutricional es un proceso de apoyo para establecer prioridades, establecer metas y crear planes de acción individualizados que reconozcan y fomenten la responsabilidad del autocuidado.</p>	
<p> Detección y terapia de la obesidad para promover la pérdida de peso sostenida</p> <p>Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarle a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si lo recibe en un entorno de atención primaria, donde puede coordinarse con su plan de prevención integral. Hable con su proveedor o profesional de atención primaria para obtener más información.</p>	<p>No hay coseguro, copago o deducible para detección y terapia preventiva de la obesidad.</p>
<p>Servicios de programas de tratamiento de opioides</p> <p>Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (Opioid use disorder, OUD) pueden recibir cobertura de servicios para tratar OUD a través de un Programa de tratamiento de opioides (Opioid Treatment Program, OTP) que incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para el tratamiento asistido por medicamentos (medication-assisted treatment, MAT) agonistas y antagonistas de opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de EE. UU. • Dispensación y administración de medicamentos MAT (si corresponde) • Asesoramiento para consumo de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas toxicológicas • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas 	<p>\$25 de copago para servicios de tratamiento con opioides cubiertos por Medicare.</p>
Pruebas de diagnóstico y servicios terapéuticos y	

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>suministros para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías. • Radioterapia (radio e isótopos), incluyendo los materiales y suministros del técnico. • Suministros quirúrgicos, como apósitos • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones • Análisis de laboratorio. • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la primera pinta de sangre que usted necesite. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. • Otros exámenes de diagnóstico ambulatorios - Servicios de diagnóstico no radiológico (por ejemplo, un electrocardiograma [ECG] o una prueba de alergia). • Otras pruebas de diagnóstico ambulatorias (incluye pruebas complejas como tomografía computarizada [T+C, resonancia magnética por imágenes [MRI], angiografía de resonancia 	<p>\$0 de copago para radiografías cubiertas por Medicare. <i>Se puede requerir autorización previa.</i></p> <p>20% de coseguro para servicios de radiología terapéutica cubiertos por Medicare. <i>Se puede requerir autorización previa.</i></p> <p>20% de coseguro por suministros médicos cubiertos por Medicare, incluyendo yesos y férulas <i>Se puede requerir autorización previa.</i></p> <p>\$0 de copago para servicios de laboratorio cubiertos por Medicare (por ejemplo, análisis de orina). <i>Se puede requerir autorización previa.</i></p> <p>\$0 de copago para servicios de sangre cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago para procedimientos y pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare (por ejemplo, prueba de alergia o electrocardiograma [ECG]). <i>Se puede requerir autorización previa.</i></p> <p>\$75 de copago para servicios de radiología de diagnóstico cubiertos por Medicare en el consultorio de un proveedor o en</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que es cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>magnética [ARM] y SPECT - Servicios de diagnóstico radiológicos, sin incluir radiografías de película plana</p> <ul style="list-style-type: none"> • Densitometría (Absorciometría de rayos X de energía dual: Dual-Energy X-ray Absorptiometry, DEXA) 	<p>un centro independiente. \$225 de copago para servicios de radiología de diagnóstico cubiertos por Medicare y realizados en un hospital para pacientes externos. <i>Se puede requerir autorización previa.</i></p> <p>\$0 de copago por un examen de densitometría (DEXA). <i>Se puede requerir autorización previa.</i></p> <p>Si recibe varios servicios de la misma categoría de servicio el mismo día en el mismo centro, será responsable de pagar la cantidad máxima de copago para esa categoría de servicio en ese lugar. Sin embargo, si el beneficio para un servicio es un copago y el beneficio para otro servicio es un coseguro, se le puede pedir que pague tanto el copago como el coseguro.</p>
<p>Observación hospitalaria para pacientes externos</p> <p>Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes externos proporcionados para determinar si necesita ser ingresado como paciente internado o puede ser dado de alta.</p> <p>Para que los servicios de observación hospitalaria ambulatoria estén cubiertos, deben cumplir con los criterios de Medicare y ser considerados razonables y necesarios. Los servicios de observación tienen cobertura solo cuando son proporcionados a partir de la orden de un médico o de otra persona autorizada por la ley de licencias del estado y los reglamentos sobre personal del hospital para ingresar pacientes al hospital u ordenar pruebas para pacientes externos.</p> <p>Nota: A menos que el proveedor haya escrito una orden para</p>	<p>\$120 de copago para servicios de observación ambulatoria cuando usted ingresa al estado de observación a través de una sala de emergencias.</p> <p>\$225 de copago para servicios de observación ambulatoria cuando usted ingresa al estado de observación a través de un centro ambulatorio.</p> <p>Se aplicarán costos adicionales para los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare.</p> <p><i>Se puede requerir autorización previa.</i></p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>admitirlo como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga las cantidades de costo compartido para los servicios hospitalarios ambulatorios. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, debe preguntar al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare llamada, “¿Es usted un paciente internado o un paciente ambulatorio? 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 llamando al 1-800-MEDICARE (1- 800- 633- 4227). Los usuarios de teletipo (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.</p>	
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</p> <p>Cubrimos los servicios médicaamente necesarios que usted recibe en el departamento ambulatorio de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en un departamento de emergencias o en una clínica para pacientes ambulatorios, como los servicios de observación o cirugía ambulatoria • Análisis de laboratorio y de diagnóstico facturados por el hospital. • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento con internación podría ser requerido sin esta atención. • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital. • Suministros médicos como entablillados y yesos • Ciertos medicamentos y productos biológicos que usted no puede autoadministrarse. <p>Nota: A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente internado en el hospital, usted es un paciente</p>	<p>Usted paga las cantidades aplicables de costo compartido que se muestran en esta Tabla de beneficios médicos para el servicio específico.</p> <p>Para suministros médicos cubiertos por Medicare, incluyendo yeso y férulas, usted paga el monto de costo compartido aplicable donde se proporciona el servicio específico.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>ambulatorio y paga las cantidades de costo compartido para los servicios hospitalarios ambulatorios. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, debe preguntar al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare llamada, “¿Es usted un paciente internado o un paciente ambulatorio? 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 llamando al 1-800-MEDICARE (1- 800- 633- 4227). Los usuarios de teletipo (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.</p>	
<p>Atención de salud mental como paciente ambulatorio</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <p>Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, asistente social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermero practicante, auxiliar médico u otro profesional de atención de salud mental calificado según Medicare, de conformidad con lo permitido por la legislación estatal aplicable.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios prestados por un psiquiatra <ul style="list-style-type: none"> • Servicios prestados por otros proveedores de atención de salud mental 	<p>\$25 de copago para cada consulta de terapia individual cubierta por Medicare con un psiquiatra.</p> <p>\$25 de copago para cada consulta de terapia grupal con un psiquiatra cubierta por Medicare.</p> <p>\$25 de copago para cada consulta de terapia individual con un psiquiatra cubierta por Medicare.</p> <p>\$25 de copago para cada consulta de terapia grupal con otros proveedores de atención</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Además de los beneficios de salud mental para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare, cubrimos asesoramiento para temas generales como matrimonio, familia y aflicción. Usted puede ver a un profesional de salud mental calificado por Medicare, o tener acceso a estos servicios adicionales por teléfono y en línea usando Teladoc™, el proveedor de telesalud de nuestro plan. Las consultas de salud conductual se pueden programar los 7 días de la semana de 7:00 a. m. a 9:00 p. m. hora local. Llame a Teladoc™ al 1-800-835-2362 TTY: 711</p>	<p>médica cubierta por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por cada consulta de asesoramiento con un proveedor de Teladoc™.*</p>
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen: fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y el lenguaje.</p> <p>Los servicios de rehabilitación para pacientes externos se brindados en varios entornos para pacientes externos, como departamentos ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities, CORF).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios prestados por un fisioterapeuta • Servicios prestados por un terapeuta ocupacional • Servicios prestados por un terapeuta del habla y el lenguaje 	<p>\$20 de copago por cada consulta de terapia física cubierta por Medicare <i>Se puede requerir autorización previa.</i></p> <p>\$20 de copago por cada consulta de terapia ocupacional cubierta por Medicare <i>Se puede requerir autorización previa.</i></p> <p>\$20 de copago por cada consulta de terapia del habla y el lenguaje cubierta por Medicare <i>Se puede requerir autorización previa.</i></p>
Servicios por abuso de sustancias para pacientes	\$25 de copago por cada consulta

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>ambulatorio</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <p>Servicios de trastorno por consumo de sustancias, como sesiones de terapia individual y grupal prestadas por un médico, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermero profesional, asistente médico u otro profesional o programa de atención de salud mental calificado de Medicare, según lo permitido por las leyes estatales aplicables.</p>	<p>de terapia individual cubierta por Medicare <i>Se puede requerir autorización previa.</i></p> <p>\$25 de copago por cada consulta de terapia grupal cubierta por Medicare <i>Se puede requerir autorización previa.</i></p>
<p>Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios que se proporcionan en establecimientos hospitalarios y centros quirúrgicos para pacientes ambulatorios</p> <p>Nota: Si se debe realizar una cirugía en un hospital, debe verificar con su proveedor si será un paciente ambulatorio o internado. A menos que el proveedor escriba una orden para admitirlo como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga las cantidades de costo compartido para la cirugía ambulatoria. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios prestados en un hospital ambulatorio • Servicios proporcionados en un centro quirúrgico ambulatorio 	<p>\$225 de copago para cada consulta quirúrgica a un centro hospitalario para pacientes externos cubiertas por Medicare. <i>Se puede requerir autorización previa.</i></p> <p>\$175 de copago por cada consulta cubierta por Medicare a un centro quirúrgico ambulatorio. <i>Se puede requerir autorización previa.</i></p>
<p>Artículos de venta libre</p> <p>Solo usted puede utilizar su beneficio, y los artículos de venta libre (Over the Counter, OTC) están destinados para su uso solamente. Conseguir sus artículos es fácil:</p>	<p>\$0 de copago*</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Nuestro plan ofrece un beneficio de \$120 cada tres meses para gastar en artículos de venta libre aprobados por el plan a través de CVS. Usted tiene la flexibilidad de comprar artículos de OTC elegibles del catálogo por teléfono, en línea o en los puntos de venta al por menor de CVS participantes con su tarjeta de identificación del miembro. Puede realizar un pedido a través del catálogo en línea en www.cvs.com/otchs/allwell o por teléfono llamando al 1-866-528-4679 (TTY: 711) y le entregaremos los artículos en su puerta sin costo adicional para usted. Tenga en cuenta que el catálogo de OTC puede cambiar cada año. Asegúrese de revisar el catálogo actual para ver qué artículos son nuevos e identificar cualquier cambio en los artículos del año pasado. Hay un límite de 3 pedidos por correo por trimestre. Pueden aplicarse limitaciones adicionales, indicadas en el catálogo, a la cantidad de ciertos artículos por trimestre.</p> <p>Nota: bajo ciertas circunstancias, los equipos de diagnóstico (como los equipos para diagnosticar la presión arterial, el colesterol, la diabetes, las pruebas colorrectales y el VIH) y los medios para dejar de fumar están cubiertos por los beneficios médicos del plan. Para obtener los artículos y equipos mencionados anteriormente, usted debe (cuando sea posible) usar los otros beneficios de nuestro plan en lugar de gastar su asignación en dólares para OTC.</p>	
<p>Servicios de hospitalización parcial</p> <p>La “hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo que se proporciona como servicio hospitalario ambulatorio o por un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización.</p>	<p>\$55 de copago para hospitalización parcial cubierta por Medicare por día <i>Se puede requerir autorización previa.</i></p>
<p>Servicios profesionales/del médico, incluyendo consultas al consultorio del médico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos o quirúrgicos médicamente necesarios prestados en el consultorio de un médico por un proveedor de atención primaria 	<p>\$0 de copago por cada consulta en el consultorio del Proveedor de atención primaria (PCP) cubierta por Medicare.</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que es cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos o quirúrgicos médicalemente necesarios y que se llevan a cabo en centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento para pacientes ambulatorios de un hospital o en cualquier otra ubicación • Consulta, diagnóstico y tratamiento por un especialista • Otros profesionales de atención médica • Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su PCP o especialista, si su médico le ordena que vea si necesita tratamiento médico • Ciertos servicios de telesalud, incluyendo: servicios de urgencia, servicios de salud en el hogar, médico de atención primaria, terapia ocupacional, especialista, sesiones individuales de salud mental, servicios de podiatría, otros profesionales de atención médica, sesiones individuales para servicios de psiquiatría, fisioterapia y patologías del habla y el lenguaje, sesiones individuales para abuso de sustancias como paciente ambulatorio y capacitación para el automanejo de la diabetes. <ul style="list-style-type: none"> ○ Usted tiene la opción de obtener estos servicios a través de una consulta en persona o por telesalud. Si elige obtener uno de estos servicios por telesalud, debe usar un proveedor de la red que ofrezca el servicio por telesalud. 	<p>Consulte “Cirugía ambulatoria” que figura antes en esta tabla para conocer cuáles son los montos de costo compartido aplicables a las consultas a un centro quirúrgico ambulatorio o a un entorno ambulatorio hospitalario.</p> <p>\$25 de copago por cada consulta a un especialista cubierta por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por servicios recibidos de otros profesionales de la atención médica en el consultorio de un proveedor de atención primaria (PCP). \$25 de copago por servicios recibidos de otros profesionales de la atención médica en todos los demás lugares.</p> <p>\$25 de copago para servicios de audición cubiertos por Medicare. <i>Se puede requerir autorización previa.</i></p> <p>\$0 copago por servicios de consulta virtual realizados a través de Teladoc™. Tenga en cuenta lo siguiente: el copago de \$0 anterior, solo se aplica cuando los servicios se reciben de Teladoc™. Si recibe servicios en persona o de telesalud de un proveedor de la red y no del proveedor de la consulta virtual, usted pagará los costos compartidos enumerados para esos proveedores, según se describe en esta tabla de beneficios (p. ej., si recibe servicios de telesalud de su PCP,</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Nuestro plan brinda acceso a consultas virtuales con médicos certificados por la junta, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, a través de Teladoc™ para ayudar a abordar una amplia variedad de inquietudes/preguntas sobre la salud. Los servicios cubiertos incluyen medicina general, salud conductual, dermatología y más.</p> <p>Una consulta virtual (también conocida como consulta de telesalud) es una consulta con un médico ya sea por teléfono o por Internet usando un teléfono inteligente, una tableta o una computadora. Algunos tipos de consultas pueden requerir Internet y un dispositivo con cámara.</p> <p>Para obtener más información o para programar una cita, llame a Teladoc™ 1-800-835-2362 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana.</p> <ul style="list-style-type: none">• Algunos servicios de telesalud, incluyendo consultas, diagnóstico y tratamiento por un médico o profesional, para pacientes en ciertas áreas rurales u otros lugares aprobados por Medicare• Servicios de telesalud para consultas mensuales relacionadas con la enfermedad renal terminal para miembros en diálisis domiciliaria en un centro de diálisis renal, un centro de diálisis renal hospitalario o de acceso crítico, un centro de diálisis renal o el domicilio del miembro• Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación• Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por consumo de sustancias o trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación• Controles virtuales (p. ej., por teléfono o chat de video) con su médico durante 5 a 10 minutos si:<ul style="list-style-type: none">○ Usted no es un paciente nuevo y○ El control no se relaciona con una consulta en el consultorio en los últimos 7 días y○ El control no lleva a una consulta en el consultorio en un plazo de 24 horas o la cita más cercana disponible.	<p>usted pagará el costo compartido del PCP).</p> <p><i>Se puede requerir autorización previa.</i></p> <p>Usted pagará el costo compartido que se aplica a los servicios especializados (como se describe en “Servicios médicos/profesionales, incluyendo las consultas al consultorio del médico” anterior).</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de video o imágenes que usted envía a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico en un plazo de 24 horas si: <ul style="list-style-type: none"> ○ Usted no es un paciente nuevo y ○ La evaluación no se relaciona con una consulta en el consultorio en los últimos 7 días y ○ La evaluación no lleva a una consulta en el consultorio en un plazo de 24 horas o la cita más cercana disponible. • Consulta que su médico tiene con otros médicos por teléfono, Internet, o expediente médico electrónico. 	<p>Usted pagará el costo compartido que se aplica a los servicios especializados (como se describe en “Servicios médicos/profesionales, incluyendo las consultas al consultorio del médico” anterior).</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía 	<p>Usted pagará el costo compartido que se aplica a los servicios especializados (como se describe en “Servicios médicos/profesionales, incluyendo las consultas al consultorio del médico” anterior).</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Atención odontológica que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reducción de fracturas de mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para aplicar radioterapia por una enfermedad neoplásica o servicios que estarían cubiertos si los brindara un médico) 	<p>\$25 de copago para servicios odontológicos cubiertos por Medicare. <i>Se puede requerir autorización previa.</i></p> <p>Además de los costos compartidos mencionados anteriormente, habrá un copago y/o coseguro por los servicios médicalemente necesarios cubiertos por Medicare para equipos médicos duraderos y</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
	suministros, dispositivos y suministros protésicos, pruebas diagnósticas y servicios terapéuticos para pacientes ambulatorios, anteojos y lentes de contacto después de una cirugía de cataratas, medicamentos recetados de la Parte D y medicamentos recetados de la Parte B de Medicare, según se describe en esta Tabla de beneficios.
Servicios de podiatría Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como el dedo en martillo o espolones calcáneos) • Atención de rutina de los pies para miembros con determinadas afecciones médicas que afectan las extremidades inferiores 	\$25 de copago para servicios de podiatría cubiertos por Medicare.
 Exámenes de detección de cáncer de próstata Para hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes: una vez cada 12 meses: <ul style="list-style-type: none"> • Tacto rectal • Análisis del antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA). 	\$0 de copago por el tacto rectal anual cubierto por Medicare. No se requiere coseguro, copago ni deducible para un análisis del PSA anual.
Dispositivos prostéticos y suministros relacionados Dispositivos (distintos de los dentales) que sustituyen la totalidad o parte de una parte del cuerpo o función. Estos incluyen, pero no se limitan a: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, aparatos	20% de coseguro para dispositivos prostéticos u ortopédicos cubiertos por Medicare. <i>Se puede requerir autorización previa.</i>

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>ortopédicos, zapatos prostéticos, miembros artificiales, y prótesis mamarias (incluyendo un sujetador quirúrgico después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con los dispositivos prostéticos y la reparación o reemplazo de los dispositivos prostéticos. También incluye cierta cobertura después de la extirpación de cataratas o la cirugía de cataratas – ver “Atención de la vista” más adelante en esta sección para obtener más detalles.</p>	<p>20% de coseguro para suministros médicos relacionados con dispositivos prostéticos cubiertos por Medicare. <i>Se puede requerir autorización previa.</i></p>
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para los miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave y una orden de rehabilitación pulmonar del médico que trata la enfermedad respiratoria crónica.</p>	<p>\$25 de copago por cada consulta del servicio de rehabilitación pulmonar cubierta por Medicare.</p>
<p> Pruebas de detección y asesoramiento para reducir el consumo indebido de alcohol Cubrimos una consulta para la detección del consumo indebido de alcohol en adultos con Medicare (incluyendo mujeres embarazadas) que consumen alcohol de manera indebida, sin llegar a ser dependientes. Si su evaluación de consumo indebido de alcohol es positiva, puede recibir hasta cuatro sesiones breves de asesoramiento en persona por año (si usted está apto y alerta durante el asesoramiento) proporcionadas por un médico de atención primaria calificado o un profesional en un entorno de atención primaria.</p>	<p>No hay coseguro, copago, o deducible para la detección y asesoramiento para el beneficio preventivo para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare.</p>
<p> Prueba de detección de cáncer de pulmón con Tomografía computarizada de baja dosis (Low Dose Computed Tomography, LDCT) Para personas calificadas, una LDCT se cubre cada 12 meses. Los miembros elegibles son: personas de entre 55 y 77 años sin signos o síntomas de cáncer de pulmón, pero con un historial de fumadores de tabaco de al menos 30 años o que actualmente fumen o hayan dejado de fumar en los últimos 15 años, quienes hayan recibido una orden escrita para una tomografía LDCT durante una</p>	<p>No hay coseguro, copago o deducible para la consulta de asesoramiento y toma de decisiones compartidas cubierta o para la tomografía LDCT.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>asesoría sobre prueba de detección de cáncer de pulmón y consulta de decisión compartida que cumpla con los criterios de Medicare para dichas consultas y que se haya proporcionado por un médico o profesional no médico calificado.</p> <p><i>Para exámenes de detección de cáncer de pulmón con LDCT después de la detección inicial con LDCT:</i> el miembro debe recibir una orden escrita para los exámenes de detección de cáncer de pulmón con LDCT, que puede ser realizada durante cualquier consulta apropiada con un médico o profesional calificado que no sea un médico. Si un médico o profesional no médico calificado elige proporcionar orientación para la detección de cáncer de pulmón y toma de decisiones compartidas para exámenes de detección de cáncer de pulmón siguientes con LDCT, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare para dichas consultas.</p>	
<p> Detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento para prevenir las ITS</p> <p>Cubrimos pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) como clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que se encuentran en un mayor riesgo de infecciones por ETS cuando el proveedor de atención primaria las solicita. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo.</p> <p>También cubrimos hasta dos sesiones individuales de 20 a 30 minutos, en persona, de asesoramiento conductual de alta intensidad cada año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de ITS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si las presta un proveedor de atención primaria y se llevan a cabo en un entorno de atención primaria, como el consultorio de un médico.</p>	<p>No hay coseguro, copago o deducible para los exámenes de detección de ITS y el asesoramiento para beneficios preventivos de ITS cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios para tratar la enfermedad renal</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de educación en enfermedades renales para enseñar el cuidado de los riñones y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas acerca de su atención. Para miembros que se encuentran en la etapa IV de una enfermedad renal 	<p>20% de coseguro para servicios de educación sobre enfermedades renales cubiertos por Medicare.</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que es cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>crónica cuando reciben una remisión de su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación en enfermedades renales de por vida</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamientos de diálisis ambulatorios (incluidos tratamientos de diálisis cuando el paciente se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, según se explica en Capítulo 3). • Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si se lo ingresa al hospital para recibir atención especial). • Capacitación de autodiálisis (que incluye capacitación para usted y cualquier persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar) • Suministros y equipo de diálisis en el hogar • Determinados servicios de apoyo a domicilio (por ejemplo, cuando sea necesario, recibir consultas por parte de trabajadores capacitados y especializados en diálisis para verificar cómo va con la diálisis domiciliaria, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua) <p>Certos medicamentos para diálisis están cubiertos por los beneficios de cobertura para medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección “Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare”.</p>	<p>20% de coseguro para tratamientos ambulatorios de diálisis renal cubiertos por Medicare.</p> <p>Consulte “Atención hospitalaria para pacientes internados” para conocer los costos compartidos aplicables a los tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados.</p> <p>20% de coseguro para capacitación de autodiálisis cubierta por Medicare.</p> <p>20% de coseguro por equipo para diálisis domiciliaria cubierto por Medicare. <i>Se puede requerir autorización previa.</i></p> <p>20% de coseguro por suministros para diálisis cubiertos por Medicare. <i>Se puede requerir autorización previa.</i></p> <p>20% de coseguro por servicios de apoyo a domicilio cubiertos por Medicare.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención médica en un centro de enfermería especializada (Skilled nursing facility, SNF) (En el Capítulo 10 de este folleto, encontrará una definición de “centro de este folleto. Los centros de enfermería especializada suelen denominarse suele denominarse “SNF”, por “Skilled Nursing Facility”).</p> <p>Se cubren hasta 100 días por período de beneficios por el confinamiento y los servicios de atención médica especializada en un SNF o en un establecimiento alternativo cuando dichos servicios cumplen las pautas de cobertura del plan y de Medicare. No se requiere hospitalización previa. Los 100 días por período de beneficios incluyen los días en un SNF que se hayan recibido a través del plan, Original Medicare o cualquier otra organización de Medicare Advantage durante el período de beneficios.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o privada si es médicalemente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del lenguaje • Medicamentos administrados como parte del plan de atención (esto incluye sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de la coagulación de la sangre). • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la primera pinta de sangre que usted necesite. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. • Suministros médicos y quirúrgicos que habitualmente proveen los SNF • Análisis de laboratorio que habitualmente se realizan en los 	<p>Para las admisiones cubiertas por Medicare, por período de beneficios:</p> <p>\$0 de copago por día, para los días 1 a 20 y \$184 de copago por día del día 21 al 100 para atención en un centro de enfermería especializada cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga todos los costos por cada día después del día 100.</p> <p><i>Se puede requerir autorización previa.</i></p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>SNF</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías y otros servicios de radiología que habitualmente se realizan en los SNF • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que habitualmente proveen los SNF • Servicios de médicos o profesionales <p>Generalmente, la atención médica en los SNF la obtendrá en los centros de la red. Sin embargo, en determinadas condiciones que se detallan más abajo, es posible que pueda pagar los costos compartidos dentro de la red por parte de un centro que no sea un proveedor de la red si dicho centro acepta los montos de pago de nuestro plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un centro de cuidados o una comunidad de atención continua para los jubilados donde estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre que brinde los servicios de un centro de atención de enfermería especializada). • Un SNF donde su cónyuge esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital. 	<p>El período de beneficios comienza a partir del primer día que usted entra a un centro de enfermería especializada. El período de beneficios termina cuando usted no ha recibido ninguna atención médica especializada en un SNF durante 60 días seguidos. Si entra a un centro de atención médica especializada después de que un período de beneficios ha terminado, un nuevo período de beneficios comienza. No hay límite en el número de períodos de beneficios.</p> <p>Los costos compartidos se aplican empezando el primer día de la admisión y no se incluye el día del alta.</p>
 <p>Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco)</p> <p><u>Si consume tabaco, pero no tiene signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco:</u> cubrimos dos tentativas de orientación para dejarlo dentro de un período de 12 meses como un servicio preventivo sin costo para usted. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas personales.</p> <p><u>Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando algún medicamento que puede resultar afectado por el tabaco:</u> cubrimos servicios de asesoramiento para abandonar el hábito. Cubrimos dos tentativas de</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>orientación para dejarlo, dentro de un período de 12 meses; no obstante, usted pagará el costo compartido aplicable. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas personales.</p> <p>Servicios adicionales para dejar de fumar:</p> <p>Nuestro plan también cubre hasta 5 consultas de asesoramiento para dejar de fumar adicionales en línea y por teléfono. Las consultas están disponibles por parte de clínicos capacitados y estas incluyen orientación en los pasos para cambiar, planificar, asesoramiento y educación. Los beneficios están disponibles solamente a través de nuestro proveedor de telemedicina Teladoc™. Para obtener más información o para programar una cita llame a Teladoc™ al 1-800-835-2362 (teletipo [TTY]: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana a Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o visite nuestro sitio web www.wellcare.com/allwelltx.</p>	\$0 de copago por servicios adicionales para dejar de fumar.*
<p>Terapia de ejercicios supervisada (Supervised Exercise Therapy, SET)</p> <p>El tratamiento con ejercicios supervisados (SET) está cubierto para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica (peripheral artery disease, PAD) sintomática.</p> <p>Se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET.</p> <p>El programa de SET debe cumplir con lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consistir en sesiones que duren entre 30 y 60 minutos y que consten de un programa de kinesioterapia para PAD en pacientes con claudicación. • Llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes externos o en el consultorio de un médico. • Proporcionarse por el personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen a los daños, y que esté capacitado en kinesioterapia para la PAD. • Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínica, que debe estar capacitado en reanimación cardiopulmonar básica y avanzada. 	\$25 de copago por cada consulta para terapia de ejercicios supervisada cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>El SET podría cubrirse por 36 sesiones adicionales en un período de tiempo extendido, más allá de las 36 sesiones en 12 semanas, si un proveedor de atención médica considera que es médicalemente necesario.</p>	
<p>Servicios de transporte (de rutina adicionales)</p> <p>Nuestro plan cubre transporte terrestre para casos que no son de emergencia y que son dentro de nuestra área de servicio. Este beneficio está disponible para ayudarlo a obtener atención y servicios médicalemente necesarios.</p> <p>Los traslados están limitados a 75 millas y a un solo tramo, a menos que el plan apruebe lo contrario. Llame al menos 72 horas por adelantado para programar traslados de rutina, o en cualquier momento para viajes de urgencia. Podrían excluirse determinados establecimientos. Para obtener más información sobre establecimientos aprobados por el plan, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).</p> <p>Tenga en cuenta lo siguiente: Los servicios de transporte que son médicalemente necesarios deben recibirse de parte de un proveedor de la red para que el plan los pueda cubrir. Durante el traslado, los vehículos pueden transportar a varios pasajeros al mismo tiempo y pueden detenerse en lugares distintos al destino del miembro. Cuando programe el traslado, asegúrese de hacer referencia a cualquier necesidad especial o preferencia.</p>	<p>\$0 de copago por traslado para 36 trasladados cada año. Se considera como un traslado de un tramo el que se realice en taxi, en camioneta o con servicios de automóvil compartido hacia establecimientos relacionados con la salud.*</p> <p><i>Se puede requerir autorización previa.</i></p>
<p>Servicios de urgencia</p> <p>Los servicios de urgencia se brindan para tratar una enfermedad, lesión o afección imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser brindados por proveedores dentro de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente.</p> <p>Los costos compartidos para los servicios de urgencia que se brindan fuera de la red son los mismos que para dichos servicios brindados dentro de la red.</p> <p>Se cubren los servicios que se necesitan urgentemente fuera de Estados Unidos.</p>	<p>\$40 de copago por consultas para servicios de urgencia cubiertos por Medicare. Usted no paga este monto si lo ingresan en el hospital en un plazo de 24 horas por la misma afección.</p> <p>\$120 de copago por servicios que se necesitan urgentemente</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
	<p>fuera de Estados Unidos.* Se aplica el costo compartido por las consultas para servicios de urgencia en todo el mundo si lo internan para brindarle atención hospitalaria para pacientes internados. Usted tiene cobertura para hasta \$50,000 cada año por servicios de emergencia o de urgencia fuera de Estados Unidos.</p>
 Atención de la vista <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de médicos para pacientes externos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de la vista de rutina (refracción de la vista) para anteojos o lentes de contacto. • Para las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma son las personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas diabéticas, los afroamericanos de 50 años o más y los hispanoamericanos de 65 años o más. • Para las personas con diabetes, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética por año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la colocación de una lente intraocular (Si necesita dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos pares de anteojos después de la segunda cirugía). <ul style="list-style-type: none"> ○ Nuestro plan cubre lo siguiente: 	<p>\$25 de copago por todos los otros exámenes de la vista para diagnosticar y tratar enfermedades de los ojos. <i>Se puede requerir autorización previa.</i></p> <p>\$0 de copago por una prueba de detección de glaucoma cubierta por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por prueba de la retina cubierto por Medicare para los miembros con diabetes. <i>Se puede requerir autorización previa.</i></p> <p>\$0 de copago por anteojos cubiertos por Medicare, que, para los miembros de nuestro plan, incluye lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Refracción de la vista con el propósito de recetarle anteojos cubiertos por Medicare. • La adaptación de lentes de contacto para lentes de contacto

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> ■ Refracción de la vista cuando se realiza con el propósito de recetarle anteojos cubiertos por Medicare. ■ El costo por la adaptación de lentes de contacto para lentes de contacto cubiertos por Medicare. <p>Además, nuestro plan cubre los siguientes servicios de la vista complementarios (es decir, de rutina):</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 examen de rutina de la vista cada año. El examen de la vista de rutina incluye una prueba de glaucoma para las personas que corren un riesgo de padecer glaucoma y una prueba de la retina para personas con diabetes. • Pares ilimitados de anteojos con receta cada año. Un máximo del beneficio de \$200 cada año por cualquiera de lo siguiente. <ul style="list-style-type: none"> ○ Anteojos (marcos y lentes) o ○ Lentes para anteojos solamente o ○ Solamente marcos para lentes o ○ Lentes de contacto en lugar de anteojos o ○ Mejoras para el material óptico <p>Nota: El plan cubre el costo por las adaptaciones para lentes de contacto.</p> <p>Se aplica un monto máximo de la cobertura del beneficio del plan de \$200 cada año por el costo minorista de marcos o lentes (incluye cualquier opción de lentes, como con tinte y recubrimiento).</p> <p>No se incluyen los anteojos cubiertos por Medicare dentro del máximo del beneficio complementario (es decir, de rutina).</p> <p>Nota: Usted es responsable de cualquier costo que supere el máximo de \$200 por anteojos complementarios (es decir, de rutina).*</p> <p>Nota: Los servicios de la vista complementarios (es decir, de rutina) deben recibirse de parte de un proveedor de la red para que el plan los pueda cubrir. Los miembros no pueden usar su beneficio complementario para anteojos con el fin de aumentar su cobertura de anteojos cubiertos por Medicare.</p>	<p>cubiertos por Medicare. <i>Se puede requerir autorización previa.</i></p> <p>Servicios de la vista complementarios (es decir, de rutina):</p> <p>\$0 de copago por 1 examen de rutina de la vista cada año.* <i>Se puede requerir autorización previa.</i></p> <p>\$0 de copago por anteojos.* <i>Se puede requerir autorización previa.</i></p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Para preguntas sobre cómo encontrar a un proveedor o para obtener más información, llame a Servicios para los miembros. (Los números telefónicos figuran en la contraportada de este folleto).	
 Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” El plan cubre la consulta preventiva única “Bienvenido a Medicare”. La consulta incluye una revisión de su salud, como así también educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita, (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas) y remisiones a otro tipo de atención si fuera necesario. Importante: Cubrimos la consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” solo dentro de los primeros 12 meses de tener la Parte B de Medicare. Cuando solicite la cita, infórmeme al consultorio del médico que le gustaría programar su consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”. <ul style="list-style-type: none"> • Electrocardiograma cubierto por Medicare después de los Servicios preventivos de la consulta de bienvenida. 	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”. \$0 de copago por cada electrocardiograma cubierto por Medicare después de los Servicios preventivos de la consulta de bienvenida.

SECCIÓN 3**¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?****Sección 3.1****Servicios que *no* cubrimos (exclusiones)**

En esta sección se describen los tipos de servicios que se “excluyen” de la cobertura de Medicare y, por tanto, no están cubiertos por este plan. Si un servicio está “excluido”, significa que este plan no cubre el servicio.

La siguiente tabla describe los servicios y artículos que no están cubiertos por el plan en ninguna circunstancia o que solo están cubiertos en determinadas circunstancias.

Si recibe algún medicamento que esté excluido (no está cubierto), deberá pagarlo usted mismo. No pagaremos los servicios médicos excluidos que se detallan en la siguiente tabla, excepto en los casos específicos mencionados. Esta es la única excepción: pagaremos si un servicio de la tabla a continuación se considera, mediante una apelación, como un servicio médico que debería haberse pagado o cubierto debido

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que es cubierto y lo que usted paga)

a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado sobre no prestar cobertura para un servicio médico, Capítulo 7, Sección 5.3 en este folleto).

Todas las exclusiones y limitaciones de servicios se describen en la Tabla de beneficios o en la tabla a continuación.

Aunque reciba los servicios excluidos en un centro de urgencias, los servicios excluidos siguen sin estar cubiertos y nuestro plan no los pagará.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna circunstancia	Cubiertos solo en circunstancias específicas
Acupuntura		✓ Se cubre para el dolor lumbar crónico
Cirugía o procedimientos cosméticos		✓ Se cubren en casos de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro deformado. Se cubren todas las etapas de reconstrucción de mama después de una mastectomía, así como también la de la mama no afectada para producir una apariencia simétrica.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que es cubierto y lo que usted paga)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna circunstancia	Cubiertos solo en circunstancias específicas
<p>El cuidado asistencial es aquel cuidado que se brinda en un centro de cuidados, un hospicio u otro centro cuando usted no requiere atención médica especializada o atención de enfermería especializada.</p> <p>El cuidado asistencial es aquel cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, por ejemplo, ayuda con las actividades de la vida cotidiana, como bañarse o vestirse.</p>	√	
<p>Procedimientos, equipos y medicamentos médicos y quirúrgicos experimentales.</p> <p>Los productos y los procedimientos experimentales son aquellos determinados por nuestro plan y Original Medicare que, generalmente, no son aceptados por la comunidad médica.</p>		<p style="text-align: center;">√</p> <p>Original Medicare puede cubrirlos en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o su plan.</p> <p>(Consulte Capítulo 3, Sección 5 para obtener más información en estudios de investigación clínica).</p>
Cargos cobrados por la atención por sus familiares inmediatos o miembros de su hogar.	√	

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que es cubierto y lo que usted paga)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna circunstancia	Cubiertos solo en circunstancias específicas
Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar.	✓	
Entrega de comidas a domicilio.		✓
Servicios de empleada doméstica que incluyen ayuda básica en el hogar, incluso tareas domésticas sencillas o preparación de comidas livianas.	✓	
Servicios de naturopatía (emplean tratamientos naturales o alternativos).	✓	
Zapatos ortopédicos		✓ Salvo que sean parte de un soporte de pierna y estén incluidos en el costo del soporte de pierna o los zapatos sean para una persona con enfermedad de pie diabético.
Objetos personales en su habitación del hospital o centro de atención de enfermería especializada, por ejemplo, un teléfono o televisor.	✓	

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que es cubierto y lo que usted paga)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna circunstancia	Cubiertos solo en circunstancias específicas
Habitación privada en el hospital.		✓ Solo se cubre cuando es médicaamente necesario.
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para baja visión.	✓	
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros anticonceptivos no recetados.	✓	
Atención quiropráctica de rutina		✓ Se cubre la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación.
Cuidado de rutina de los pies.		✓ Se brinda cierta cobertura limitada conforme a las pautas de Medicare (por ejemplo, si usted tiene diabetes).
Servicios considerados no razonables ni necesarios, según las normas de Original Medicare.	✓	
Dispositivos de apoyo para los pies.		✓ Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que es cubierto y lo que usted paga)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna circunstancia	Cubiertos solo en circunstancias específicas
		enfermedad de pie diabético.

CAPÍTULO 5

*Cómo solicitar los que
paguemos la parte que nos
corresponde de una factura que
usted recibió por concepto de
servicios médicos cubiertos*

Capítulo 5. Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos cubiertos

SECCIÓN 1	Situaciones en las que debería pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de sus servicios cubiertos.....	105
Sección 1.1	Si usted paga nuestra parte del costo de sus servicios cubiertos, o si recibe una factura, puede pedirnos que paguemos	105
SECCIÓN 2	Cómo pedirnos que le paguemos o que paguemos una factura que ha recibido.....	106
Sección 2.1	Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago.....	106
SECCIÓN 3	Estudiaremos su solicitud de pago y diremos que sí o que no.....	107
Sección 3.1	Comprobamos si debemos cubrir el servicio y cuánto debemos	107
Sección 3.2	Si le decimos que no pagaremos la totalidad o parte de la atención médica, puede presentar una apelación.....	107

Capítulo 5. Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos cubiertos**SECCIÓN 1****Situaciones en las que debería pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de sus servicios cubiertos****Sección 1.1****Si usted paga nuestra parte del costo de sus servicios cubiertos, o si recibe una factura, puede pedirnos que paguemos**

A veces, cuando recibe una atención médica, es posible que tenga que pagar el costo total de inmediato. Otras veces, puede descubrir que ha pagado más de lo que esperaba según las normas de cobertura del plan. En cualquier caso, puede pedir a nuestro plan que le pague (pagarle se llama a menudo “reembolsarle”). Usted tiene derecho a que nuestro plan le reembolse siempre que haya pagado más que la parte que le corresponde de los costos por servicios médicos que nuestro plan cubre.

También puede haber ocasiones en las que reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que ha recibido. En muchos casos, debe enviarnos esta factura en vez de pagarla. Estudiaremos la factura y decidiremos si los servicios deben ser cubiertos. Si decidimos que deben cubrirse, le pagaremos directamente al proveedor.

Estos son ejemplos de situaciones en las que usted puede solicitarle a nuestro plan que le haga un reembolso o que pague una factura que recibió:

1. Cuando ha recibido atención médica de emergencia o de urgencia de un proveedor que no está en la red del plan

Usted puede recibir servicios de emergencia de cualquier proveedor, ya sea que el proveedor forme o no parte de nuestra red. Cuando usted recibe servicios de emergencia o de urgencia de un proveedor que no forma parte de nuestra red, usted será responsable de pagar solo su parte del costo, no el costo total. Debe pedirle al proveedor que facture al plan nuestra parte del costo.

- Si usted paga la cantidad total en el momento en que recibe la atención, debe pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. Envíenos la factura, junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado.
- A veces usted puede recibir una factura del proveedor solicitando un pago que usted cree que no debe. Envíenos esta factura, junto con la documentación de cualquier pago que ya haya hecho.
 - Si se le adeuda algo al proveedor, le pagaremos a él directamente.
 - Si ya ha pagado más de la parte que le corresponde de los costos por el servicio, determinaremos cuánto debe y le devolveremos nuestra parte del costo.

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

Los proveedores de la red siempre deben facturar directamente al plan y pedirle solo su parte del costo. Pero a veces cometen errores, y le piden que pague más que la parte que le corresponde.

- Usted solo debe pagar el monto de costo compartido que le corresponde cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos a los proveedores cobrar cargos separados

Capítulo 5. Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos cubiertos

adicionales, denominado “facturación de saldo”. Esta protección (que nunca paga más que su monto de costo compartido) aplica incluso si pagamos al proveedor menos de lo que cobra el proveedor por un servicio e incluso si hay una disputa y no pagamos determinados cargos del proveedor. Para obtener más información sobre la “facturación de saldo”, visite el Capítulo 4, Sección 1.3.

- Siempre que usted reciba una factura de un proveedor de la red que usted cree que es más de lo que debería pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya ha pagado una factura a un proveedor de la red, pero cree que ha pagado demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado, y pedirnos que le devolvamos la diferencia entre el monto que pagó y el que debía pagar según el plan.

3. Si se ha inscrito en nuestro plan con carácter retroactivo

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

Si se inscribió en nuestro plan con carácter retroactivo y pagó de su bolsillo alguno de los servicios después de la fecha de inscripción, puede pedirnos que le devolvamos nuestra parte de los gastos. Deberá enviarnos cierta documentación para que coordinemos su reembolso.

Llame al Servicio para Miembros para obtener información adicional sobre cómo pedirnos que le devolvamos el dinero y los plazos para hacer su solicitud. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

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

SECCIÓN 2**Cómo pedirnos que le paguemos o que paguemos una factura que ha recibido****Sección 2.1****Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago**

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

Para asegurarse de que nos da toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede llenar nuestro formulario de reclamo para hacer su solicitud de pago.

- No es obligatorio que utilice el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápidamente.
- Puede descargar una copia del formulario desde nuestro sitio web www.wellcare.com/allwelltx o llamar al Servicio para Miembros y pedir el formulario. (Los números de teléfono de Servicios para

Capítulo 5. Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos cubiertos

Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

Envíe por correo su solicitud de pago junto con las facturas o recibos pagados a esta dirección:

Payment Request Address
Member Reimbursement Dept
P.O. Box 3060
Farmington, MO 63640

Debe enviarnos su reclamo en un plazo de 365 días desde la fecha en que recibió el servicio o artículo.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). Si no sabe lo que debería haber pagado, o recibe facturas y no sabe qué hacer con ellas, podemos ayudarle. También puede llamar si desea darnos más información acerca de una solicitud de pago que nos haya enviado.

SECCIÓN 3 Estudiaremos su solicitud de pago y diremos que sí o que no

Sección 3.1 Comprobamos si debemos cubrir el servicio y cuánto debemos

Cuando recibamos su solicitud de pago, le comunicaremos si necesitamos información adicional. En caso contrario, estudiaremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que la atención médica está cubierta y usted ha seguido todas las normas para obtenerla, pagaremos nuestra parte del costo. Si ya ha pagado el servicio, le enviaremos por correo el reembolso de nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado el servicio, enviaremos el pago directamente al proveedor. (Capítulo 3 explica las normas que debe seguir para que le cubran los servicios médicos).
- Si decidimos que la atención médica *no* está cubierta, o si usted *no* ha seguido todas las normas, no pagaremos nuestra parte del costo. En su lugar, le enviaremos una carta en la que le explicaremos los motivos por los que no le enviamos el pago que ha solicitado y sus derechos a apelar esa decisión.

Sección 3.2 Si le decimos que no pagaremos la totalidad o parte de la atención médica, puede presentar una apelación

Si cree que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o no está de acuerdo con el importe que pagamos, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, nos está solicitando que modifiquemos una decisión que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para obtener los detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, vaya a Capítulo 7 de este folleto (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*). El proceso de apelación es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Si la presentación de una apelación es nueva para usted, le resultará útil empezar leyendo Sección 4 de Capítulo 7. Sección 4 es

Capítulo 5. Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos cubiertos

una sección introductoria que explica el proceso de las decisiones de cobertura y las apelaciones y da definiciones de términos como “apelación”. Después de leerla, Sección 4, puede ir a Sección 5.3 Si quiere aprender a presentar un recurso para que le devuelvan el dinero de un servicio médico, vaya a

CAPÍTULO 6

Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan..... 111

Sección 1.1	Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas diferentes al español, en audio, en braille, en letra grande o en otros formatos alternativos, etc).....	111
Sección 1.2	Debemos asegurarnos de que reciba a tiempo los servicios cubiertos.....	112
Sección 1.3	Debemos proteger la privacidad de su información de salud personal	112
Sección 1.4	Debemos darle información sobre el plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos	113
Sección 1.5	Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención	114
Sección 1.6	Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado	116
Sección 1.7	Usted tiene derecho a hacer recomendaciones acerca de nuestra política de derechos y responsabilidades de los miembros.....	116
Sección 1.8	Evaluación de nuevas tecnologías.....	116
Sección 1.9	¿Qué puede hacer si siente que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados?	117
Sección 1.10	Cómo obtener más información sobre sus derechos	117

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan..... 118

Sección 2.1	¿Cuáles son sus responsabilidades?	118
-------------	--	-----

SECCIÓN 1**Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan****Sección 1.1**

Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas diferentes al español, en audio, en braille, en letra grande o en otros formatos alternativos, etc)

Para obtener información de nosotros de una manera que le sirva, llame al Servicio para Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

Nuestro plan cuenta con personas y servicios de interpretación gratuitos para responder a las preguntas de los miembros discapacitados o que no hablan inglés. También disponemos de material en otros idiomas además del inglés que se hablan en el área de servicio del plan. También podemos darle información en audio, en braille, en letra grande o en otros formatos alternativos sin costo alguno si lo necesita. Estamos obligados a proporcionarle información sobre las prestaciones del plan en un formato accesible y adecuado para usted. Para obtener información de nosotros de una manera que le sirva, llame al Servicio para Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan en un formato accesible y adecuado para usted, llame para presentar una queja al Servicio para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). También puede presentar una queja a Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente a la Oficina de Derechos Civiles. La información de contacto se incluye en esta Evidencia de cobertura o con este envío, o puede ponerse en contacto con el Servicio para Miembros para obtener información adicional.

Para recibir información de nuestra parte de una manera que funcione para usted, llame a Servicios para Miembros (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este folleto).

Nuestro plan cuenta con personas y servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder preguntas de miembros con discapacidades y personas que no hablan inglés. También tenemos materiales disponibles en idiomas que se hablan en el área de servicio del plan, aparte del inglés. De ser necesario, también podemos darle información en braille, en letra grande u otros formatos alternativos sin costo alguno. Estamos obligados a ofrecerle información acerca de los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para recibir información de nuestra parte de una manera que funcione para usted, llame a Servicios para Miembros (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este folleto).

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, llame para presentar una queja a Servicios para Miembros (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este folleto). También puede presentar un reclamo ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente en la Oficina de Derechos Civiles. La información de contacto se incluye en esta Evidencia de cobertura o con este correo, o puede comunicarse con Servicios para Miembros para obtener información adicional.

Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que reciba a tiempo los servicios cubiertos

Como afiliado a nuestro plan, tiene derecho a elegir un Proveedor de atención primaria (PCP) de la red del plan para que le preste y organice sus servicios cubiertos (Capítulo 3 explica más sobre esto). Llame al Servicio para los miembros para saber qué médicos aceptan nuevos pacientes (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). También tiene derecho a acudir a un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin necesidad de ser remitida.

Como afiliada al plan, tiene derecho a obtener citas y servicios cubiertos de la red de proveedores del plan *en un plazo de tiempo razonable*. Esto incluye el derecho a obtener servicios oportunos de especialistas cuando necesite esa atención.

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

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

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

- Su “información de salud personal” incluye la información personal que nos suministró cuando se inscribió en este plan, así como sus registros médicos y otra información médica y de salud.
- Las leyes que protegen su privacidad le otorgan derechos relacionados con la obtención de información y el control de cómo se utiliza su información de salud. Le enviamos un aviso por escrito, que se denomina “Notice of Privacy Practice” (Aviso sobre prácticas de privacidad), en el que se le informa sobre estos derechos y se le explica cómo protegemos la privacidad de la información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- En la mayoría de los casos, si le suministramos su información de salud a otra persona que no le brinda atención ni paga por ella, *tenemos la obligación de pedirle su autorización por escrito antes de hacerlo*. El permiso por escrito puede ser dado por usted o por alguien a quien usted le haya dado el poder legal de tomar decisiones en su nombre.
- Hay ciertas excepciones que no nos obligan a obtener antes su permiso por escrito. Estas excepciones están permitidas o son exigidas por la ley.
 - Por ejemplo, se nos exige dar a conocer información de salud a agencias del gobierno que controlan la calidad de la atención.
 - Dado que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, se nos requiere proporcionarle a Medicare su información de salud. Si Medicare da a conocer su información

para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con las leyes y reglamentaciones federales.

Usted puede ver la información en sus registros y saber cómo ha sido compartida con otros

Usted tiene derecho a ver sus registros médicos conservados en el plan y a obtener una copia de sus registros. Estamos autorizados a cobrarle un cargo por hacer las copias. También tiene derecho a pedirnos que agreguemos información o corrijamos sus registros médicos. Si usted nos pide hacer esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si los cambios deben realizarse.

Usted tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información de salud con otros para fines que no son de rutina.

Si tiene preguntas o dudas sobre la privacidad de su información médica personal, llame al Servicio para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

Sección 1.4 Debemos darle información sobre el plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos

Como miembro de Wellcare Patriot No Premium (HMO), usted tiene derecho a que le brindemos diversos tipos de información. (Como se explicó antes en Sección 1.1 tiene derecho a que le informemos de un modo que le resulte cómodo. Esto incluye la obtención de información en idiomas diferentes del español y en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos).

Si desea alguno de los siguientes tipos de información, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan. También incluye información sobre el número de apelaciones realizadas por los miembros y la clasificación del desempeño del plan, incluyendo cómo ha sido calificado por los miembros al plan 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 informemos sobre las cualificaciones de los proveedores de nuestra red y sobre cómo pagamos a los proveedores de nuestra red.
 - Para obtener una lista de proveedores de la red del plan, consulte el *Directorio de proveedores*.
 - Para obtener información más detallada sobre nuestros proveedores, puede llamar a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o visitar nuestro sitio web, en www.wellcare.com/allwellTX.
- **Información sobre su cobertura y las normas que debe seguir al utilizarla.**
 - En los capítulos 3 y 4 de este folleto le explicamos qué servicios médicos están cubiertos, las restricciones de su cobertura y las normas que debe seguir para recibir los servicios médicos cubiertos.

- Nota: Nuestro plan no recompensa a los médicos, proveedores o empleados que realicen revisiones de utilización, incluidas las de las entidades delegadas. La toma de decisiones de la Gestión de utilización (UM) se basa únicamente en la idoneidad de la atención y el servicio, y en la existencia de cobertura. Además, el plan no recompensa específicamente a los profesionales u otras personas por emitir denegaciones de cobertura. Los incentivos económicos para los responsables de la toma de decisiones de la Gestión de utilización (UM) no fomentan las decisiones que dan lugar a una infrautilización.
 - Si tiene preguntas sobre las normas o restricciones, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).
- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.**
 - Si un servicio médico no está cubierto para usted, o si su cobertura está restringida de alguna manera, puede pedirnos una explicación por escrito. Tiene derecho a esta explicación aunque haya recibido el servicio médico de un proveedor fuera de la red.
 - Si no está satisfecho o no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre qué atención médica está cubierta para usted, tiene derecho a solicitarnos que cambiemos la decisión. Puede pedirnos que cambiemos la decisión presentando una apelación. Para saber qué hacer si algo no está cubierto de la manera que usted cree que debería estarlo, consulte Capítulo 7 de este folleto. En él encontrará información sobre cómo presentar una apelación si quiere que cambiemos nuestra decisión. (Capítulo 7 también indica como presentar una queja sobre la calidad de atención, tiempos de espera y otras preocupaciones).
 - Si quiere pedir a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido por atención médica, consulte 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 a participar en las decisiones sobre su atención médica

Tiene derecho a recibir información completa de sus médicos y otros proveedores de atención sanitaria cuando acuda a recibir atención médica. Sus proveedores deben explicarle su estado de salud y sus opciones de tratamiento *de una manera que usted pueda entender*.

Usted también tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarle a tomar decisiones con sus médicos sobre qué tratamiento es el mejor para usted, sus derechos incluyen lo siguiente:

- **Saber acerca de todas sus opciones.** Esto significa que tiene derecho a que le informen sobre todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su enfermedad, independientemente de su coste o de si están cubiertas por nuestro plan.
- **Saber acerca de los riesgos.** Tiene derecho a que se le informe de los riesgos que conlleva su atención médica. Se le debe informar por adelantado si cualquier atención o tratamiento médico

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

propuesto forma parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.

- **El derecho a decir “no”.** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a abandonar un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja que no lo haga. Por supuesto, si rechaza el tratamiento, acepta toda la responsabilidad de lo que le ocurra a su cuerpo como resultado.
- **Recibir una explicación si se le niega la cobertura para su atención.** Recibir una explicación si se le deniega la cobertura de la atención médica. Para recibir esta explicación, deberá solicitarnos una decisión de cobertura. Capítulo 7 de este folleto le indica cómo solicitar al plan una decisión de cobertura.

Tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacerse en el caso de que no pudiera tomar decisiones médicas por sí mismo

A veces, las personas no pueden tomar decisiones médicas por sí mismas debido a accidentes o enfermedades graves. Usted tiene derecho a decir lo que desea que suceda si está en esta situación. Esto significa que *si lo desea* puede:

- Rellenar un formulario por escrito para dar **a alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** si alguna vez no puede tomar decisiones por sí mismo.
- **Dar a sus médicos instrucciones por escrito** sobre cómo quiere que manejen su atención médica si no puede tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede utilizar para dar sus instrucciones por adelantado en estas situaciones se llaman **“directivas anticipadas”**. Hay diferentes tipos de directivas anticipadas y diferentes nombres para ellas. Los documentos llamados **“testamento en vida”** y **“poder notarial para la atención médica”** son ejemplos de directivas anticipadas.

Si desea utilizar una **“instrucción anticipada”** para dar a conocer sus instrucciones, esto es lo que debe hacer:

- **Obtener el formulario.** Si desea tener una directiva anticipada, puede obtener un formulario de su abogado, de un trabajador social o de algunas tiendas de suministros de oficina. A veces puede conseguir formularios de instrucciones anticipadas en organizaciones que dan información sobre Medicare.
- **Rellénelo y firmelo.** Independientemente del lugar donde obtenga este formulario, tenga en cuenta que se trata de un documento legal. Considere la posibilidad de que un abogado le ayude a prepararlo.
- **Entregue copias a las personas adecuadas.** Usted debe entregarles una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario como la persona responsable de tomar las decisiones por usted si usted no puede. Quizás desee darles copias a algunos amigos cercanos o miembros de la familia también. Asegúrese de tener una copia en casa.

Si sabe de antemano que va a ser hospitalizado, y ha firmado una directiva anticipada, **llevé una copia al**

hospital.

- Si le ingresan en el hospital, le preguntarán si ha firmado un formulario de directivas anticipadas y si lo lleva consigo.
- Si no ha firmado un formulario de directivas anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntará si quiere firmar uno.

Recuerde que es usted quien decide si quiere llenar un documento de directivas anticipadas (incluso si quiere firmar una si está en el hospital). De acuerdo con la ley, nadie puede negarle la atención ni discriminarte por haber firmado o por no haber firmado un documento de directivas anticipadas.

¿Qué pasa si sus instrucciones no se siguen?

Si ha firmado una directiva anticipada y cree que un médico u hospital no siguió sus instrucciones, puede presentar una queja ante el Programa de Servicios Humanos y de Salud de TX.

Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado

Si tiene algún problema o duda sobre los servicios o la atención cubiertos, Capítulo 7 de este folleto le indica lo que puede hacer. Proporciona los detalles sobre cómo tratar todo tipo de problemas y quejas. Lo que debe hacer para el seguimiento de un problema o inquietud depende de la situación. Es posible que deba pedirle a nuestro plan tomar una decisión de cobertura para usted, presentar ante nosotros una apelación para cambiar una decisión de cobertura o presentar una queja. Independientemente de lo que haga, ya sea solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o una queja, **estamos obligados a tratarlo con imparcialidad**.

Usted tiene derecho a obtener un resumen de información sobre las apelaciones y quejas que otros miembros han presentado en el pasado en contra de nuestro plan. Para obtener esta información, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

Sección 1.7 Usted tiene derecho a hacer recomendaciones acerca de nuestra política de derechos y responsabilidades de los miembros

Si tiene algún problema o inquietud, o bien, si tiene alguna sugerencia para mejorar nuestra política de derechos de los miembros, comparta con nosotros sus comentarios, comunicándose con Servicios para Miembros al número de teléfono que figura en la contraportada de este folleto.

Sección 1.8 Evaluación de nuevas tecnologías

Las nuevas tecnologías incluyen los procedimientos, los medicamentos, el producto biológico o los dispositivos que se hayan desarrollado recientemente para el tratamiento de enfermedades o afecciones específicas, o son aplicaciones nuevas de procedimientos, medicamentos, productos biológicos y dispositivos. Nuestro plan sigue lo establecido por la Determinación de cobertura local y nacional de

Medicare.

En la ausencia de la determinación de cobertura de Medicare, nuestro plan evalúa la nueva tecnología y las nuevas aplicaciones de tecnologías existentes para su inclusión en los planes de beneficios con el fin de asegurar que los miembros tengan acceso a la atención médica segura y eficaz al llevar a cabo una valoración crítica de la literatura médica publicada actual de evaluaciones revisadas por colegas, incluyendo las revisiones sistemáticas, los ensayos controlados aleatorizados, los estudios con cohortes, los estudios de control de casos, los estudios de pruebas de diagnóstico con resultados estadísticamente significativos que demuestren la seguridad y eficacia, así como la revisión de evidencia que se base en las pautas desarrolladas por organizaciones nacionales y autoridades reconocidas. Nuestro plan también toma en cuenta las opiniones, recomendaciones y evaluaciones realizadas por médicos practicantes, asociaciones médicas reconocidas a nivel nacional, incluyendo las sociedades de especialidades médicas, los paneles de consenso u otras organizaciones de investigación y de evaluación de tecnología con reconocimiento a nivel nacional, los informes y publicaciones de agencias gubernamentales, (por ejemplo, la Administración de Alimentos y Medicamentos, (Food and Drug Administration, FDA), los Centros para el Control de las Enfermedades (Centers for Disease Control, CDC), los Institutos Nacionales de Salud (National Institutes of Health, NIH)).

Sección 1.9 ¿Qué puede hacer si siente que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados?**Si se trata de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles**

Si siente que no se le ha tratado con imparcialidad o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad o nacionalidad, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** al 1-800-368-1019 (o al TTY: 1-800-537-7697), o a su Oficina de Derechos Civiles local. Tiene derecho a que sea tratado con respeto y reconocimiento de su dignidad.

¿Se trata de algo diferente?

Si cree que le han tratado injustamente o que no se han respetado sus derechos, y no trata de discriminación, puede obtener ayuda para solucionar el problema que tiene:

- Puede **llamar a Servicios para Miembros** (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).
- Puede **llamar al Programa estatal de asistencia en seguros de salud**. Para obtener más información sobre esta organización y cómo contactarla, consulte Capítulo 2, Sección 3.
- O puede **llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de teletipo (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 1.10 Cómo obtener más información sobre sus derechos

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

- Puede **llamar a Servicios para Miembros** (los números de teléfono figuran en la contraportada de

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

este folleto).

- Puede llamar al **Programa estatal de asistencia en seguros de salud**. Para obtener más información sobre esta organización y cómo contactarla, consulte Capítulo 2, Sección 3.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Medicare Rights & Protections” (“derechos y protecciones de Medicare”). (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).
 - También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de teletipo (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 tiene que hacer como miembro del plan se enumera a continuación. Si tiene preguntas, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Estamos aquí para ayudar.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** En este folleto *Evidencia de cobertura* aprenderá lo que está cubierto y las normas que debe cumplir para obtener estos servicios cubiertos.
 - En los capítulos 3 y 4 se detallan sus servicios médicos, incluyendo lo que está cubierto, lo que no está cubierto, las normas a seguir y lo que usted paga.
- **Si, además de nuestro plan, tiene cobertura de otro seguro de salud, u otra cobertura separada para medicamentos recetados, debe comunicárnoslo.** Llame a Servicios para Miembros para informarnos (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).
 - Debemos seguir ciertas normas establecidas por Medicare para asegurarnos de que usted utilice la totalidad de su cobertura en combinación cuando obtenga los servicios cubiertos de nuestro plan. Esto se denomina “**coordinación de beneficios**” porque implica coordinar los beneficios de salud que recibe de nuestro plan con los demás beneficios que tenga disponibles. Lo ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para obtener más información sobre la coordinación de beneficios, consulte Capítulo 1, Sección 7).
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención sanitaria de que está inscrito en nuestro plan.**
Muestre la tarjeta de membresía del plan cada vez que obtenga atención médica.
- **Permita que sus médicos y otros proveedores lo ayuden dándole información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención médica.**

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

- Para ayudar a que sus médicos y otros proveedores de atención médica le den la mejor atención, aprenda todo lo que pueda acerca de sus problemas de salud y proporcioneles la información que necesitan sobre usted y su salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus médicos hayan acordado.
- Asegúrese de que sus médicos conocen todos los medicamentos que está tomando, incluidos los de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
- Si tiene alguna duda, no deje de preguntar. Se espera que sus médicos y otros proveedores de atención médica expliquen las cosas de una manera que usted pueda entender. Si hace una pregunta y no entiende la respuesta que le dan, vuelva a preguntar. Usted tiene la responsabilidad de entender sus problemas de salud y ayudar a establecer los objetivos del tratamiento que usted y su médico acuerden.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de los demás pacientes. También esperamos que actúe de forma que ayude al buen funcionamiento del consultorio de su médico, los hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de los pagos:
 - Para ser elegible para nuestro plan debe tener tanto la Parte A y la Parte B de Medicare. Algunos miembros del plan deben pagar una prima por la Parte A de Medicare. La mayoría de los miembros del plan deben pagar una prima por la Parte B de Medicare para seguir siendo miembros del plan.
 - Para la mayoría de los servicios médicos cubiertos por el plan, deberá pagar su parte del coste cuando reciba el servicio. Se trata de un copago (una cantidad fija) O BIEN de un coseguro (un porcentaje del coste total). Capítulo 4 le indica lo que debe pagar por sus servicios médicos.
 - Si recibe algún servicio médico que no esté cubierto por nuestro plan o por otro seguro que pueda tener, deberá pagar el costo total.
 - Si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar la cobertura de un servicio, puede presentar una apelación. Consulte Capítulo 7 de este folleto tiene información sobre cómo presentar una apelación.
- **Avísenos si se muda.** Si se va a mudar, es importante que nos lo comunique de inmediato. Llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).
- **Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no podrá seguir afiliado a él.** (Capítulo 1 le informa sobre nuestra área de servicio). Podemos ayudarle a averiguar si se está mudando fuera de nuestra área de servicio. Si se va de nuestra área de servicio, tendrá un Período de inscripción especial en el que puede inscribirse en cualquier plan de Medicare disponible en su nueva área. Podemos informarle de si tenemos un plan en su nueva zona.
- **Si se muda dentro de nuestra área de servicio, necesitamos saber** para poder mantener su registro de membresía actualizado y saber cómo ponernos en contacto con usted.

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

- Si se muda, también es importante que se lo comunique a la Seguridad Social (o a la Junta de Jubilación Ferroviaria). Encontrará los números de teléfono y la información de contacto de estas organizaciones en Capítulo 2.
- **Llame al Servicio para los miembros para que le ayuden si tiene preguntas o dudas.** También aceptamos con agrado cualquier sugerencia que pueda tener para mejorar nuestro plan.
 - Los números de teléfono y el horario de atención al público de Servicios para Miembros figuran en la contraportada de este folleto.
 - Si desea más información sobre cómo ponerse en contacto con nosotros, incluida nuestra dirección postal, consulte Capítulo 2.

CAPÍTULO 7

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

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

SECCIÓN 1	Introducción	124
Sección 1.1	Lo que debe hacer si tiene un problema o una inquietud	124
Sección 1.2	Acerca de los términos legales	124
SECCIÓN 2	Usted puede obtener ayuda de las organizaciones gubernamentales que no estén relacionadas con nosotros.....	124
Sección 2.1	Dónde obtener más información y asistencia personalizada.....	124
SECCIÓN 3	¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema?	125
Sección 3.1	¿Debe usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso para presentar quejas?	125
	DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES	126
SECCIÓN 4	Guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones	126
Sección 4.1	Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: panorama general.....	126
Sección 4.2	Cómo obtener ayuda cuando está solicitando una decisión de cobertura o presentando una apelación.....	127
Sección 4.3	¿Cuál sección de este capítulo presenta los detalles de <u>su</u> situación?	128
SECCIÓN 5	Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	128
Sección 5.1	Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para recibir cobertura para atención médica o si quiere que le reembolsemos por nuestra parte del costo de su asistencia	129
Sección 5.2	Paso a paso: Cómo puede solicitar una decisión de cobertura (cómo pedirle al plan que autorice o brinde cobertura para la atención médica que desea).....	130
Sección 5.3	Paso a paso: cómo presentar una Apelación de nivel 1 (cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura sobre atención médica tomada por nuestro plan).....	134
Sección 5.4	Paso a paso: Cómo se realiza una apelación de Nivel 2.....	137
Sección 5.5	¿Qué pasa si nos pide que le paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por atención médica?	139
SECCIÓN 6	Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto	140

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

Sección 6.1	Durante su estancia en el hospital, recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informará de sus derechos.....	141
Sección 6.2	Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital	142
Sección 6.3	Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de alta del hospital	146
Sección 6.4	¿Qué ocurre si se le pasa el plazo para presentar la apelación de nivel 1?	147
SECCIÓN 7	Cómo solicitar que sigamos cubriendo ciertos tipos de servicios médicos si usted piensa que la cobertura terminará demasiado pronto ..	150
Sección 7.1	<i>Esta sección se refiere únicamente a tres servicios:</i> Servicios de atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF)	150
Sección 7.2	Le informaremos con antelación sobre la finalización de su cobertura	151
Sección 7.3	Paso a paso: cómo presentar una apelación de nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo.....	151
Sección 7.4	Paso a paso: cómo presentar una apelación de nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo.....	153
Sección 7.5	¿Qué ocurre si se le pasa el plazo para presentar la apelación de nivel 1?	155
SECCIÓN 8	Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá	157
Sección 8.1	Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos	157
PRESENTAR QUEJAS.....		159
SECCIÓN 9	Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio para los miembros u otras inquietudes	159
Sección 9.1	¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas?.....	159
Sección 9.2	El nombre formal para “presentar una queja” es “interponer un reclamo”	161
Sección 9.3	Paso a paso: Presentación de una queja	161
Sección 9.4	También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la mejora de la calidad	163
Sección 9.5	También puede informarle a Medicare acerca de su queja	164

SECCIÓN 1 Introducción**Sección 1.1 Lo que debe hacer si tiene un problema o una inquietud**

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

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

Ambos procesos han sido aprobados por Medicare. Para garantizar la imparcialidad y la pronta tramitación de sus problemas, cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

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

Sección 1.2 Acerca de los términos legales

Existe terminología legal para algunas de las normas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender.

Para simplificar las cosas, este capítulo explica las normas y los procedimientos legales con palabras más simples en vez de utilizar ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo aparece “presentar una queja” en lugar de “interponer un reclamo”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización”, y “Organización de revisión independiente” en lugar de “Entidad de revisión independiente”. También se evita al máximo el uso de abreviaturas. También se evita al máximo el uso de abreviaturas.

Sin embargo, puede ser útil —y a veces bastante importante— que conozca los términos legales correctos para la situación en la que se encuentra. Saber qué términos utilizar le ayudará a comunicarse de forma más clara y precisa a la hora de tratar su problema y a obtener la ayuda o información adecuada para su situación. Para ayudarlo a saber qué términos utilizar, incluimos términos legales cuando damos los detalles para el manejo de determinados tipos de situaciones.

SECCIÓN 2 Usted puede obtener ayuda de las organizaciones gubernamentales que no estén relacionadas con nosotros**Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada**

Algunas veces, puede ser confuso iniciar o seguir el proceso para tratar un problema. Esto puede ser especialmente cierto si no se siente bien o no tiene suficiente energía. Otras veces, es posible que no tenga

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

el conocimiento que necesita para dar el siguiente paso.

Obtenga ayuda de una organización gubernamental independiente

Siempre estamos a su disposición para ayudarlo. Pero en algunas situaciones, es posible que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. Siempre puede llamar al **Programa estatal de asistencia en seguros de salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)**. Este programa gubernamental ha formado asesores capacitados en cada estado. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a comprender el proceso que debe utilizar para tratar el problema que tenga. Además, ellos también pueden responder sus preguntas, darle más información y orientarlo sobre lo que debe hacer.

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

También puede obtener ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y ayuda para tratar un problema, también puede comunicarse con Medicare. Hay dos maneras de obtener información directamente de Medicare:

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

SECCIÓN 3**¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema?****Sección 3.1****¿Debe usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso para presentar quejas?**

Si tiene algún problema o inquietud, solo tiene que leer las partes de este capítulo que aplican a su situación. La guía que sigue le será útil.

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

¿Su problema o inquietud tiene que ver con sus beneficios o cobertura?

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

Sí. Mi problema es sobre los beneficios o la cobertura.

Vaya a la siguiente sección de este capítulo, **Sección 4, “Guía de los fundamentos de las**

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

decisiones de cobertura y las apelaciones”.

No. Mi problema no es sobre los beneficios o la cobertura.

Vaya a **Sección 9** al final de este capítulo: “**Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio para los miembros u otras inquietudes**”.

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

SECCIÓN 4 Guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones

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

El proceso para las decisiones de cobertura y la presentación de apelaciones trata los problemas relacionados con sus beneficios y cobertura de servicios médicos, incluidos problemas relacionados con el pago. Este es el proceso que usted usa para asuntos tales como determinar si algo tiene cobertura o no y la forma en que está cubierto.

Cómo solicitar decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o con relación al monto que pagaremos por sus servicios médicos. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión de cobertura (favorable) para usted, siempre que reciba atención médica de él o ella o si su médico de la red lo remite a un especialista médico. Usted o su médico también puede contactarnos y pedirnos una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico particular o nos rehusamos a brindarle la atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, si usted quiere saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. En circunstancias limitadas, la solicitud para la decisión de cobertura se puede desestimar, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuando se desestimará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien presenta la solicitud en nombre de usted pero no cuenta con la autorización legal para hacerlo o bien, si usted solicita que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud para una decisión de cobertura, le enviaremos el aviso en donde le expliquemos el motivo por el que se desestimó su solicitud o bien, cómo pedir que se revise dicha desestimación.

Tomamos una decisión de cobertura para usted cada vez que decidimos lo que está cubierto para usted y cuánto tenemos que pagar. En algunos casos podríamos decidir que el servicio no está cubierto o que ya no tiene cobertura de Medicare para usted. Si está en desacuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y no se siente satisfecho con ella, usted puede “apelar” la decisión.

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

Una apelación es una manera formal de pedirnos revisar y modificar una decisión de cobertura que hayamos tomado.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de Nivel 1. En este tipo de apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para comprobar si seguimos todas las normas correctamente. Su apelación es analizada por revisores distintos a los que tomaron la decisión desfavorable original. Cuando hayamos terminado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión. En ciertas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una “decisión de cobertura rápida” o acelerada, o una apelación rápida de una decisión de cobertura. En circunstancias limitadas, la solicitud para la decisión de cobertura se puede desestimar, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuando se desestimará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien presenta la solicitud en nombre de usted pero no cuenta con la autorización legal para hacerlo o bien, si usted solicita que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud para una decisión de cobertura, le enviaremos el aviso en donde le expliquemos el motivo por el que se desestimó su solicitud o bien, cómo pedir que se revise dicha desestimación.

Si se rechaza su apelación de Nivel 1, su caso pasará automáticamente a una apelación de Nivel 2. A la apelación de Nivel 2 la evalúa una Organización de revisión independiente que no está conectada con nuestro plan. Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda avanzar a niveles adicionales de apelación.

Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando está solicitando una decisión de cobertura o presentando una apelación

¿Desea algún tipo de ayuda? Estos son los recursos que puede utilizar si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Usted **puede llamarnos a Servicios para Miembros** (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).
- Usted **puede obtener ayuda gratuita** de su SHIP (vea Sección 2 de este capítulo).
- **Su médico pueden presentar la solicitud por usted.** Para atención médica o medicamentos recetados de la Parte B, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación es denegada en el Nivel 1, se remitirá automáticamente al Nivel 2. Para solicitar cualquier apelación después del Nivel 2, su médico debe ser designado como su representante.
- **Puede solicitar que alguien actúe en su nombre.** Si así lo desea, puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su “representante” para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Puede haber alguien que ya esté legalmente autorizado para actuar como su representante en virtud de la ley estatal.
 - Si quiere que un amigo, pariente, su médico u otro proveedor u otra persona sea su representante, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la

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

contraportada de este folleto) y pida el formulario “Nombramiento de representante”. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf en nuestro sitio web en www.wellcare.com/allwellTX). El formulario le otorga a esa persona la autorización de actuar en su nombre. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Usted debe darle al plan una copia del formulario firmado.

- **También tiene derecho a contratar a un abogado para que actúe por usted.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de remisión. También existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para que pida algún tipo de decisión de cobertura o la apelación de una decisión.

Sección 4.3 ¿Cuál sección de este capítulo presenta los detalles de su situación?

Existen tres tipos diferentes de situaciones que suponen decisiones de cobertura y apelaciones. Debido para cada situación corresponden diferentes normas y plazos, le brindamos los detalles para cada una en una sección separada:

- **Sección 5** de este capítulo: “Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- **Sección 6** de este capítulo: “Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto”
- **Sección 7** de este capítulo: “Cómo solicitar que sigamos cubriendo ciertos tipos de servicios médicos si usted piensa que la cobertura terminará demasiado pronto” (*Se aplica solo a estos servicios*: servicios de atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y en un Centro de rehabilitación integral para pacientes externos [Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF])

Si no está seguro de qué sección debe utilizar, llame al Servicio para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales como su SHIP (Capítulo 2, Sección 3capítulo, encontrará los números de teléfono de este programa).

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

¿Ha leído Sección 4 de este capítulo (*Guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones*)? Si no lo ha hecho, tal vez le convenga leerla antes de comenzar con esta sección.

Capítulo 7. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Sección 5.1**

Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para recibir cobertura para atención médica o si quiere que le reembolsemos por nuestra parte del costo de su asistencia

En esta sección se describen los beneficios que tiene en cuanto a servicios y atención médica. Estos beneficios se describen en Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de beneficios médicos (lo que es cubierto y lo que usted paga)*. Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de “cobertura para atención médica” o “atención médica” en el resto de esta sección, en lugar de repetir cada vez las expresiones “atención, tratamiento o servicios médicos”. El término “atención médica” incluye artículos y servicios médicos, así como Explicación de beneficios de los medicamentos recetados de la Parte B. En algunos casos, se aplican normas diferentes para una solicitud para medicamentos recetados de la Parte B. En algunos casos, explicaremos cómo las normas para los medicamentos recetados de la Parte B son diferentes a las normas para los artículos y los servicios médicos.

Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las cinco situaciones siguientes:

1. No recibe una determinada atención médica que quiere y cree que dicha atención está cubierta por su plan.
2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor médico quiere brindarle a usted y usted cree que dicha atención médica está cubierta por su plan.
3. Ha recibido atención médica que cree que el plan debería cubrir, pero hemos dicho que no pagaremos dicha atención médica.
4. Ha recibido y pagado atención médica que cree que el plan debería cubrir, y quiere solicitarle al plan que le reembolse por dicha atención médica.
5. Se le ha dicho que se reducirá o se suspenderá la cobertura de una determinada atención médica que ha estado recibiendo y que habíamos aprobado anteriormente, y cree que reducir o suspender dicha atención médica puede ser perjudicial para su salud.

NOTA: Si la cobertura que se suspenderá es para servicios de atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF), debe leer otra sección de este capítulo porque se aplican normas especiales a estos tipos de atención médica. Esto es lo que debe leer en tales situaciones

- Capítulo 7, Sección 6: *Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto.*
- Capítulo 7, Sección 7: *Cómo solicitar que sigamos cubriendo ciertos tipos de servicios médicos si usted piensa que la cobertura terminará demasiado pronto.* Esta sección se refiere únicamente a tres servicios: atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada y servicios de CORF.
- Para *todas las demás* situaciones en las que se le comunique la interrupción de la atención médica que ha estado recibiendo, utilice este apartado (Sección 5) como guía para saber qué hacer.

Capítulo 7. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)
¿En cuál de estas situaciones se encuentra usted?

Si está en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
Para saber si cubriremos la atención médica que desea.	Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura por usted. Vaya a la sección siguiente de este capítulo, Sección 5.2.
Si ya le hemos comunicado que no cubriremos ni pagaremos un servicio médico de la forma que usted quería que lo hicieramos.	Puede presentar una apelación . (Esto significa que nos está pidiendo que reconsideremos nuestra decisión). Vaya a Sección 5.3 de este capítulo.
Si desea pedirnos que le reembolssemos atención médica que ya ha recibido y pagado.	Puede enviarnos la factura. Vaya a Sección 5.5 de este capítulo.

Sección 5.2
Paso a paso: Cómo puede solicitar una decisión de cobertura (cómo pedirle al plan que autorice o brinde cobertura para la atención médica que desea)
Términos legales

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

Paso 1: Pida a su plan que tome una decisión de cobertura al respecto de la atención médica que está solicitando. Si su salud exige una respuesta rápida, debe pedirnos que tomemos una **“decisión de cobertura rápida”**.

Términos legales

Una “decisión de cobertura rápida” se denomina una **“determinación de cobertura acelerada”**.

Cómo solicitar la cobertura de la atención médica que desea

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. Usted o su médico o su representante pueden hacer esto.

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

- Para obtener los detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, busque Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección denominada *Cómo comunicarse con nosotros cuando está solicitando una decisión de cobertura sobre atención médica*.

Por lo general, usamos los plazos estándares para informarle nuestra decisión

Cuando le comunicaremos nuestra decisión, usaremos el plazo “estándar”, salvo que hayamos aceptado usar el plazo “rápido”. **Una decisión de cobertura estándar significa que le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su solicitud **para recibir un artículo o un servicio médico**. Si está solicitando un **medicamento con receta de la Parte B de Medicare**, **le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud

- Sin embargo**, para una solicitud **de un artículo o servicio médico podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información (como registros médicos de proveedores fuera de la red) que podría beneficiarlo. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si usted considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le damos respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte Sección 9 de este capítulo).

Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una “decisión de cobertura rápida”

- Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos en un plazo de 72 horas, si está solicitando un artículo o servicio médico. Si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, responderemos en un plazo de 24 horas.**
 - Sin embargo**, para una solicitud **de un artículo o servicio médico podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** adicionales si nos damos cuenta de que falta alguna información que podría beneficiarlo (como registros médicos de proveedores fuera de la red) o si usted necesita tiempo para entregarnos información para la revisión. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
 - Si usted considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte Sección 9 de este capítulo). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir dos requisitos:**
 - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *sólo* si usted está solicitando cobertura para atención médica *que aún no ha recibido*. (No puede solicitar una decisión de cobertura

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

rápida si su solicitud es sobre el pago de atención médica que ya recibió).

- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solamente* si usar los plazos de tiempo estándar pudiera *poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional*.
- **Si su médico nos dice que su salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, automáticamente aceptaremos proporcionarle una decisión de cobertura rápida.**
- Si nos pide usted mismo la decisión de cobertura rápida (sin el apoyo de su médico ni de otra persona autorizada a dar recetas), decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.
 - Si decidimos que su afección no cumple los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que se lo informaremos (y usaremos los plazos estándares en su lugar).
 - En esta carta, se le dirá que, si su médico pide la decisión de cobertura rápida, automáticamente se la proporcionaremos.
 - En la carta también se le explicará cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte Sección 9 de este capítulo).

Paso 2: Consideramos su solicitud de cobertura para atención médica y le damos nuestra respuesta.***Plazos límite para una decisión de cobertura “rápida”***

- Por lo general, si está solicitando una decisión de cobertura rápida para recibir un artículo o servicio médico le daremos una respuesta **en un plazo de 72 horas**. Si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, responderemos **dentro de las 24 horas**.
 - Como se explicó anteriormente, podemos tomarnos hasta 14 días adicionales en determinadas circunstancias. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión de cobertura, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
 - Si usted considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le damos respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte Sección 9 de este capítulo).
 - Si no le damos la respuesta en 72 horas (o si hay una extensión del plazo, al final de ese período), o 24 horas si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B, usted tiene derecho a apelar Sección 5.3 más adelante explica cómo presentar una apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración detallada

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

por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud.

Plazos para una “decisión de cobertura estándar”

- Por lo general, si está solicitando una decisión de cobertura rápida para recibir un artículo o servicio médico le daremos una respuesta **en un plazo de 14 días calendario a partir de que recibimos su solicitud**. Si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, responderemos **en un plazo de 72 horas** a partir de que recibimos su solicitud.
 - Para una solicitud de un artículo o servicio médico, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales (“una extensión del plazo”) en determinadas circunstancias. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión de cobertura, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
 - Si usted considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le damos respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte Sección 9 de este capítulo).
 - Si no le damos la respuesta en 14 días calendario (o si hay una extensión del plazo, al final de ese período), o 72 horas si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B, usted tiene derecho a apelar Sección 5.3 más adelante explica cómo presentar una apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud.

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

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión y tal vez cambiar esta decisión mediante la presentación de una apelación. Presentar una apelación significa hacer otro intento para obtener la cobertura de atención médica que quiere.
- Si decide apelar, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte Sección 5.3 más abajo).

Capítulo 7. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Sección 5.3****Paso a paso: cómo presentar una Apelación de nivel 1**

(cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura sobre atención médica tomada por nuestro plan)

Términos legales

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

Paso 1: Nos contacta y presenta la apelación. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una “apelación rápida”.

Qué hacer

- **Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante deben comunicarse con nosotros.** Para obtener más información sobre cómo puede comunicarse con nosotros para cualquier propósito relacionado con su apelación, consulte Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección denominada *Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica*.
- **Si solicita una apelación estándar, realice su apelación estándar por escrito enviando una solicitud.**
 - Si un tercero, que no sea su médico, está apelando nuestra decisión, debe adjuntar el formulario de designación de un representante en el que autoriza a esta persona a representarlo. (Para obtener este formulario, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) y solicite el formulario de “Nombramiento de representante”. También está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf en nuestro sitio web en www.wellcare.com/allwellTX). Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni terminar nuestra revisión si no lo recibimos. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días calendario después de recibir la solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será rechazada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicará su derecho de pedirle a una Organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.
- **Si solicita una apelación rápida, realice su apelación por escrito o llámenos** al número de teléfono que figura en Capítulo 2, Sección 1 (*Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica*)
- **Usted debe hacer su solicitud de apelación en un plazo no mayor a 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud sobre la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, explique la razón por la cual se demoró su apelación cuando la presente. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una

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

causa justificada por haber perdido el plazo límite: una enfermedad muy grave le impidió contactarnos o le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.

- **Puede pedir una copia de la información sobre su decisión médica y añadir más información para respaldar su apelación.**
 - Usted tiene derecho a pedirnos una copia de la información sobre su apelación.
 - Si lo desea, usted y su médico pueden darnos información adicional para sustentar su apelación.

Si su salud lo requiere, pídanos una “apelación rápida” (puede solicitarla si nos llama)

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

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de una atención médica que todavía no ha recibido, usted o su médico deberán decidir si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos y procedimientos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión de cobertura rápida”. Para solicitar una apelación rápida, siga las mismas instrucciones que para solicitar una decisión de cobertura rápida. (Estas instrucciones se dieron anteriormente en esta sección).
- Si su médico nos dice que su salud requiere una “apelación rápida”, le daremos una apelación rápida.

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

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura para atención médica. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si la necesitamos. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico para obtener más información.

Plazos para una “apelación rápida”

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - No obstante, si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

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

- Si no le damos una respuesta en 72 horas (o al final de la extensión del plazo, en caso de que tomemos días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una Organización de revisión independiente. Más adelante en esta sección, le hablamos sobre esta organización y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, automáticamente enviaremos su apelación a la Organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Plazos para una “apelación estándar”

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta a la solicitud de un artículo o servicio médico **en un plazo de 30 días** calendario a partir de que recibimos su apelación si su apelación está relacionada con la cobertura de servicios que no ha recibido. Si está solicitando un medicamento de la Parte B de Medicare que aún no ha recibido, le daremos nuestra respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - No obstante, si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, podemos **tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
 - Si usted considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le damos respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte Sección 9 de este capítulo).
 - Si no le damos una respuesta para la fecha correspondiente indicada (o al final de la extensión del plazo, en caso de que tomemos días adicionales por su solicitud de artículo o servicio médico), estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una Organización de revisión independiente. Más adelante en esta sección, se describe esta organización de revisión y se explica lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura que acordamos proporcionar en un plazo de 30 días calendario si está solicitando un artículo o servicio médico, o **en un plazo de 7 días calendario** si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, automáticamente enviaremos su apelación a la Organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Capítulo 7. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Paso 3: Si nuestro plan rechaza parte o la totalidad de su apelación, su caso se enviará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.**

- Con el fin de asegurarnos de seguir todas las normas cuando rechazamos su apelación, **se nos exige que enviemos su apelación a una “Organización de revisión independiente”**. Cuando hacemos esto, significa que su apelación pasa al siguiente nivel del proceso de apelaciones, que es el Nivel 2.

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

Si decimos que no a su recurso de nivel 1, su caso será enviado *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante el proceso de apelaciones de Nivel 2, una **Organización de revisión independiente** revisa nuestra decisión con respecto a su primera apelación. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

Términos legales

El nombre formal para la “Organización de revisión independiente” es **“Entidad de revisión independiente”**. A veces se la denomina **“IRE”** (del inglés **“Independent Review Entity”**).

Paso 1: La Organización de revisión independiente realiza una revisión de su apelación.

- **La Organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa que elige Medicare para ser la Organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su “expediente del caso”. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su archivo de caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la Organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.
- Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.

Si usted tiene una “apelación rápida” en el Nivel 1, usted también tendrá una “apelación rápida” en el Nivel 2

- Si nuestro plan le concedió una apelación rápida en el Nivel 1, recibirá automáticamente una apelación rápida en el Nivel 2. La organización revisora debe darle una respuesta a su apelación

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

de nivel 2 **en un plazo de 72 horas** desde que recibe su apelación.

- Sin embargo, si usted está solicitando un artículo o servicio médico y la Organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La Organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Si usted tiene una “apelación rápida” en el Nivel 1, usted también tendrá una “apelación rápida” en el Nivel 2

- Si nuestro plan le concedió una apelación estándar en el Nivel 1, recibirá automáticamente una apelación estándar en el Nivel 2. Si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la organización revisora debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 30 días** desde que recibe su apelación.
- Sin embargo, si usted está solicitando un artículo o servicio médico y la Organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La Organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Paso 2: La Organización de revisión independiente le comunicará su respuesta.

La Organización de revisión independiente le comunicará su decisión por escrito y los motivos que la fundamentan.

- **Si la Organización de revisión acepta una parte o la totalidad de su solicitud de un artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de la atención médica en un plazo de 72 horas o prestar el servicio en un plazo de 14 días calendario a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la organización revisora en el caso de las solicitudes estándar o en un plazo de 72 horas a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la organización revisora en el caso de las solicitudes aceleradas.
- **Si la Organización de revisión acepta una parte o la totalidad de su solicitud de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare**, autorizar o proporcionar el medicamento con receta de la Parte B bajo disputa en un plazo de **72 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión para **solicitudes estándar** o en un plazo de **24 horas** desde la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión para **solicitudes aceleradas**.
- **Si esta organización rechaza la totalidad o parte de su apelación**, quiere decir que están de acuerdo con nosotros en cuanto a que no debe aprobarse su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de la atención médica. (Esto se llama “confirmar la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”).
 - Si la Organización de revisión independiente “confirma la decisión”, usted tiene derecho a una apelación de Nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación en el Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura de atención médica que está solicitando debe cumplir un cierto

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

mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación, lo que significa que la decisión en el Nivel 2 es definitiva. El aviso por escrito que recibe de la Organización de revisión independiente le indicará cómo conocer el monto en dólares necesario para continuar con el proceso de apelaciones.

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

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación).
- Si su apelación de Nivel 2 es rechazada y reúne los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si quiere avanzar al Nivel 3 y hacer una tercera apelación. Los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. Sección 8 en este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 5.5 ¿Qué pasa si nos pide que le paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por atención médica?

Si quiere pedirnos el pago de la atención médica, empiece por leer Capítulo 5 de este folleto: *Cómo solicitar nos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos cubiertos*. Capítulo 5 describe las situaciones en las cuales es posible que deba solicitar un reembolso o el pago de una factura que le envió un proveedor. También indica cómo enviarnos la documentación en la que nos pide el pago.

Solicitar un reembolso es pedirnos una decisión de cobertura

Si nos envía la documentación que solicita el reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura (para más información sobre las decisiones de cobertura, consulte Sección 4.1 de este capítulo). Para tomar esta decisión de cobertura, comprobaremos si la atención médica que ha pagado es un servicio cubierto (vea Capítulo 4: *Tabla de beneficios médicos (lo que es cubierto y lo que usted paga)*). También comprobaremos si ha seguido todas las normas de utilización de su cobertura para la atención médica (estas normas se indican en Capítulo 3 de este folleto: *Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos*).

Aceptaremos o rechazaremos su solicitud

- Si la atención médica que ha pagado está cubierta y ha seguido todas las normas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo de la atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibir su solicitud. O, si no ha pagado los servicios, enviaremos el pago directamente al proveedor. Cuando enviamos el pago, es lo mismo que *acepta* a su solicitud de una decisión de cobertura).
- Si la atención médica *no* está cubierta, o si usted *no* ha seguido todas las normas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que le diremos que no pagaremos los servicios, y los motivos en detalle. (Cuando rechazamos su solicitud de pago, es lo mismo que *rechaza* a su

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

solicitud de una decisión de cobertura).

¿Qué ocurre si usted solicita el pago y nosotros decimos que no lo pagaremos?

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazarlo, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, nos está solicitando que modifiquemos una decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para hacer esta apelación, siga el proceso de apelaciones que describimos en Sección 5.3. Consulte esta sección para obtener las instrucciones paso a paso. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación para el reembolso, tenemos que darle nuestra respuesta en el plazo de 60 días calendario después de haber recibido su apelación. (Si nos solicita reembolsarle la atención médica que ya ha recibido y pagado usted mismo, no se le permite solicitar una apelación rápida).
- Si la Organización de revisión independiente revoca nuestra decisión de rechazar el pago, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 30 días calendario. Si aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 6**Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto**

Cuando se le ingresa en 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 la cobertura de su atención hospitalaria, incluidas las limitaciones de esta cobertura, consulte Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de beneficios médicos (lo que es cubierto y lo que usted paga)*.

Durante su estancia cubierta en el hospital, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para preparar el día en que abandone el hospital. También le ayudarán a organizar los cuidados que pueda necesitar después de su salida.

- El día que abandone el hospital se denomina “**fecha de alta**”.
- Cuando se haya decidido su fecha de alta, su médico o el personal del hospital se lo comunicarán.
- Si cree que le piden que abandone el hospital demasiado pronto, puede pedir una estancia más larga en el hospital y su petición será considerada. En esta sección se explica cómo pedirlo.

Capítulo 7. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Sección 6.1****Durante su estancia en el hospital, recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informará de sus derechos**

Durante su estancia hospitalaria cubierta, recibirá un aviso por escrito llamado *Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todos los beneficiarios de Medicare reciben una copia de este aviso cada vez que ingresan en un hospital. Alguien del hospital (por ejemplo, un asistente social o una enfermera) debe entregárselo en los dos días siguientes a su ingreso. Si no recibe el aviso, pídale a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, comuníquese con Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de teletipo (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

1. Lea atentamente este aviso y haga preguntas si no entiende algo. Le informa sobre sus derechos como paciente del hospital, entre ellos:

- Su derecho a recibir los servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estancia en el hospital, según las indicaciones de su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son estos servicios, quién los pagará y dónde puede obtenerlos.
- Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su estancia en el hospital, y su derecho a saber quién la pagará.
- Dónde informar de cualquier preocupación que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.

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

- Su derecho a apelar la decisión de alta si cree que le han dado el alta del hospital demasiado pronto.

Términos legales
<p>La notificación escrita de Medicare le indica cómo puede “solicitar una revisión inmediata”. Solicitar una revisión inmediata es una manera formal y legal de pedir que se retrase su fecha de alta para que cubramos su atención hospitalaria durante más tiempo. (La Sección 6.2 a continuación le indica cómo puede solicitar una revisión inmediata).</p>

2. Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que entiende sus derechos.

- Se le pedirá a usted o a alguien que actúe en su nombre que firme el aviso. (Sección 4 de este capítulo le informa cómo puede dar permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante).
- La firma de la notificación *solamente* indica que ha recibido la información sobre sus derechos. La notificación no indica su fecha de alta (su médico o el personal del hospital le dirán su fecha de alta). Firmar el aviso **no** que usted esté de acuerdo con la fecha de alta.

3. Guarde su copia de la notificación para tener a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o informar de una preocupación sobre la calidad de la atención) si la necesita.

- Si firma el aviso más de dos días antes del día en que deje el hospital, recibirá otra copia antes de que esté programado que le den el alta.
- Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de teletipo (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver el aviso en Internet en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

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

Si quiere pedir que le cubramos los servicios de hospitalización durante más tiempo, tendrá que utilizar el proceso de apelación para hacer esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

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

- **Siga el proceso.** A continuación, se explica cada paso en los dos primeros niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de que comprende y sigue los plazos correspondientes a lo que debe hacer.
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). O llame a su SHIP, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada (consulte Sección 2 de este capítulo).

Durante una Apelación de Nivel 1, la Organización para la Mejora de la Calidad revisa su apelación. Comprueba si la fecha de alta prevista es médicaamente adecuada para usted.

Paso 1: Póngase en contacto con la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado y solicite una “revisión rápida” de su alta hospitalaria. Debe actuar rápidamente.

¿Qué es la Organización para la mejora de la calidad?

- Esta organización está integrada por un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a los que les paga el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Medicare le paga a esta organización para que verifique y ayude a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar las fechas del alta del hospital para las personas que tienen Medicare.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- La notificación escrita que recibió (*Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) le indica cómo ponerse en contacto con esta organización. (O encuentre el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado en Capítulo 2, Sección 4, de este folleto).

Actúe rápidamente:

- Para presentar su apelación, debe ponerse en contacto con la Organización para la Mejora de la Calidad antes de abandonar el hospital y **antes de la medianoche del día del alta.** (La “fecha de alta planificada” es la fecha que se ha establecido para que abandone el hospital).
 - Si cumple este plazo, podrá permanecer en el hospital *en que* su fecha de alta *sin pagar por ello* mientras espera la decisión de la Organización para la Mejora de la Calidad sobre su apelación.
 - Si usted *no* cumple este plazo y decide quedarse en el hospital después de la fecha de alta prevista, *es posible que tenga que pagar todos los costos* de la atención hospitalaria que reciba después de la fecha prevista para el alta.

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

- Si no cumple el plazo para ponerse en contacto con la Organización para la Mejora de la Calidad, y aún así desea apelar, deberá hacerlo directamente ante nosotros. Para más detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 6.4.

Solicite una “revisión rápida”:

- Debe solicitar a la Organización para la Mejora de la Calidad una “revisión rápida” de su alta. Pedir una “revisión rápida” significa que está pidiendo que la organización utilice los plazos rápidos para una apelación en lugar de utilizar los plazos estándar.

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

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.***¿Qué sucede durante esta revisión?***

- Los profesionales sanitarios de la Organización para la Mejora de la Calidad (los llamaremos “los revisores” para abreviar) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que debe continuar la cobertura de 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 nosotros y el hospital les hemos proporcionado.

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

- Antes del mediodía del día siguiente al que los revisores informaron a nuestro plan de su apelación, usted también recibirá una notificación por escrito en la que se indica su fecha prevista de alta y se explican detalladamente las razones por las que su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (médicamente adecuado) que le den el alta en esa fecha.

Términos legales
<p>Esta notificación escrita se llama “Notificación detallada del alta”. Puede obtener una muestra de este aviso llamando a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de teletipo (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver una muestra de aviso en Internet en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices</p>

Paso 3: En el plazo de un día completo después de disponer de toda la información necesaria, la Organización para la Mejora de la Calidad le dará una respuesta a su apelación.

¿Qué ocurre si la respuesta es afirmativa?

- Si la organización de revisión acepta su apelación, **debemos seguir proporcionando sus servicios hospitalarios cubiertos para pacientes internos durante todo el tiempo que estos servicios sean médicalemente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, puede haber limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos. (Consulte Capítulo 4 de este folleto).

¿Qué ocurre si la respuesta es negativa?

- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación, está diciendo que su fecha de alta prevista es médicalemente apropiada. Si esto ocurre, **nuestra cobertura de sus servicios de hospitalización terminará** a mediodía del día *en que* la Organización para la Mejora de la Calidad le dé la respuesta a su apelación.
- Si la organización de revisión *rechaza* Si la organización de revisión rechaza su apelación y usted decide quedarse en el hospital, entonces **es posible que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día siguiente al que la Organización para la Mejora de la Calidad le dé la respuesta a su apelación.

Capítulo 7. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Paso 4: Si la respuesta a su apelación de nivel 1 es negativa, usted decide si quiere presentar otra**

- Si la Organización para la Mejora de la Calidad ha rechazado su apelación, y usted permanece en el hospital después de la fecha de alta prevista, puede presentar otra apelación. Si decide apelar, significa que está avanzando 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 la Mejora de la Calidad ha rechazado su apelación, y usted permanece en el hospital después de la fecha de alta prevista, puede presentar una Apelación de Nivel 2. Durante una apelación de nivel 2, usted pide a la organización para la mejora de la calidad que vuelva a examinar la decisión que tomó en su primera apelación. Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su Apelación de Nivel 2, es posible que usted tenga que pagar el costo total de su estancia después de la fecha de alta prevista.

Estos son los pasos para el nivel 2 del proceso de apelación:

Paso 1: Usted se pone en contacto de nuevo con la Organización para la Mejora de la Calidad y solicita otra revisión

- Debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días** después del día en que la Organización para la Mejora de la Calidad *rechaza* su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión sólo si permanece en el hospital después de la fecha en que finalizó su cobertura para la atención.

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

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad volverán a examinar cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario a partir de la recepción de su solicitud de segunda revisión, los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad decidirán sobre su apelación y le comunicarán su decisión.***Si la organización de revisión acepta su apelación:***

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que ha recibido desde el mediodía del día siguiente a la fecha en que la Organización para la Mejora de la Calidad rechazó su primera apelación. **Debemos seguir proporcionando cobertura para su atención hospitalaria mientras sea médicaamente necesaria.**
- Deberá seguir pagando la parte que le corresponde de los costos, y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Capítulo 7. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)***Si la organización de revisión rechaza su apelación:***

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron en su Apelación de Nivel 1, y no la cambiarán. Esto se llama “confirmar la decisión”.
- La notificación que reciba le indicará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le darán los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que es manejado por un juez administrativo o un mediador.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, tendrá que decidir si quiere seguir adelante con su apelación, pasando al Nivel 3

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación). Si la organización revisora rechaza su Apelación de Nivel 2, puede elegir entre aceptar esa decisión o pasar al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es revisada por un juez administrativo o un mediador.
- Sección 8 en este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 6.4**¿Qué ocurre si se le pasa el plazo para presentar la apelación de nivel 1?****Puede apelar a nosotros en su lugar**

Como se explicó antes en Sección 6.2, usted debe actuar rápidamente para ponerse en contacto con la Organización para la Mejora de la Calidad e iniciar la primera apelación de su alta hospitalaria. (“Rápidamente” significa antes de que abandone el hospital y no más tarde de su fecha de alta prevista, lo que ocurra primero). Si se le pasa el plazo para ponerse en contacto con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación.

Si usa 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 ponerse en contacto con la Organización para la Mejora de la Calidad, puede presentar una apelación ante nosotros, solicitando una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que utiliza los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar.

Términos legales
Una “revisión rápida” (o “apelación rápida”) también se denomina “ apelación acelerada ” (Números de teléfono y sitios web)

Paso 1: comuníquese con nosotros y pídanos una “revisión rápida”.

- Para obtener los detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, busque Capítulo 2, Sección 1 y

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

busque la sección denominada *Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica*

- **No se olvide de pedir una “revisión rápida”.** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos “rápidos” en lugar de los “estándares”.

Paso 2: Hacemos una “revisión rápida” de su fecha prevista del alta y verificamos si es médicamente apropiada.

- Durante esta revisión, examinamos toda la información sobre su caso. Comprobamos si la fecha de su alta prevista era médicaamente adecuada. Comprobaremos si la decisión sobre cuándo debería dejar el hospital fue justa y seguía todas las normas.
- En esta situación, utilizaremos los plazos “rápidos” en lugar de los plazos estándar para darle la respuesta a esta revisión.

Paso 3: Le comunicaremos nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas después de pedir una “revisión rápida” (“apelación rápida”).

- **Si aceptamos su apelación rápida,** significa que hemos aceptado que sigue necesitando estar en el hospital después de la fecha del alta, y seguiremos proporcionándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos mientras sigan siendo médicaamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación rápida,** estamos diciendo que su fecha prevista del alta era médicaamente adecuada. Nuestra cobertura de los servicios hospitalarios para pacientes internados finaliza el día en que dijimos que finalizaría la cobertura.
 - Si ha permanecido en el hospital *en que* de la fecha prevista del alta, entonces **es posible que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que haya recibido después de la fecha prevista del alta.

Paso 4: Si nosotros rechaza su apelación rápida, su caso será enviado automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Con el fin de asegurarnos de seguir todas las normas cuando rechazamos su apelación, **se nos exige que enviemos su apelación a una “Organización de revisión independiente”**. Si hacemos esto,

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

significa que usted va *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de apelación alternativa de Nivel 2

Durante el proceso de apelaciones de Nivel 2, una **Organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos al rechazar su “apelación rápida”. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

Términos legales
El nombre formal para la “Organización de revisión independiente” es “Entidad de revisión independiente” . A veces se la denomina “IRE” (del inglés “Independent Review Entity”).

Paso 1: Enviaremos su caso automáticamente a la Organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información de su Apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente en un plazo de 24 horas a partir del momento en que le comunicamos que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros plazos, puede presentar una queja. El proceso de reclamo es diferente del proceso de apelación. Sección 9 La de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

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

- **La Organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa que elige Medicare para ser la Organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación sobre su alta hospitalaria.
- **Si esta organización acepta su apelación,** entonces debemos reembolsarle (devolverle) la parte que nos corresponde de los costes de la atención hospitalaria que ha recibido desde la fecha de su alta programada. También debemos continuar con la cobertura del plan de sus servicios de hospitalización mientras sean médica mente necesarios. Usted debe seguir pagando su parte de los costos. Si hay limitaciones de cobertura, estas podrían limitar la cantidad que le reembolsaríamos o el tiempo que seguiríamos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización rechaza su apelación,** significa que está de acuerdo con nosotros en que la fecha prevista del alta hospitalaria era médica mente apropiada.
 - La notificación que reciba de la Organización de Revisión Independiente le indicará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le darán los detalles para

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

continuar con una apelación de Nivel 3, que es manejada por un juez administrativo o un mediador.

Paso 3: Si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, usted decide si quiere seguir adelante con

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su apelación de nivel 2, puede decidir entre aceptar su decisión o pasar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación.
- Sección 8 en este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7**Cómo solicitar que sigamos cubriendo ciertos tipos de servicios médicos si usted piensa que la cobertura terminará demasiado pronto****Sección 7.1**

Esta sección se refiere únicamente a tres servicios: Servicios de atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF)

Esta sección se refiere a los siguientes tipos de atención *solamente*:

- **Servicios de atención médica a domicilio** que está recibiendo.
- **Servicios de enfermería especializada** que está recibiendo como paciente en un centro de enfermería especializada. (Para conocer los requisitos para ser considerado un “centro de enfermería especializada”, consulte el capítulo 10, *Definiciones de palabras importantes*).
- **La atención de rehabilitación** que recibe como paciente externo en un Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) aprobado por Medicare. Normalmente, esto significa que está recibiendo tratamiento por una enfermedad o accidente, o que se está recuperando de una operación importante. (Para más información sobre este tipo de centros, consulte el capítulo 10, *Definiciones de palabras importantes*).

Cuando recibe cualquiera de estos tipos de atención, tiene derecho a seguir recibiendo los servicios cubiertos para ese tipo de atención durante todo el tiempo que sea necesario para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre los servicios cubiertos, incluida la parte del coste que le corresponde y las limitaciones de la cobertura que puedan aplicarse, consulte Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de beneficios médicos (lo que es cubierto y lo que usted paga)*.

Cuando decidimos que ha llegado el momento de dejar de cubrir alguno de los tres tipos de atención para usted, estamos obligados a comunicárselo con antelación. Cuando finalice su cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar nuestra parte del costo de su atención*.

Si cree que estamos terminando la cobertura de su atención demasiado pronto, puede apelar nuestra

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

decisión. Esta sección le explica cómo presentar una apelación.

Sección 7.2 Le informaremos con antelación sobre la finalización de su cobertura

- 1. Recibirá un aviso por escrito.** Recibirá un aviso al menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención.

- La notificación escrita le indica la fecha en la que dejaremos de cubrir su atención médica.
- La notificación escrita también le indica lo que puede hacer si quiere pedir a nuestro plan que cambie esta decisión sobre la fecha de finalización de su atención, y que siga cubriendola durante más tiempo.

Términos legales

Al decirle lo que puede hacer, la notificación escrita le indica cómo puede solicitar una “**apelación rápida**”. Solicitar una apelación por vía rápida es una manera formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura sobre cuándo suspender su atención. (La Sección 7.3 a continuación le indica cómo puede solicitar una revisión por vía rápida).

Esta explicación por escrito se denomina “**Aviso de no cobertura de Medicare**.”

- 2. Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.**

- Se le pedirá a usted o a alguien que actúe en su nombre que firme el aviso. (Sección 4 le informa cómo puede dar permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante).
- La firma de la notificación *solamente* que usted ha recibido la información sobre cuándo su cobertura se detendrá. Firmarlo no significa que esté de acuerdo con el plan de que es hora de dejar de recibir la atención.

Sección 7.3 Paso a paso: cómo presentar una apelación de nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo

Si desea solicitarnos que cubramos su atención por un período de tiempo más prolongado, deberá utilizar el proceso de apelaciones para realizar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.** A continuación, se explica cada paso en los dos primeros niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de que comprende y sigue los plazos correspondientes a lo que debe hacer. También hay fechas límite que nuestro plan debe seguir. (Si cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar una queja. Sección 9 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

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

- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). O llame a su SHIP, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada (consulte Sección 2 de este capítulo).

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación y decide si debe cambiar la decisión tomada por nuestro plan.

Paso 1: Haga su apelación de nivel 1: comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad de su estado y solicite una revisión. Debe actuar rápidamente.

¿Qué es la Organización para la mejora de la calidad?

- Esta organización está integrada por un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a los que les paga el Gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Verifican la calidad de la atención que reciben las personas con Medicare y revisan las decisiones del plan sobre cuándo es el momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- La notificación escrita que ha recibido le indica cómo ponerse en contacto con esta organización. (O encuentre el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado en Capítulo 2, Sección 4, de este folleto).

¿Qué debe pedir?

- Solicite a esta organización una “apelación rápida” (para realizar una revisión independiente) sobre si es médica mente adecuado que finalicemos la cobertura de sus servicios médicos.

Su plazo para ponerse en contacto con esta organización.

- Debe ponerse en contacto con la Organización para la Mejora de la Calidad para iniciar su apelación antes del mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigor del Aviso de No Cobertura de Medicare.
- Si no cumple el plazo para ponerse en contacto con la Organización para la Mejora de la Calidad, y aún así desea presentar una apelación, deberá hacerlo directamente ante nosotros. Para más detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la sección 7.5.

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

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales sanitarios de la Organización para la Mejora de la Calidad (los llamaremos “los revisores” para abreviar) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que debe continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.

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

- La organización de revisión también examinará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que nuestro plan les ha proporcionado.
- Al final del día, los revisores nos informan de su apelación, y usted también recibirá un aviso por escrito en el que se explican detalladamente los motivos por los que se ha puesto fin a la cobertura de sus servicios.

Términos legales
Esta notificación de explicación se llama “Explicación detallada de no cobertura” .

Paso 3: En el plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.***¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?***

- Si los revisores *acepta* su apelación, entonces **debemos seguir prestando sus servicios cubiertos mientras sean médicamente necesarios**.
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, puede haber limitaciones en sus servicios cubiertos (consulte el capítulo 4 de este folleto).

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores *rechaza* su apelación, entonces **su cobertura finalizará en la fecha que le hemos comunicado**. Dejaremos de pagar nuestra parte de los costos de esta atención en la fecha indicada en la notificación.
- Si decide seguir recibiendo la atención sanitaria a domicilio, la atención en un centro de enfermería especializada o los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) *en que* de la fecha de finalización de la cobertura, entonces **tendrá que pagar usted mismo el costo total** de esta atención.

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

- Esta primera apelación que presenta es el “Nivel 1” del proceso de apelación. Si los revisores *rechaza* su Apelación de Nivel 1 *y* usted decide seguir recibiendo la atención después de que haya finalizado su cobertura, puede presentar otra apelación.
- Si decide apelar, significa que está avanzando al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 7.4**Paso a paso: cómo presentar una apelación de nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo**

Si la Organización para la Mejora de la Calidad ha rechazado su apelación *y* usted decide seguir

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

recibiendo la atención después de que haya finalizado su cobertura, puede presentar una Apelación de Nivel 2. Durante una apelación de nivel 2, usted pide a la organización para la mejora de la calidad que vuelva a examinar la decisión que tomó en su primera apelación. Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su Apelación de Nivel 2, es posible que tenga que pagar el costo total de los servicios de atención sanitaria a domicilio, en un centro de enfermería especializada o en un Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) *en que* de la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura.

Estos son los pasos para el nivel 2 del proceso de apelación:

Paso 1: Usted se pone en contacto de nuevo con la Organización para la Mejora de la Calidad y solicita otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días** después del día en que la Organización para la Mejora de la Calidad *rechaza* su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión sólo si siguió recibiendo atención después de la fecha en que finalizó su cobertura.

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

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad volverán a examinar cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días a partir de la recepción de su solicitud de apelación, los revisores decidirán sobre su apelación y le comunicarán su decisión.***¿Qué sucede si la organización de revisión acepta su apelación?***

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. **Debemos seguir proporcionando cobertura** para la atención mientras sea médica mente necesaria.
- Debe seguir pagando la parte que le corresponde de los costos, y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión la rechaza?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomamos respecto de su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- La notificación que reciba le indicará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le darán los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que es manejado por un juez administrativo o un mediador.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, tendrá que decidir si quiere seguir adelante con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del nivel 2, con un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su apelación de nivel 2, puede elegir entre aceptar esa decisión o pasar al nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es revisada por un juez

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

administrativo o un mediador.

- Sección 8 en este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 7.5 ¿Qué ocurre si se le pasa el plazo para presentar la apelación de nivel 1?**Puede apelar a nosotros en su lugar**

Como se explica en la sección 7.3, debe actuar con rapidez para ponerse en contacto con la Organización para la Mejora de la Calidad para iniciar su primera apelación (en uno o dos días, como máximo). Si se le pasa el plazo para ponerse en contacto con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación. Si usa 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 ponerse en contacto con la Organización para la Mejora de la Calidad, puede presentar una apelación ante nosotros, solicitando una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que utiliza los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar.

Estos son los pasos para una apelación alternativa de nivel 1:

Términos legales
Una “revisión rápida” (o “apelación rápida”) también se denomina “ apelación acelerada ” (Números de teléfono y sitios web)

Paso 1: comuníquese con nosotros y pídanos una “revisión rápida”.

- Para obtener los detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, busque Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección denominada *Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica*
- **No se olvide de pedir una “revisión rápida”.** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos “rápidos” en lugar de los “estándares”.

Paso 2: Hacemos una revisión “rápida” de la decisión que tomamos sobre dejar de cubrir sus servicios.

- Durante esta revisión, volvemos a examinar toda la información sobre su caso. Comprobamos si seguimos todas las normas cuando fijamos la fecha de finalización de la cobertura del plan para los servicios que usted estaba recibiendo.
- Utilizaremos los plazos “rápidos” en lugar de los plazos estándar para darle la respuesta a esta revisión.

Capítulo 7. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Paso 3: Le comunicaremos nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas después de pedir una “revisión rápida” (“apelación rápida”).**

- **Si aceptamos su apelación rápida**, significa que hemos aceptado que sigue necesitando servicios durante más tiempo, y que seguiremos proporcionándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicaamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación rápida**, entonces su cobertura terminará en la fecha que le indicamos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esta fecha.
- Si ha seguido recibiendo atención sanitaria a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) *en que* de la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura, entonces **tendrá que pagar usted mismo el costo total** de esta atención.

Paso 4: Si nosotros rechaza su apelación rápida, su caso será enviado automáticamente pasará al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Con el fin de asegurarnos de seguir todas las normas cuando rechazamos su apelación, **se nos exige que enviemos su apelación a una “Organización de revisión independiente”**. Si hacemos esto, significa que usted va *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 al rechazar su “apelación rápida”. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

Términos legales
El nombre formal para la “Organización de revisión independiente” es “Entidad de revisión independiente” . A veces se la denomina “IRE” (del inglés “Independent Review Entity”).

Paso 1: Enviaremos su caso automáticamente a la Organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información de su Apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente en un plazo de 24 horas a partir del momento en que le comunicamos que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros plazos, puede presentar una queja. El proceso de reclamo es diferente del proceso de apelación).

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

Sección 9 La de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

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

- **La Organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa que elige Medicare para ser la Organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización acepta su apelación,** entonces debemos reembolsarle (devolverle) la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en la que dijimos que terminaría su cobertura. También debemos seguir cubriendo la atención mientras sea médica mente necesaria. Usted debe seguir pagando su parte de los costos. Si hay limitaciones de cobertura, estas podrían limitar la cantidad que le reembolsaríamos o el tiempo que seguiríamos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización rechaza su apelación,** significa que están de acuerdo con la decisión que nuestro plan tomó en su primera apelación, y no la cambiarán.
 - La notificación que reciba de la Organización de Revisión Independiente le indicará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le darán los detalles para continuar con una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, usted decide si quiere seguir adelante con ella.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del nivel 2, con un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su Apelación de Nivel 2, puede elegir entre aceptar esa decisión o pasar al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es revisada por un juez administrativo o un mediador.
- Sección 8 en este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8**Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá****Sección 8.1****Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos**

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

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico que haapelado cumple ciertos niveles mínimos, puede pasar a otros niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no podrá seguir apelando. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, la respuesta escrita que reciba a su Apelación de Nivel 2 le explicará con quién debe ponerse en contacto y qué hacer para solicitar una

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

apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3	Un juez (llamado juez administrativo) o un mediador que trabaja para el Gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.
-----------------------------	--

- **Si el juez administrativo o el mediador rechaza su apelación, el proceso de apelaciones *puede o no haber terminado*.** Nosotros decidiremos si apelamos esta decisión al Nivel 4. A diferencia de una decisión de Nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que le sea favorable a usted.
 - Si decidimos no apelar la decisión, debemos autorizar o prestarle el servicio en un plazo de 60 días calendario tras recibir la decisión del juez administrativo o del mediador.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de nivel 4 con los documentos que la acompañan. Podemos esperar la decisión de la Apelación de Nivel 4 antes de autorizar o prestar el servicio en disputa.
- **Si el juez administrativo o el mediador rechaza su apelación, el proceso de apelación *puede o no haber terminado*.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez administrativo o mediador rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 4	El Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.
-----------------------------	---

- **Si la respuesta es afirmativa, o si el Consejo deniega nuestra solicitud de revisión de una decisión favorable del nivel 3 de apelación, el proceso de apelación *puede o no haber terminado*.** Nosotros decidiremos si apelamos esta decisión al Nivel 5. A diferencia de una decisión de Nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 que le sea favorable a 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 prestarle el servicio en un plazo de 60 días calendario tras recibir la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo notificaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo deniega la solicitud de revisión, el proceso de apelación *puede o no haber terminado*.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá

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

terminado.

- Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, el aviso que reciba le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten continuar, en el aviso escrito que reciba también se le indicará con quién comunicarse y qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 5 Un juez en una **Corte Federal de Distrito** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

PRESENTAR QUEJAS

SECCIÓN 9**Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio para los miembros u otras inquietudes**

Si tiene problemas con las decisiones relacionadas con los beneficios, la cobertura o el pago, esta sección *no es la indicada para usted*. En su lugar, debe usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Vaya a Sección 4 de este capítulo.

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

En esta sección, se explica cómo se puede utilizar el proceso para presentar quejas. El proceso de quejas se aplica a determinados tipos de problemas *solo*. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de quejas.

Si tiene cualquiera de estos tipos de problemas puede “presentar una queja”

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	<ul style="list-style-type: none">• ¿Está insatisfecho con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	<ul style="list-style-type: none">• ¿Cree que alguien no respetó el derecho a su privacidad o compartió información que usted considera que debería ser confidencial?

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

Queja	Ejemplo
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otro comportamiento negativo	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien ha sido descortés o le ha faltado el respeto? • ¿Está insatisfecho con la manera en que lo han tratado en Servicios para Miembros? • ¿Le parece que lo están alentando a dejar nuestro plan?
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está teniendo problemas para conseguir una cita o tiene que esperar demasiado para conseguirla? • ¿Le han hecho esperar demasiado los médicos, farmacéuticos u otros profesionales sanitarios? ¿O ha tenido que esperar demasiado por Servicios para Miembros u otro personal de nuestro plan? <ul style="list-style-type: none"> ○ Por ejemplo, que le hagan esperar demasiado tiempo al teléfono, en la sala de espera, al obtener una receta o en la sala de examen.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o un consultorio de un médico?
Información que obtiene de nosotros	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cree que no le hemos dado un aviso que estamos obligados a darle? • ¿Cree que la información por escrito que le hemos dado es difícil de comprender?
Calidad de oportuno (Estos tipos de quejas se relacionan con lo <i>oportuno</i> de las medidas que tomemos respecto de las decisiones de cobertura y las apelaciones)	<p>El proceso de pedir una decisión de cobertura y presentar apelaciones se explica en las Secciones 4 a 8 de este capítulo. Si está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación, debe usar ese proceso, no el proceso de quejas.</p> <p>Sin embargo, si ya nos ha pedido una decisión de cobertura o presentado una apelación y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, también puede presentar una queja por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si ha pedido que le demos una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, y le hemos dicho que no lo haremos, puede presentar una queja. • Si cree que no estamos cumpliendo los plazos para darle una decisión de cobertura o la respuesta a una apelación que ha presentado, puede presentar una queja. • Cuando se revisa una decisión de cobertura tomada y se nos

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

Queja	Ejemplo
	<p>indica que debemos cubrir o reembolsar ciertos servicios médicos, se aplican ciertos plazos. Si cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar una queja.</p> <ul style="list-style-type: none">• Cuando no le damos una decisión a tiempo, tenemos la obligación de enviar su caso a la Organización de revisión independiente. Si no lo hacemos dentro del plazo obligatorio, puede presentar una queja.

Sección 9.2 El nombre formal para “presentar una queja” es “interponer un reclamo”

Términos legales
<ul style="list-style-type: none">• Lo que en esta sección se denomina “queja” también se denomina “reclamo”.• Un término alternativo a “presentar una queja” es “interponer un reclamo”.• Otra manera de decir “utilizar el proceso para quejas” es “utilizar el proceso para interponer un reclamo”

Sección 9.3 Paso a paso: Presentación de una queja**Paso 1: comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por escrito o por teléfono.**

- **Habitualmente, el primer paso consiste en llamar a Servicios para Miembros.** Si debe hacer algo más, Servicios para Miembros se lo indicará. 1-844-796-6811, TTY: 711, Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, desde las 8 a. m. hasta las 8 p. m. Entre el 1 de abril al 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, desde las 8 a. m. hasta las 8 p. m.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presentó su queja por escrito, le responderemos por escrito.

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

- Si solicita que se le responda por escrito, le responderemos por escrito si presentó una queja (reclamo) por escrito, o bien, si su queja está relacionada con la calidad de la atención médica, le responderemos por escrito. **Si no podemos resolver su queja por teléfono, contamos con un procedimiento formal para revisar su queja.** Este se denomina **procedimiento de queja** Para presentar una queja, o si tiene preguntas sobre este procedimiento, llame a Servicios para Miembros al número de teléfono que aparece anteriormente. O bien, puede enviar una solicitud por escrito a la dirección indicada en *Apelación de la atención médica* o *Quejas sobre la atención médica* en Capítulo 2 de este folleto.
 - Debe presentar su queja dentro de los 60 días calendario posteriores al evento. Puede presentar su queja, formalmente, por escrito a la dirección que figura en Apelación de la atención médica o en Quejas sobre la atención médica en Capítulo 2 de este folleto.
 - Debemos informarle de nuestra decisión respecto de su queja tan pronto como lo requiera su caso con base en su estado de salud, pero a más de los 30 días calendario después de recibida su queja. Podemos otorgar una extensión del plazo hasta 14 días calendario si nos pide una extensión o si justificamos una necesidad de información adicional y la demora es para su conveniencia.
 - En determinados casos, usted tiene el derecho de pedir una revisión rápida de su queja. Esto se denomina procedimiento de queja acelerado. Usted tiene el derecho a una revisión rápida de su queja si no está de acuerdo con nuestra decisión en las siguientes situaciones:
 - Rechazamos su solicitud para una revisión rápida de una solicitud respecto de atención médica.
 - Rechazamos su solicitud para una revisión rápida de una apelación sobre servicios rechazados.
 - Decidimos que se necesita más tiempo para revisar su solicitud de atención médica.
 - Decidimos que se necesita tiempo adicional para revisar su apelación de atención médica denegada.
- Puede presentar este tipo de quejas por teléfono llamando a Servicios para Miembros al número que aparece en la contraportada de este folleto. También puede enviarnos la queja por escrito a la dirección indicada en *Apelación de la atención médica* o *Quejas sobre la atención médica* en Capítulo 2 de este folleto. Una vez que recibamos el reclamo acelerado (queja), un profesional clínico revisará el caso para determinar los motivos de la negación de su solicitud para una revisión rápida o si la extensión del caso era apropiada. Le comunicaremos la decisión del caso rápido de modo oral y escrito dentro de las 24 horas de recibir su queja.
- **Independientemente de si llama o escribe, debe comunicarse con Servicios para Miembros inmediatamente.** La queja debe presentarse dentro de los 60 días calendario después de haber tenido el problema sobre el que se quiere quejar.

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

- Si presenta una queja porque se rechazó su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, automáticamente le concederemos una “queja rápida”. Si se le ha concedido una “queja rápida”, quiere decir que le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas.

Términos legales

Lo que en esta sección se denomina “queja rápida” también se denomina “reclamo acelerado”.

Paso 2: Analizaremos su queja y le daremos una respuesta.

- **De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato.** Si nos llama por una queja, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica. Si su afección requiere que respondamos rápidamente, así lo haremos.
- **La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia o si usted pide más tiempo, podemos demorar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) en responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o una parte de la queja o si no nos hacemos responsables por el problema del que se está quejando, se lo comunicaremos. Nuestra respuesta incluirá nuestras razones para esta respuesta. Debemos responder si aceptamos la queja o no.

Sección 9.4**También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la mejora de la calidad**

Usted puede realizar una queja sobre la calidad de la atención que recibió de nosotros a través del proceso paso a paso que se describe arriba.

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

- **Puede presentar su queja a la Organización para la mejora de la calidad.** Si lo prefiere, puede presentar su queja sobre la calidad de la atención que recibió directamente a esta organización (*sin* presentarnos la queja).
 - La Organización para la mejora de la calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare.
 - Para encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado, consulte en Capítulo 2, Sección 4, de este folleto. Si presenta una queja a esta organización, colaboraremos con ellos para resolver su queja.
- **O puede presentar su queja ante ambas organizaciones al mismo tiempo.** Si así lo desea, puede presentarnos su queja sobre la calidad de la atención ante nosotros y también ante la Organización

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

para la mejora de la calidad.

Sección 9.5 También puede informarle a Medicare acerca de su queja

Puede presentar una queja sobre Wellcare Patriot No Premium (HMO) directamente a Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas de manera seria y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si tiene cualquier otro comentario o inquietud o si considera que el plan no está tratando su caso, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de teletipo (TTY)/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 8

*Cancelación de su membresía en el
plan*

Capítulo 8. Cancelación de su membresía en el plan

SECCIÓN 1	Introducción.....	167
Sección 1.1	Este capítulo se centra en la cancelación de su membresía en nuestro plan	167
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan?.....	167
Sección 2.1	Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción anual	167
Sección 2.2	Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage	168
Sección 2.3	En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial	168
Sección 2.4	¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?. .	169
SECCIÓN 3	¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	170
Sección 3.1	En general, usted cancela su membresía cuando se inscribe en otro plan	170
SECCIÓN 4	Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos a través de nuestro plan	171
Sección 4.1	Hasta que termine su membresía, usted sigue siendo miembro de nuestro plan.	171
SECCIÓN 5	Debemos cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones.....	171
Sección 5.1	¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?.....	171
Sección 5.2	No <u>podemos</u> pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud	172
Sección 5.3	Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan	172

SECCIÓN 1 Introducción

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

La finalización de su membresía a Wellcare Patriot No Premium (HMO) puede ser **voluntaria** (por su propia elección) o **involuntaria** (cuando no es usted quien lo decide):

- Es posible que deje nuestro plan porque ha decidido que *quiere* dejarlo.
 - Solo hay ciertos momentos durante el año, o ciertas situaciones, para que pueda cancelar voluntariamente su membresía en el plan. Sección 2 le indica *cuándo* usted puede cancelar su membresía en el plan.
 - El proceso para cancelar voluntariamente su membresía varía dependiendo de qué tipo de cobertura nueva está eligiendo. Sección 3 le indica *cómo* finalizar su membresía en cada situación.
- También hay situaciones limitadas en las que no decide dejarlo, pero nos vemos obligados a cancelar su membresía. Sección 5 le describe situaciones en las que podemos finalizar su membresía.

Si está dejando nuestro plan, debe continuar recibiendo sus medicamentos recetados a través de nuestro plan hasta que finalice su membresía.

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

Puede cancelar su membresía en nuestro plan solo durante determinados momentos del año, conocidos como períodos de inscripción. Todos los afiliados tienen la oportunidad de abandonar el plan durante el Período de Afiliación Anual y durante el Período de Afiliación Abierta de Medicare Advantage. En ciertas situaciones, también puede ser elegible para dejar el plan en otros momentos del año.

Sección 2.1 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción anual

Usted puede cancelar su membresía en el **Período de inscripción anual** (también conocido como el “Período anual de inscripción abierta”). Este es el momento en el que debe revisar su cobertura de salud y medicamentos y tomar una decisión sobre la cobertura para el próximo año.

- **¿Cuándo es el Período de inscripción anual?** Esto sucede desde el 15 de octubre al 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 en su cobertura para el próximo año. Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos recetados o uno

Capítulo 8. Cancelación de su membresía en el plan

que no cubra medicamentos recetados).

- Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare separado.
- –o– Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare separado.
- **¿Cuándo se cancelará su membresía?** Su membresía se cancelará cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Usted tiene la oportunidad de hacer *uno* 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? Esto sucede cada año del 1 de enero al 31 de marzo.

¿A qué tipo de plan puede cambiar durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage? Durante este tiempo, usted puede:

- Cambiar a otro plan Medicare Advantage. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos recetados o uno que no cubra medicamentos recetados).
- Cancelar la inscripción de nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiar a Original Medicare durante este período, también puede unirse a un plan de medicamentos de Medicare separado en ese momento.

¿Cuándo se cancelará su membresía? Su membresía se cancelará el primer día del mes después de que se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente o que recibamos su solicitud de cambio a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes posterior a que el plan reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.3 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial

En determinadas situaciones, los miembros de Wellcare Patriot No Premium (HMO) pueden ser elegibles para cancelar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como un **Período de inscripción especial**.

- **¿Quién es elegible para un Período de inscripción especial?** Si alguna de las siguientes situaciones se aplica a su caso, usted puede ser elegible para cancelar su membresía durante el 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):
 - En general, cuando se muda.
 - Si tiene Medicaid.

Capítulo 8. Cancelación de su membresía en el plan

- Si rompemos nuestro contrato con usted.
- Si está recibiendo atención en una institución, como un centro de cuidados o un hospital de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC).
- Si se inscribe en un Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).
- **¿Cuáles son los Períodos de inscripción especial?** Los períodos de inscripción varían según cada caso.
- **¿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), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de teletipo (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud como su cobertura para medicamentos recetados de Medicare. Esto significa que puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos recetados o uno que no cubra medicamentos recetados).
 - Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare separado.
 - –o– Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare separado.

¿Cuándo se cancelará su membresía? Generalmente, su membresía se cancelará el primer día del mes después de que se recibe su solicitud para cambiar su plan.

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

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo puede cancelar su membresía:

- Puede llamar a **Servicios para Miembros** (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).
- Puede encontrar la información en el manual ***del manual Medicare & You 2022 (Medicare y Usted 2022)***.
 - Todas las personas que tienen Medicare, reciben una copia ***del manual Medicare & You 2022 (Medicare y Usted 2022)*** cada año en otoño. Los nuevos miembros de Medicare la reciben en el plazo de un mes después de que se inscriben por primera vez.
 - También puede descargar una copia desde el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O puede llamar a Medicare al número que figura más abajo para pedir una copia impresa.
- Puede comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de teletipo (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3**¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?****Sección 3.1****En general, usted cancela su membresía cuando se inscribe en otro plan**

Generalmente, para terminar su membresía en nuestro plan, simplemente debe inscribirse en otro plan de Medicare durante uno de los períodos de inscripción (vea Sección 2 en este capítulo para obtener información sobre los períodos de inscripción). Sin embargo, si quiere cambiar de nuestro plan a Medicare Original *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare, deberá solicitar la baja de nuestro plan. Hay dos maneras de pedir que cancelen su inscripción:

- Nos puede hacer el pedido por escrito. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese a Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).
- --o-- Puede comunicarse con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de teletipo (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

La siguiente tabla explica cómo debe cancelar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
<ul style="list-style-type: none">• Otro plan de salud de Medicare.	<ul style="list-style-type: none">• Inscribirse en el plan de salud de Medicare. Su inscripción en Wellcare Patriot No Premium (HMO) se cancelará automáticamente cuando su cobertura en el nuevo plan comience.
<ul style="list-style-type: none">• Original Medicare <i>con</i> un plan de medicamentos recetados de Medicare separado.	<ul style="list-style-type: none">• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. Su inscripción en Wellcare Patriot No Premium (HMO) se cancelará automáticamente cuando su cobertura en el nuevo plan comience.
<ul style="list-style-type: none">• Original Medicare <i>sin</i> un plan de medicamentos recetados de Medicare separado.	<ul style="list-style-type: none">• Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese a Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).• También puede comunicarse con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y pedir que cancelen su

Capítulo 8. Cancelación de su membresía en el plan

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
	<p>inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048</p> <ul style="list-style-type: none">• Su inscripción en Wellcare Patriot No Premium (HMO) se cancelará cuando su cobertura en Original Medicare comience.

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

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

Si deja nuestro plan, es posible que pase algún tiempo antes de que su membresía se cancele y su nueva cobertura de Medicare entre en vigencia. (Consulte Sección 2 para obtener información sobre cuándo comienza su nueva cobertura). Durante este tiempo, debe seguir obteniendo su atención médica a través de nuestro plan.

- **Si lo hospitalizan el día en que termina su membresía, su estadía hospitalaria generalmente estará cubierta por nuestro plan hasta que se le dé el alta** (incluso si se le da el alta después de que comience su nueva cobertura de salud).

SECCIÓN 5 Debemos cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?

Debemos cancelar su membresía en el plan si ocurre cualquiera de los siguientes casos:

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B.
- Si se muda fuera del área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
 - Si se muda o realiza un viaje largo, deberá llamar a Servicios para Miembros para averiguar si el lugar al que se muda o al que viaja está en el área de nuestro plan. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si no es ciudadano de los Estados Unidos o no está legalmente presente en los Estados Unidos.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía:

- Puede llamar a **Servicios para Miembros** para obtener más información (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

Sección 5.2 No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud

No podemos pedirle que se retire de nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

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

Sección 5.3 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, tenemos la obligación de darle por escrito nuestros motivos de dicha cancelación. Además, debemos explicarle cómo puede efectuar un reclamo debido a nuestra decisión de cancelar su membresía. Puede buscar en Capítulo 7. Sección 9 para obtener más información sobre cómo presentar una queja.

CAPÍTULO 9

Avisos legales

Capítulo 9. Avisos legales

SECCIÓN 1	Aviso sobre leyes aplicables.....	175
SECCIÓN 2	Aviso sobre no discriminación	175
SECCIÓN 3	Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare	175
SECCIÓN 4	Recuperación de los beneficios pagados por nuestro bajo su plan Wellcare Patriot No Premium (HMO)	176
SECCIÓN 5	Tarjeta de membresía.....	178
SECCIÓN 6	Contratistas independientes	178
SECCIÓN 7	Fraude contra los planes de salud.....	178
SECCIÓN 8	Circunstancias más allá del control del plan.....	179

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes aplicables

Muchas leyes aplican a esta *Evidencia de cobertura* y es posible que se apliquen algunas disposiciones adicionales porque lo exige la ley. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas ni 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 normas creadas bajo esta ley por parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). Además, es posible que se apliquen otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

Nuestro plan debe cumplir con las leyes que lo protegen contra la discriminación o la falta de imparcialidad. **No discriminamos** por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en quejas, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes de Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud de Bajo Costo, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o norma que se aplique por cualquier otra razón.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud en cuanto a discriminación o un trato que no ha sido imparcial, llame a la Oficina de Derechos Civiles del **Oficina de Derechos Civiles** al 1-800-368-1019 (teletipo (TTY): 1-800-537-7697) o a su Oficina de Derechos Civiles local.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Si usted tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, Servicios para Miembros puede ayudarlo.

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare en los que Medicare no es el pagador principal. Según las regulaciones de los CMS en el Título 42, Secciones 422.108 y 423.462 del Código de Regulaciones Federales (CFR), Wellcare Patriot No Premium (HMO), como una organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que los que la Secretaría ejerce conforme a las regulaciones de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección sustituyen cualquier legislación estatal.

SECCIÓN 4**Recuperación de los beneficios pagados por nuestro
bajo su plan Wellcare Patriot No Premium (HMO)****Cuando usted está lesionado**

Si usted alguna vez se lesiona, se enferma o desarrolla una afección debido a las acciones de otra persona, de una compañía o de usted mismo (una “parte responsable”), nuestro plan brindará los beneficios de servicios cubiertos que reciba. Sin embargo, si usted recibe dinero o tiene derecho a recibir dinero debido a su lesión, enfermedad o afección, ya sea mediante un acuerdo, sentencia o cualquier otro pago relacionado con su lesión, enfermedad o afección, nuestro plan o los proveedores que lo atienden se reservan el derecho a recuperar el valor de cualquier servicio que se le haya brindado mediante este plan en conformidad con la legislación estatal aplicable.

Tal y como se utiliza en esta disposición, el término “parte responsable” se refiere a cualquier persona o entidad que es real o potencialmente responsable de su lesión, enfermedad o afección. El término parte responsable incluye la asegura de responsabilidad civil o cualquier otra aseguradora de la persona o entidad responsables.

A continuación brindamos algunos ejemplos de cómo usted puede lesionarse, enfermarse o desarrollar una afección debido a las acciones de una parte responsable:

- Está en un accidente automovilístico;
- Se resbala y se cae en una tienda; o
- Está expuesto a una sustancia química peligrosa en el trabajo.

El derecho de recuperación de nuestro plan se aplica a cualquier o a todo monto que usted recibe de la parte responsable que incluye, entre otros:

- Pagos efectuados por un tercero o cualquier compañía de seguros en nombre del tercero;
- Conductor no asegurado o con cobertura de un seguro insuficiente;
- Protección por lesiones personales, sin culpa o cualquier otra cobertura del dueño de dicha cobertura;
- Indemnización o acuerdo por compensación laboral o discapacidad;
- Cobertura de pagos médicos bajo cualquier póliza de automóvil, cobertura de seguro de locales o de propietarios de viviendas o cobertura suplementaria;
- Cualquier acuerdo que se reciba de una demanda u otra acción legal;
- Cualquier sentencia que se reciba de una demanda u otra acción legal;
- Cualquier otro pago proveniente de cualquier otra fuente que se haya recibido como compensación por las acciones u omisiones de la parte responsable.

Al aceptar los beneficios de este plan, usted acepta que nuestro plan tiene un derecho prioritario de subrogación y reembolso que se aplica cuando este plan ha pagado beneficios por servicios cubiertos que usted recibió debido a las acciones u omisiones de una parte responsable y usted o su representante

Capítulo 9. Avisos legales

recuperan, o tiene derecho a recuperar, cualquier monto de una parte responsable.

Al aceptar los beneficios de este plan, usted también (i) cede a nuestro plan su derecho de recuperar los gastos médicos de cualquier cobertura disponible hasta el costo total de todos los servicios cubiertos proporcionados por el plan en relación a su lesión, enfermedad o afección, y (ii) usted acepta dar instrucciones a la parte responsable para que reembolse directamente al plan en nombre de usted.

Al aceptar los beneficios de este plan, usted también otorga a nuestro plan un derecho de retención preferencial sobre cualquier recuperación, acuerdo o sentencia u otra fuente de compensación y todo reembolso por el costo total de los beneficios de los servicios cubiertos pagados conforme al plan que estén asociados con su lesión, enfermedad o afección debido a las acciones u omisiones de una parte responsable. Esta prioridad se aplica independientemente de que los montos se señalen específicamente como una recuperación de gastos médicos e independientemente de que se le indemnice o compense a usted totalmente por su perjuicio. Nuestro plan puede recuperar el costo total de todos los beneficios proporcionados por este plan sin tener en cuenta ningún reclamo de culpa por parte de usted, ya sea por negligencia comparativa o por cualquier otro motivo. No se pueden deducir los honorarios de los abogados de la recuperación de nuestro plan, y éste no está obligado a pagar ni a contribuir al pago de los costos judiciales o de los honorarios de los abogados contratados para llevar adelante el reclamo o el juicio contra cualquier parte responsable.

Los pasos que debe tomar

Si se lesioná, enferma o desarrolla una afección por causa de un tercero, usted debe cooperar con los esfuerzos de nuestro plan y/o del proveedor que lo atiende para recuperar los gastos de estos, entre lo que se incluye:

- Informar a nuestro plan o al proveedor que lo atiende, según corresponda, el nombre y la dirección de la parte responsable y/o del abogado de este, si usted lo conoce; el nombre y la dirección del abogado de usted, si tiene un abogado; el nombre y la dirección de cualquier compañía de seguros implicada; incluida una descripción de cómo se causó la lesión, enfermedad o afección.
- Llene cualquier documentación que nuestro plan o el proveedor que lo atiende puedan justificablemente requerir para ayudar a hacer cumplir el derecho de retención o de recuperación.
- Responder oportunamente a las indagatorias de nuestro plan o del médico que lo está atendiendo en cuanto el estado del caso o del reclamo y cualquier discusión sobre el acuerdo.
- Notifique de inmediato a su plan si usted o su abogado están recibiendo dinero de la(s) parte(s) responsable(s) o de cualquier otra fuente.
- Pagar el monto de derecho de retención o de recuperación de atención médica o del plan por cualquier recuperación, declaración o juicio, u otra fuente de remuneración, incluyendo el pago de todos los reembolsos adeudados a nuestro plan por el costo completo de los beneficios pagados en virtud el plan que están asociados con su lesión, enfermedad o afección debido a una parte responsable, independientemente de si está identificado específicamente como recuperación de gastos médicos o independientemente de que se lo compense parcial o completamente por su pérdida;
- No hacer nada para perjudicar los derechos del plan, como se estableció arriba. Esto incluye, pero

no se limita a, abstenerse de cualquier intento de reducir o excluirse de la declaración o recuperación del costo total de todos los beneficios pagados por el plan, o cualquier intento de denegar a nuestro plan su derecho a prioridad de recuperación o retención.

- Tener cualquier fondo que usted o su abogado reciban de la parte responsable, o de cualquier otra fuente, en custodia, y reembolsar a nuestro plan o al proveedor tratante, si corresponde, por el monto de la recuperación adeudado al plan tan pronto como se le pague y antes del pago a cualquier potencial titular con derecho de retención o tercero que reclame el derecho a recuperación.
- Usted debe cooperar con nosotros para conseguir dichas recuperaciones o sobrepagos.

SECCIÓN 5 Tarjeta de membresía

Una tarjeta de membresía emitida por su plan bajo este folleto de *Evidencia de cobertura* solo se emite con fines de proporcionar una identificación. La posesión de una tarjeta de membresía no otorga ningún derecho a otros servicios o beneficios bajo esta *Evidencia de cobertura*. Para tener derecho a los servicios y beneficios bajo esta *Evidencia de cobertura*, el portador de la tarjeta debe ser elegible para cobertura y debe estar inscrito como miembro bajo esta *Evidencia de cobertura*. Cualquier persona que reciba servicios a los que no tiene derecho bajo esta *Evidencia de cobertura* será responsable del pago de dichos servicios. Un miembro debe presentar la tarjeta de membresía del plan, no la tarjeta de Medicare, al momento del servicio. Por favor, llame a Servicios para Miembros al número que está en la contraportada de este folleto si necesita que se reemplace su tarjeta de membresía.

Nota: A cualquier miembro que, a sabiendas, permita abuso o mal uso de la tarjeta de membresía se le puede cancelar su inscripción por causa. Nuestro plan exige que se informe de una cancelación de inscripción que resulte de un abuso o mal uso de la tarjeta de membresía a la Oficina del inspector general, que puede resultar en un proceso penal.

SECCIÓN 6 Contratistas independientes

La relación entre nuestro plan y cada proveedor participante es una relación de contratista independiente. Los proveedores participantes no son empleados o agentes de nuestro plan y ni nuestro plan, ni ningún empleado del plan, es un empleado o agente de un proveedor participante. En ningún caso nuestro plan será responsable por la negligencia, acto ilícito, acto perjudicial u omisión de ningún proveedor participante u otro proveedor de atención médica. Los médicos participantes, y no nuestro plan, mantienen la relación médico-paciente con el miembro. Nuestro plan no es proveedor de atención médica.

SECCIÓN 7 Fraude contra los planes de salud

El fraude contra el plan de salud se define como el engaño o tergiversación al plan de parte de un proveedor, miembro, empleador o cualquier persona que actúe en nombre de estos. Es un delito y puede ser sancionado. Cualquier persona que, a sabiendas y deliberadamente participe en una actividad que pretenda defraudar al plan de atención médica al, por ejemplo, presentar un reclamo que contenga información falsa o engañosa, es culpable de fraude al plan de atención médica.

Si está preocupado sobre cualquiera de los cargos que aparecen en una factura o en el formulario de Explicación de beneficios, llame a la Línea directa gratuita de fraudes del plan, al 1-866-685-8664 (teletipo (TTY): 711). La Línea directa de fraudes funciona las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Todas las llamadas son estrictamente confidenciales.

SECCIÓN 8 Circunstancias más allá del control del plan

En la medida en que un desastre natural, guerra, insurrección, epidemia, destrucción completa o parcial de instalaciones, explosión atómica u otra liberación de energía nuclear, incapacidad de una cantidad significativa de personal del grupo médico, declaración de emergencia u otros eventos similares fuera del control de nuestro plan, resulte en que las instalaciones o personal del plan no estén disponibles para proporcionar o coordinar servicios o beneficios en virtud de esta *Evidencia de cobertura*, la obligación del plan de proporcionar dichos servicios o beneficios estará limitada al requisito de que nuestro plan haga un esfuerzo de buena fe para proporcionar o coordinar la provisión de dichos servicios o beneficios dentro de la disponibilidad actual de su personal o instalaciones.

CAPÍTULO 10

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 10. Definiciones de palabras importantes

Apelación – Una apelación es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con la decisión de denegarle una solicitud de servicios de atención médica o pagos por servicios que ya ha recibido. Usted también puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de suspender los servicios que está recibiendo. Por ejemplo, puede pedir una apelación si no pagamos por un artículo o servicio que usted cree que debería poder recibir. Capítulo 7 se explica sobre las apelaciones, incluido el proceso relacionado con presentar una apelación.

Área de servicio – Es un área geográfica donde un plan de medicamentos recetados acepta miembros, en caso de que el plan limite la afiliación según el lugar donde viven las personas. En el caso de los planes que limitan qué médicos y hospitales puede usar, también es el área en la que puede obtener servicios de rutina (que no son de emergencia). El plan puede cancelar su inscripción si se muda fuera del área de servicio del plan de manera permanente.

Asistente de atención de la salud a domicilio – Un asistente de atención de la salud a domicilio proporciona servicios que no requieren de las habilidades de un enfermero o terapeuta con licencia, como ayudar con el cuidado personal (p.ej., bañarse, usar el inodoro, vestirse o realizar los ejercicios recetados). Los auxiliares de atención de la salud a domicilio no tienen una licencia de enfermería ni ofrecen terapia.

Asociación de prácticas independientes (Independent Practice Association, IPA) – Una asociación de médicos, incluidos los PCP, especialistas y otros proveedores de atención médica, entre ellos los hospitales, que tienen un contrato con el plan para proporcionar servicios a los miembros. Consulte la sección 5.1 del capítulo 1.

Atención de emergencia – Servicios cubiertos que: 1) brinda un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia; y 2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección de emergencia.

Atención médica en un centro de enfermería especializada (Skilled nursing facility, SNF) – Los servicios de atención médica y rehabilitación con enfermería especializada que se proporcionan de manera continua, a diario, en un centro de enfermería especializada de manera continua. Ejemplos de los servicios del centro incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por un enfermero matriculado o un médico.

Autorización previa – Aprobación por adelantado para obtener servicios. Algunos medicamentos están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene una “autorización previa” de nuestro plan. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la Tabla de beneficios en Capítulo 4.

Ayuda adicional – Un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

Cancelación de la inscripción – El proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (su elección) o involuntaria (cuando no es su elección).

Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation

Facility, CORF) – Un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión y que ofrece una variedad de servicios como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y el lenguaje y servicios de evaluación del entorno en el hogar.

Centro quirúrgico ambulatorio – Un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que funciona exclusivamente con el propósito de brindar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y que esperan no pasar más de 24 horas en el centro asistencial.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) – Es la agencia federal que administra Medicare. Capítulo 2 explica cómo comunicarse con los CMS.

Cobertura para medicamentos recetados (Parte D de Medicare) – Seguro que lo ayuda a pagar los medicamentos recetados para pacientes externos, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no cubren la Parte A o la Parte B.

Copago – Un monto que es posible que deba pagar como su parte del costo del servicio o el suministro médico, como una consulta con el médico, o una consulta hospitalaria como paciente externo. Un copago es un monto establecido más que un porcentaje. Por ejemplo, puede pagar \$10 o \$20 por una consulta con el médico.

Coseguro – Un monto que es posible que deba pagar como su parte del costo de servicios. El coseguro es, a menudo, un porcentaje (por ejemplo, 20%).

Costo compartido – El costo compartido se refiere a los montos que un miembro tiene que pagar cuando obtiene servicios. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier monto deducible que puede imponer un plan antes de cubrir los servicios; (2) cualquier monto fijo de “copago” que un plan exige cuando se recibe un servicio específico; o (3) cualquier monto de “coseguro”, un porcentaje del monto total pagado por un servicio, que un plan exige cuando se recibe un servicio específico.

Costos que paga de su bolsillo – Consulte la definición de “costo compartido”. El requisito de costo compartido de un miembro para pagar una parte de los servicios recibidos también se conoce como el requisito de costo que un miembro “paga de su bolsillo”.

Cuidado asistencial – El cuidado asistencial es la atención personal brindada en un centro de cuidados, hospicio u otro centro cuando usted no necesita atención médica o de enfermería especializada. El cuidado asistencial es la atención personal que brindan personas que no tienen habilidades ni preparación profesional y que ayudan con actividades cotidianas como bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse y levantarse de la cama o de la silla, desplazarse y utilizar el baño. También puede incluir el tipo de cuidado relacionado con la salud que la mayoría de las personas hacen por sí mismas, como ponerse gotas en los ojos. Medicare no paga el cuidado asistencial.

Deductible – Es el monto que debe pagar por la atención médica antes de que nuestro plan comience a pagar.

Determinación de la organización – El plan Medicare Advantage ha tomado una determinación de la organización cuando toma una decisión sobre si los servicios o artículos están cubiertos o sobre cuánto le

Capítulo 10. Definiciones de palabras importantes

corresponde pagar a usted por servicios o artículos cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura” en este folleto. Capítulo 7 explica cómo puede solicitar una decisión de cobertura.

Dispositivos prostéticos y ortopédicos – Estos son dispositivos médicos ordenados por su médico o por cualquier otro proveedor de atención médica. Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, férulas para brazos, espalda y cuello, extremidades artificiales; ojos artificiales y dispositivos necesarios para reemplazar una parte interna o una función corporal, incluidos los suministros ortopédicos y la terapia enteral y parenteral.

Emergencia – Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida, un miembro o la función de un miembro. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.

Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) – Ciertos equipos médicos indicados por su médico por razones médicas. Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar.

Estadía hospitalaria – Una estancia hospitalaria cuando a usted se le ha ingresado formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”.

Evidencia de cobertura (EOC) e información de divulgación – En este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, se explica su cobertura, lo que debemos hacer nosotros, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Explicación de beneficios de la C – consulte “Plan Medicare Advantage (MA)”.

Facturación de saldo – Cuando un proveedor (como un médico u hospital) factura al paciente más del monto de costo compartido permitido del plan. Como miembro de Wellcare Patriot No Premium (HMO), usted solo tendrá que pagar los montos de costo compartido del plan cuando reciba servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos a los proveedores “facturar el saldo” o de otra manera cobrarle más que el monto de costo compartido que su plan indica que debe pagar.

Grupo médico – Una asociación de médicos, incluidos los Proveedores de atención primaria (PCP), especialistas y otros proveedores de atención médica, entre ellos los hospitales, que tienen un contrato con el plan para proporcionar servicios a los inscriptos. Vea Capítulo 1, Sección 3.2.

Hospicio – Un miembro con una expectativa de vida de 6 meses o menos tiene derecho a elegir un hospicio. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si opta por un hospicio y continúa pagando las primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Todavía podrá obtener todos los servicios médicalemente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos. El hospicio le proporcionará un tratamiento especial para su estado.

Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (Supplemental Security Income, SSI) – Es

Capítulo 10. Definiciones de palabras importantes

un beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados, y que son discapacitadas, están ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son iguales que los beneficios del Seguro Social.

Medicaid (o Asistencia médica) – Un programa conjunto estatal y federal, que ayuda a solventar costos médicos de ciertas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y Medicaid. Vea Capítulo 2, Sección 6 para obtener más información sobre cómo comunicarse con Medicaid en su estado.

Médicamente necesario – Servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o tratamiento de su condición médica y cumplen los estándares de práctica médica aceptados.

Medicare – El programa federal de seguros médicos destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (por lo general, las que tienen insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón). Las personas que tienen Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de Original Medicare, un plan PACE o un plan Medicare Advantage.

Miembro (miembro de nuestro plan o “miembro del plan”) – Una persona con Medicare elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Monto máximo que paga de su bolsillo – La cantidad máxima que usted paga de su bolsillo durante un año calendario por servicios cubiertos por Medicare de la Parte A y de la Parte B. Los montos que paga por sus primas cubiertas por Medicare no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo. Vea Capítulo 4, Sección 1.2 para obtener información sobre el monto máximo que paga de su bolsillo.

Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO) – Un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. Vea Capítulo 2, Sección 4 para obtener más información sobre cómo comunicarse la QIO en su estado.

Original Medicare (“Medicare tradicional” o plan Medicare con “pago por servicio”): El plan Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no por planes de salud privados, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. En Original Medicare, los servicios de Medicare se cubren pagándoles a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos de pago establecidos por el Congreso. Usted puede consultar con cualquier médico, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga lo que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga lo que le corresponde a usted. Original Medicare tiene dos partes: la Parte A (seguro hospitalario) y Parte B (seguro médico), y está disponible en todas partes en los Estados Unidos.

Periodo de beneficios – La manera en que tanto nuestro plan como Original Medicare miden su uso de servicios en un Centro de enfermería especializada (SNF). El período de beneficios comienza a partir del primer día que usted entra a un centro de enfermería especializada. El período de beneficios termina cuando

Capítulo 10. Definiciones de palabras importantes

usted no ha recibido ninguna atención médica especializada en un SNF durante 60 días seguidos. Si entra a un centro de atención médica especializada después de que un período de beneficios ha terminado, un nuevo período de beneficios comienza. No hay límite en el número de períodos de beneficios.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage – Un período establecido cada año en que los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y cambiar a otro plan Medicare Advantage u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiar a Original Medicare durante este período, también puede unirse a un plan de medicamentos de Medicare separado en ese momento. El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage es del 1 de enero hasta el 31 de marzo, y también está disponible por un período de 3 meses después de que la persona es elegible por primera vez para Medicare.

Período de inscripción anual – Un tiempo establecido, durante el otoño, en el que los miembros pueden cambiar de planes de medicamentos o de salud o elegir Original Medicare. El Período de inscripción anual es desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

Período de inscripción especial – Cuando usted es elegible para Medicare por primera vez, el plazo de tiempo en el que puede inscribirse a la Parte A y la Parte B de Medicare. Por ejemplo, si es elegible para Medicare cuando cumpla 65 años, el período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y termina 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Período de inscripción especial: – Un momento establecido, durante el otoño, en el que los miembros pueden cambiar de planes de medicamentos o de salud o volver a Original Medicare. Situaciones en las que usted puede ser elegible para un Período de Inscripción Especial son: si se muda del área de servicio, si se muda a un centro de cuidados, o si rompemos nuestro contrato con usted.

Plan de necesidades especiales – Un tipo de plan especial de Medicare Advantage Plan que proporciona una atención médica más especializada para grupo específicos de personas, como quienes tienen tanto Medicare como Medicaid, quienes viven en un hogar de asistencia médica o para quienes sufren de afecciones médicas crónicas.

Plan de salud de Medicare – Un plan de salud de Medicare que ofrece una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para brindar los beneficios de la A y la Parte B a las personas que tienen Medicare que se inscriben en el plan. Incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes Medicare Cost, los Programas piloto/demostraciones y los Programas de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

Plan Medicare Advantage (MA) – En ocasiones conocido como Parte C de Medicare. Es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser una Organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO), Organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO), un Plan privado de pago por servicio (Private Fee for Service, PFFS) o un plan de Cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare (Medicare Medical Savings Account, MSA). Cuando está inscrito en un plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare están cubiertos a través del plan y no se pagan conforme a Original Medicare. En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D (cobertura para medicamentos recetados) de

Medicare. Estos planes se llaman **planes Medicare Advantage con cobertura para medicamentos recetados**. Wellcare Patriot Patriot No Premium (HMO) no ofrece cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Todas las personas que cuentan con la Parte A y la Parte B de Medicare son elegibles para inscribirse en cualquier plan de salud de Medicare que se ofrezca en su área.

Plan PACE – Un plan Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All Inclusive Care for the Elderly, PACE) que combina servicios médicos, sociales y de atención a largo plazo (Long Term Care, LTC) para personas frágiles de manera que puedan conservar su independencia y continuar viviendo en sus comunidades (en lugar de mudarse a un centro de cuidados) tanto tiempo como sea posible, mientras obtienen los servicios de atención de alta calidad que necesitan. Las personas inscritas en los planes PACE reciben los beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

Póliza “Medigap” (seguro complementario de Medicare) – El seguro complementario de Medicare vendido por una compañía de seguros privada para cubrir los “períodos sin cobertura” de Original Medicare. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Prima – El pago periódico a Medicare, a una empresa de seguros o a un plan de salud para una cobertura de salud o de medicamentos recetados.

Proveedor de atención primaria (PCP) – Su proveedor de atención primaria es el médico o cualquier otro proveedor con quien usted acude primero para la mayoría de los problemas de salud. Este se asegurará de que reciba la atención que necesita para mantenerse saludable. El PCP puede hablar con otros médicos y con otros proveedores de atención médica sobre su atención y remitirlo a ellos. En muchos planes de salud de Medicare usted debe ver primero a un proveedor de atención primaria antes de ver a cualquier otro proveedor de atención médica. Vea Capítulo 3, Sección 2.1 para obtener información sobre proveedores de atención primaria.

Proveedor de la red – “Proveedor” es el término general que usamos para referirnos a médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica que tienen licencia o certificación de Medicare y del estado para prestar servicios de atención de atención médica. Nosotros los denominamos **“proveedores de la red”** cuando tienen un acuerdo con nuestro plan de aceptar nuestro pago como pago en su totalidad y, en algunos casos, de coordinar y proporcionar los servicios cubiertos para miembros de nuestro plan. Nuestro plan paga a proveedores de la red con base en los acuerdos que tiene con los proveedores o si los proveedores aceptan proporcionarle servicios cubiertos por el plan. Los proveedores de la red también se denominan “proveedores del plan”.

Proveedor fuera de la red o establecimiento fuera de la red – Un proveedor o establecimiento con el que no hemos acordado coordinar ni ofrecer servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados, ni son propiedad ni los opera nuestro plan, y además no han firmado un contrato para ofrecerle servicios cubiertos a usted. El uso de proveedores fuera de la red o establecimientos fuera de la red se explica en este folleto en Capítulo 3.

Queja – El nombre formal para “presentar una queja” es “interponer un reclamo”. El proceso de quejas se aplica a determinados tipos de problemas *solamente*. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. Consulte también

Capítulo 10. Definiciones de palabras importantes

“Reclamo” en esta lista de definiciones.

Reclamo – Tipo de queja que usted presenta sobre nosotros o sobre las farmacias, como, por ejemplo, una queja relacionada con Este tipo de queja no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago.

Servicios cubiertos – Es el término general que usamos para incluir todos los suministros y servicios de atención médica cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos por Medicare – Servicios cubiertos por los planes de salud de la Parte A y la Parte B de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por las Partes A y B.

Servicios de rehabilitación – Estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Servicios de urgencia – Los servicios de urgencia se brindan para tratar una enfermedad, lesión o afección imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser brindados por proveedores dentro de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente.

Servicios para Miembros – Un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía y sus beneficios, sus reclamos y sus apelaciones. Vea Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con Servicios para Miembros.

Subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS) – Consulte “Ayuda adicional”.

Tarjeta Flex Card – Una tarjeta de débito prepagada por el plan que se puede usar para ayudar a pagar los gastos que se pagan del bolsillo propio en proveedores de servicios dentales, de la vista y de la audición que acepten VISA.

Servicios para los miembros de Wellcare Patriot No Premium (HMO)

Método	Servicios para Miembros: información de contacto
LLAME AL	<p>1-844-796-6811</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de las 8 a.m. a las 8 p.m. Entre el 1 de abril al 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de las 8 a.m. a las 8 p.m.</p> <p>Sin embargo, durante los fines de semana y los días festivos entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, nuestro sistema automatizado podría contestar su llamada. Deje su nombre y número de teléfono y le devolveremos la llamada en un (1) día hábil.</p> <p>Nuestro plan cuenta con personas y servicios de interpretación gratuitos disponibles para los miembros que no hablan inglés.</p>
Teletipo (TTY)	<p>711</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p>
ESCRIBA A	<p>Wellcare by Allwell 7700 Forsyth Boulevard Clayton, MO 63105</p>
SITIO WEB	www.wellcare.com/allwelltx

Programa de información, asesoramiento y defensa de la salud (HICAP) de Texas

El Programa de información, asesoramiento y defensa de la salud (Health Information, Counseling and Advocacy Program, HICAP) es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y en forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Método	Información de contacto
LLAME AL	1-800-252-9240
Teletipo (TTY)	<p>1-800-735-2989</p> <p>Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.</p>
ESCRIBA A	<p>Texas Health and Human Services Brown-Heatly Building, 4900 N Lamar Blvd. Austin, TX 78751-2316</p>
SITIO WEB	https://hhs.texas.gov/services/health/medicare

Declaración sobre divulgación de la Ley de Reducción de Papel (PRA) De acuerdo con la Ley de Reducción de Papel (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona debe responder a una recopilación de información a menos que presente un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.