



**Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2026**

## **Evidencia de Cobertura para 2026:**

### **Sus beneficios y servicios de salud de Medicare como miembro de Wellcare Patriot Simple (HMO)**

Este documento proporciona detalles acerca de la de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2026. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Este documento explica sus beneficios y derechos. Utilice este documento para comprender lo siguiente:

- La prima de nuestro plan y nuestro costo compartido
- Nuestros beneficios médicos
- Cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento
- Cómo comunicarse con nosotros
- Otras protecciones requeridas por la ley de Medicare

**En caso de tener preguntas acerca de este documento, llame a Servicios para los miembros al 1-800-977-7522 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es: Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. Esta llamada es gratuita.**

Este plan, Wellcare Patriot Simple (HMO), es ofrecido por Superior Healthplan, Inc. (Cuando en esta *Evidencia de Cobertura* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a Superior Healthplan, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Wellcare Patriot Simple (HMO)).

Este documento está disponible de forma gratuita en español. Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas que no sean el español, en braille, en audio, en tamaño de letra grande, o en otros formatos alternativos, etc.). Llame a Servicios para los miembros si usted necesita información del plan en otro formato.

OMB Approval 0938-1051  
(Expires: August 31, 2026)  
4636644\_TX6CNCEOCSPA\_M\_0014  
H5294014000

Los beneficios, y/o los copagos o el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2027.

Nuestro(a) red de proveedores podría(n) cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso sobre cualquier cambio que podría afectarle con al menos 30 días de anticipación.

**Índice****Índice**

<b>CAPÍTULO 1: Primeros pasos como miembro .....</b>	<b>4</b>
SECCIÓN 1    Usted es un miembro de Wellcare Patriot Simple (HMO) .....	4
SECCIÓN 2    Requisitos de elegibilidad del plan .....	5
SECCIÓN 3    Materiales importantes relacionados con la membresía .....	6
SECCIÓN 4    Resumen de costos importantes para 2026 .....	7
SECCIÓN 5    Más información sobre su prima mensual del plan .....	9
SECCIÓN 6    Mantenga actualizado su registro de miembro en nuestro plan .....	9
SECCIÓN 7    Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan .....	10
<b>CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos .....</b>	<b>12</b>
SECCIÓN 1    Contactos de nuestro plan .....	12
SECCIÓN 2    Cómo recibir ayuda de Medicare .....	15
SECCIÓN 3    Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) .....	17
SECCIÓN 4    Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO).....	18
SECCIÓN 5    Seguro Social .....	19
SECCIÓN 6    Medicaid .....	20
SECCIÓN 7    Junta de jubilación para ferroviarios (RRB).....	21
SECCIÓN 8    Si usted tiene un seguro grupal u otro seguro médico de un empleador.....	22
<b>CAPÍTULO 3: Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos .....</b>	<b>23</b>
SECCIÓN 1    Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan.....	23
SECCIÓN 2    Use los proveedores de la red de nuestro plan para obtener atención médica.....	25
SECCIÓN 3    Cómo obtener servicios en una emergencia, desastre o necesidad urgente de atención.....	29
SECCIÓN 4    ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos? .	32
SECCIÓN 5    Servicios médicos en un estudio de investigación clínica.....	33

**Índice**

SECCIÓN 6	Normas para obtener atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica .....	35
SECCIÓN 7	Normas para la posesión de equipo médico duradero.....	36
<b>CAPÍTULO 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga) .....</b>		<b>38</b>
SECCIÓN 1	Cuáles son los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos .....	38
SECCIÓN 2	La Tabla de beneficios médicos le indica sus beneficios y costos médicos .....	40
SECCIÓN 3	Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones).....	100
<b>CAPÍTULO 5: Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos cubiertos.....</b>		<b>103</b>
SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde por los servicios cubiertos.....	103
SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió.....	105
SECCIÓN 3	Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no .....	106
<b>CAPÍTULO 6: Sus derechos y responsabilidades .....</b>		<b>107</b>
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales .....	107
SECCIÓN 2	Sus derechos como miembro de nuestro plan .....	113
<b>CAPÍTULO 7: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) ..</b>		<b>115</b>
SECCIÓN 1	Qué hacer si tiene un problema o una inquietud.....	115
SECCIÓN 2	Dónde obtener más información y asistencia personalizada .....	115
SECCIÓN 3	Qué proceso utilizar para su problema .....	116
SECCIÓN 4	Guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones.....	117
SECCIÓN 5	Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación .....	120
SECCIÓN 6	Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización para paciente internado más prolongada si usted considera que está siendo dado de alta demasiado pronto.....	128
SECCIÓN 7	Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si considera que su cobertura está terminando demasiado pronto.....	133

**Índice**

SECCIÓN 8	Cómo llevar su apelación a los Nivel 3, 4 y 5 .....	137
SECCIÓN 9	Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes .....	139
<b>CAPÍTULO 8: Cancelación de su membresía en nuestro plan .....</b>		<b>144</b>
SECCIÓN 1	Cancelación de su membresía en nuestro plan .....	144
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan? .....	144
SECCIÓN 3	Cómo cancelar su membresía en nuestro plan .....	146
SECCIÓN 4	Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios y artículos médicos a través de nuestro plan .....	147
SECCIÓN 5	Wellcare Patriot Simple (HMO) Debemos cancelar la membresía en nuestro plan en ciertas situaciones .....	148
<b>CAPÍTULO 9: Avisos legales .....</b>		<b>150</b>
SECCIÓN 1	Aviso sobre leyes vigentes .....	150
SECCIÓN 2	Aviso sobre no discriminación .....	150
SECCIÓN 3	Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare .....	151
SECCIÓN 4	Recuperación de beneficios pagados por nuestro plan en virtud de su plan Wellcare Patriot Simple (HMO) .....	151
SECCIÓN 5	Tarjeta de miembro .....	153
SECCIÓN 6	Contratistas independientes .....	154
SECCIÓN 7	Fraude al plan de salud .....	154
SECCIÓN 8	Circunstancias ajenas al plan .....	154
<b>CAPÍTULO 10: Definiciones .....</b>		<b>155</b>

**Capítulo 1 Primeros pasos como miembro**

---

# CAPÍTULO 1:

## Primeros pasos como miembro

### **SECCIÓN 1    Usted es un miembro de Wellcare Patriot Simple (HMO)**

---

#### **Sección 1.1    Usted está inscrito en Wellcare Patriot Simple (HMO), una HMO de Medicare**

Usted está cubierto por Medicare y ha elegido recibir la cobertura para atención médica de Medicare a través de nuestro plan, Wellcare Patriot Simple (HMO). Nuestro plan todos los servicios de la Parte A y de la Parte B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso a proveedores en este plan son diferentes de los de Original Medicare.

Wellcare Patriot Simple (HMO) es un plan Medicare Advantage HMO (HMO significa Organización para el mantenimiento de la salud) aprobado por Medicare y administrado por una compañía privada. Wellcare Patriot Simple (HMO) no incluye cobertura para medicamentos de la Parte D.

#### **Sección 1.2    Información legal sobre la *Evidencia de Cobertura***

Esta *Evidencia de Cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo nuestro plan cubre su atención. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción y cualquier aviso que usted reciba de nuestra parte acerca de los cambios a su cobertura o de las condiciones que afectan su cobertura. En ocasiones, estos avisos se denominan *cláusulas adicionales* o *enmiendas*.

El contrato está vigente durante los meses en los que esté inscrito en nuestro plan entre el 1 de enero de 2026 y el 31 de diciembre de 2026.

Medicare nos permite que hagamos cambios a ofrecer cada que ofrecemos cada año calendario. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de después del 31 de diciembre de 2026. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan en su área de servicio después del 31, 2026.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar nuestro plan cada año. Usted puede seguir obteniendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan solo si elegimos continuar ofreciendo nuestro plan y si Medicare renueva la aprobación de nuestro plan.

## Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

---

### SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan

---

#### Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad

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

- Usted tiene tanto la Parte A como la Parte B de Medicare
- Usted vive en nuestra área geográfica de servicio (descrita en la Sección 2.2). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área de servicio geográfica, aun si se encuentran físicamente en esta área.
- Usted es un ciudadano estadounidense o reside legalmente en los Estados Unidos

#### Sección 2.2 Área de servicio del plan para Wellcare Patriot Simple (HMO)

Wellcare Patriot Simple (HMO) está disponible solo para personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, usted debe continuar viviendo en el área de servicio de nuestro plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye estos condados en Texas: Armstrong, Atascosa, Bailey, Bandera, Bastrop, Bee, Bexar, Blanco, Borden, Briscoe, Brooks, Burnet, Caldwell, Cameron, Castro, Collin, Colorado, Comal, Crosby, Dallas, Denton, DeWitt, Duval, Ector, El Paso, Ellis, Fisher, Floyd, Garza, Glasscock, Goliad, Gonzales, Grimes, Guadalupe, Hays, Hidalgo, Hockley, Hood, Jack, Jim Hogg, Jim Wells, Karnes, Kendall, Kenedy, Kent, Kimble, Kleberg, La Salle, Lamb, Lee, Lubbock, Lynn, Martin, Mason, Maverick, McCulloch, McMullen, Medina, Milam, Nolan, Nueces, Palo Pinto, Parker, Potter, Randall, Real, Refugio, Rockwall, San Patricio, Shackelford, Starr, Sterling, Swisher, Tarrant, Terry, Throckmorton, Uvalde, Webb, Willacy, Williamson, Wilson, Wise, Zapata, y Zavala.

Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de este plan. Comuníquese con Servicios para los miembros al 1-800-977-7522 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para consultar si contamos con algún plan en su nueva área. Al mudarse, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá cambiar a Original Medicare o inscribirse en un plan de Medicare en su nueva ubicación.

Si se muda o cambia su dirección postal, también es importante que llame al Seguro Social. Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

#### Sección 2.3 Ciudadanía estadounidense o presencia legal

Debe ser ciudadano estadounidense o residir legalmente en los Estados Unidos para ser miembro de un plan de salud de Medicare. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a Wellcare Patriot Simple (HMO) si usted no es elegible para permanecer como miembro de nuestro plan

## Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

por este motivo. Wellcare Patriot Simple (HMO) debe cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

### SECCIÓN 3 Materiales importantes relacionados con la membresía

#### Sección 3.1 Tarjeta de miembro de nuestro plan

Use su tarjeta de miembro cada vez que reciba servicios cubiertos por nuestro plan. También debe mostrarle su tarjeta de Medicaid al proveedor, si la tiene. Muestra de la tarjeta de miembro:

<b>Plan Logo</b> Plan Name (Plan Type) MEMBER ID #: XXXXXXXXXXXXX PLAN #: XXXXX-XXX-XXX ISSUER #: (80840) 9151014609 Member: SAMPLE A SAMPLE			
You can see any PCP in our Network PCP: Last Name, First Name PCP Phone: X-XXX-XXX-XXXX PCP Office Visit: \$X 2026 Member portal		Member Services / Nurse Advice Line X-XXX-XXX-XXXX (TTY: 711) Mental Health Benefits X-XXX-XXX-XXXX (TTY: 711) Vision: Provider X-XXX-XXX-XXXX (TTY: 711) Dental: Provider X-XXX-XXX-XXXX (TTY: 711) Transportation: Provider X-XXX-XXX-XXXX (TTY: 711) Provider Services / Pharmacy Prior Auth X-XXX-XXX-XXXX (TTY: 711) Pharmacist Only X-XXX-XXX-XXXX (TTY: 711)	
Card Issued: MM/DD/YYYY	Part B Drugs Only RXBIN: 610014 RXPCN: MAC RXGRP: 2FHU	<b>Medical Claims:</b> Company Name Attn: Claims P.O. Box XXXX Farmington, MO 63640-XXXX Payor ID: 68069  <b>FOR EMERGENCIES:</b> Dial 911 or go to the nearest Emergency Room  <a href="http://go.wellcare.com/XX">go.wellcare.com/XX</a>	

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 lugar de la tarjeta de miembro de Wellcare Patriot Simple (HMO), es posible que tenga que pagar usted mismo el costo total de los servicios médicos. Guarde la tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Se le podría pedir que la muestre si necesita servicios hospitalarios, servicios de hospicio o participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare (también denominados ensayos clínicos).

Si la tarjeta de miembro del plan está dañada, se le pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicios para los miembros al 1-800-977-7522 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y le enviaremos una tarjeta nueva.

#### Sección 3.2 Directorio de proveedores

El *Directorio de proveedores* [go.wellcare.com/2026providerdirectories](http://go.wellcare.com/2026providerdirectories) enumera los proveedores actuales de nuestra red y los proveedores de equipo médico duradero. Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, 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.

## Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Una IPA es una asociación de médicos, incluidos médicos PCP y especialistas, y otros proveedores de atención médica, incluidos hospitales, que tienen contrato con una HMO para brindar servicios a los miembros.

Debe usar proveedores de la red para obtener atención y servicios médicos. Los proveedores en Wellcare Patriot Simple (HMO) están agrupados por Organizaciones locales de médicos (Local Physician Organizations, LPO), las cuales están encabezadas por proveedores de atención primaria (Primary Care Providers, PCP). La elección de PCP de un miembro determinará qué proveedores de LPO están dentro de su red de remisiones. Esto significa que el PCP que usted elija puede determinar los especialistas y hospitales que puede utilizar. Si va a otro lugar sin la debida autorización, tendrá que pagar en su totalidad. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios de urgencia cuando la red no está disponible (es decir, en situaciones en las que no es razonable o no es posible obtener servicios dentro de la red), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que Wellcare Patriot Simple (HMO) autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

La lista más actualizada de proveedores y distribuidores está disponible en nuestro sitio web en [go.wellcare.com/2026providerdirectories](https://go.wellcare.com/2026providerdirectories).

Si no tiene un *Directorio de proveedores* puede solicitar una copia (por vía electrónica o en papel) de Servicios para los miembros al 1-800-977-7522 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Las solicitudes de *Directorios de proveedores* en formato impreso se le enviarán en un plazo de tres días hábiles.

## SECCIÓN 4 Resumen de costos importantes para 2026

	Sus costos en 2026
<b>Prima mensual del plan*</b> *Su prima puede ser mayor que este monto. Consulte la Sección 4.1 para conocer los detalles.	\$0
<b>Monto máximo que paga de su bolsillo</b> Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte el Capítulo 4 Sección 1 para obtener detalles.)	\$3,400
<b>Consultas de atención primaria en el consultorio</b>	\$0 de copago por consulta
<b>Consultas en el consultorio de un especialista</b>	\$10 de copago por consulta

## Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

	Sus costos en 2026
<b>Hospitalizaciones para pacientes internados</b>	Para admisiones cubiertas por Medicare, por admisión: \$275 de copago por día, por los días 1 al 5 y \$0 de copago por día, por los días 6 al 90 por cada hospitalización. \$0 de copago sin límite de días adicionales.

Sus costos podrían incluir lo siguiente:

- Prima del plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)

### Sección 4.1 Prima del plan

No es necesario que pague por separado la prima mensual de nuestro plan.

Las primas de la Parte B de Medicare varían para las personas que tienen distintos ingresos. Si tiene preguntas sobre estas primas, revise su copia del manual *Medicare & You 2026* (Medicare y Usted 2026), la sección titulada *Medicare Costs 2026* (Costos de Medicare de 2026). Descargue una copia en el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov/medicare-and-you](http://www.medicare.gov/medicare-and-you)) o solicite una copia impresa por teléfono llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

### Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

#### A muchos miembros se les exige que paguen otras primas de Medicare

**Debe seguir pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan.** Esto incluye su prima para la Parte B. Usted también podría pagar una prima por la Parte A que si usted no califica para una Parte A sin prima.

## Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

---

### SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual del plan

---

#### Sección 5.1 La prima mensual de nuestro plan no cambiará durante el año

No se nos permite cambiar el monto de la prima mensual de nuestro plan durante el año. Si la prima mensual del plan llegara a cambiar el próximo año, se lo informaremos en septiembre, y la nueva prima entrará en vigencia el 1 de enero.

### SECCIÓN 6 Mantenga actualizado su registro de miembro en nuestro plan

---

Su registro de miembro contiene información del formulario de inscripción, incluso su dirección y número de teléfono. Detalla la cobertura específica de su plan incluido su Proveedor de atención primaria.

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

#### Si tiene alguno de estos cambios, infórmenos:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge o pareja doméstica, compensación laboral o Medicaid)
- Cualquier reclamación de responsabilidad civil, como las reclamaciones por un accidente
- Si ingresa en un centro de cuidados
- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias que se encuentran fuera del área o que no pertenece a la red de cobertura
- Si cambia la parte responsable designada por usted (como un cuidador)
- Si está participando en un estudio de investigación clínica (**Nota:** No está obligado a informarle a nuestro plan sobre los estudios de investigación clínica en los que tiene la intención de participar, pero lo alentamos a que lo haga).

Si hay algún cambio en esta información, llame a Servicios para los miembros al 1-800-977-7522 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

También es importante que se comunique con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

## Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

---

### SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

---

Medicare requiere que recopilemos información sobre cualquier otra cobertura para atención médica o cobertura para medicamentos que usted tenga de manera que podamos coordinar cualquier otra cobertura con los beneficios que usted tiene a través de nuestro plan. Esto se denomina **coordinación de beneficios**.

Una vez al año, le enviaremos una carta con el detalle de las demás coberturas para atención médica o de cobertura para medicamentos que sean de nuestro conocimiento. Lea detenidamente esta información. Si es correcta, no será necesario que usted haga nada. Si la información no es correcta, o si usted cuenta con alguna otra cobertura que no se menciona, llame a Servicios para los miembros al 1-800-977-7522 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Es posible que deba dar el número de identificación de miembro de nuestro plan a sus otros seguros (una vez que confirme la identidad de estos) con el fin de que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando usted tiene otro seguro (como una cobertura de salud grupal del empleador), las normas establecidas por Medicare determinan si nuestro plan o su otro seguro paga en primer término. El seguro que paga primero (“pagador principal”) paga hasta el máximo de su cobertura. El seguro que paga en segundo término (“pagador secundario”) solo paga si quedaron costos sin cubrir por la cobertura principal. El pagador secundario podría no pagar los costos sin cubrir. Si usted tiene otro seguro, infórmele a su médico, hospital y farmacia.

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 principal 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 trabaja, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 o más 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 tiene más de 65 años y usted (o su cónyuge o pareja doméstica) todavía trabaja, su plan de salud grupal paga primero 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)

## **Capítulo 1 Primeros pasos como miembro**

---

- 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 y/o Medigap hayan pagado.

**Capítulo 2 Números de teléfono y recursos****CAPÍTULO 2:****Números de teléfono y recursos****SECCIÓN 1 Contactos de nuestro plan**

Para obtener ayuda con las reclamaciones o la facturación, o si tiene alguna pregunta sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba a Wellcare Patriot Simple (HMO) Servicios para los miembros 1-800-977-7522 (los usuarios de TTY deben llamar a 711). Con gusto lo ayudaremos.

**Servicios para los miembros: información de contacto**

<b>Llame al</b>	<p>1-800-977-7522</p> <p>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 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.</p> <p>Tenga en cuenta que, fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados federales del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro sistema telefónico automatizado puede atender su llamada. Si deja un mensaje de voz, incluya su nombre y número telefónico, y un miembro del equipo le devolverá la llamada en un (1) día hábil.</p> <p>Servicios para los miembros 1-800-977-7522 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.</p>
<b>TTY</b>	<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 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.</p>
<b>Escriba a</b>	<p>Wellcare By Allwell PO Box 10420 Van Nuys, CA 91410-0420</p>
<b>Sitio web</b>	<p><a href="https://go.wellcare.com/AllwellTX">go.wellcare.com/AllwellTX</a></p>

## Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

### Cómo solicitar una decisión de cobertura o apelación sobre su atención médica

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y su cobertura, o con relación al monto que pagaremos por sus servicios médicos. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones sobre su atención médica, consulte el Capítulo 7.

#### Decisiones de cobertura para atención médica: información de contacto

<b>Llame al</b>	1-800-977-7522 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 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.
<b>TTY</b>	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 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.
<b>Escriba a</b>	Coverage Determinations Department - Medical PO Box 10420 Van Nuys, CA 91410-0420

#### Apelaciones sobre la atención médica: información de contacto

<b>Llame al</b>	1-800-977-7522 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 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.
-----------------	---

**Capítulo 2 Números de teléfono y recursos****Apelaciones sobre la atención médica: información de contacto**

<b>TTY</b>	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 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.
<b>Fax</b>	1-844-273-2671
<b>Escriba a</b>	MEMBER Appeals & Grievances Medicare Operations Appeals Department - Medical P.O. Box 10343 Van Nuys, CA 91410-0343

**Cómo 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. Para obtener más información acerca de cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el Capítulo 7.

**Quejas sobre la atención médica: información de contacto**

<b>Llame al</b>	1-800-977-7522 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 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.
<b>TTY</b>	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 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.
<b>Fax</b>	1-844-273-2671

## Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

### Quejas sobre la atención médica: información de contacto

<b>Escriba a</b>	Appeals & Grievances Medicare Operations Grievance Department P.O. Box 10450 Van Nuys, CA 91410-0450
<b>Sitio web de Medicare</b>	Para presentar una queja sobre Wellcare Patriot Simple (HMO) directamente a Medicare, visite <a href="http://www.Medicare.gov/my/medicare-complaint">www.Medicare.gov/my/medicare-complaint</a> .

### Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo de atención médica que recibí

Si recibió una factura o pagó por servicios (como una factura de un proveedor) que cree que deberíamos pagar, es posible que deba solicitarnos un reembolso o que paguemos la factura del proveedor. Consulte el Capítulo 5 para obtener más información.

Si nos envía una solicitud de pago y le denegamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información.

### Solicitudes de pago: información de contacto

<b>Escriba a</b>	Member Reimbursement Dept PO Box 10420 Van Nuys, CA 91410-0420
<b>Sitio web</b>	<a href="http://go.wellcare.com/AllwellTX">go.wellcare.com/AllwellTX</a>

## SECCIÓN 2 Cómo recibir ayuda de 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 (CMS). Esta agencia celebra contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluido nuestro plan.

**Capítulo 2 Números de teléfono y recursos**

---

**Medicare: información de contacto**

<b>Llame al</b>	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
<b>TTY</b>	1-877-486-2048 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
<b>Chat en vivo</b>	Chat en vivo en <a href="http://www.Medicare.gov/talk-to-someone">www.Medicare.gov/talk-to-someone</a> .
<b>Escriba a</b>	Escriba a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

## Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

### Medicare: información de contacto

#### Sitio web

[www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov)

- Obtenga información sobre los planes de salud y de medicamentos de Medicare en su área, incluidos sus costos y los servicios que brindan.
- Encuentre médicos u otros proveedores de atención médica y distribuidores que participan en Medicare.
- Conozca qué cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como pruebas de detección, inmunizaciones o vacunas y consultas anuales de “bienestar”).
- Obtenga información y formularios sobre apelaciones de Medicare.
- Obtenga información sobre la calidad de la atención que brindan los planes, centros de cuidados, hospitales, médicos, agencia de atención médica a domicilio, centros de diálisis, hospicios, centros de rehabilitación para pacientes internados y hospitales de atención a largo plazo.
- Buscar sitios web y números de teléfono útiles.

También puede utilizar el sitio web [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov) para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga de nuestro plan.

**Para presentar una queja ante Medicare**, consulte [www.Medicare.gov/my/medicare-complaint](http://www.Medicare.gov/my/medicare-complaint). Medicare toma sus quejas de manera seria y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare.

## SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en cada estado y que ofrece ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare. En Texas, el SHIP se denomina Texas Department of Aging and Disability Services (HICAP).

## Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

Texas Department of Aging and Disability Services (HICAP) es un programa estatal independiente (sin relación con ninguna empresa de seguros ni plan de salud) con fondos del gobierno federal para asesorar sobre seguros médicos, de forma local y gratuita, a las personas con Medicare.

Los asesores de Texas Department of Aging and Disability Services (HICAP) pueden ayudarlo a entender sus derechos con Medicare, a presentar quejas de la atención médica o el tratamiento médico y solucionar problemas con las facturas de Medicare. Los asesores de Texas Department of Aging and Disability Services (HICAP) también pueden ayudarlo con preguntas o problemas de Medicare, comprender las opciones de los planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

### Texas Department of Aging and Disability Services (HICAP): información de contacto

<b>Llame al</b>	1-800-252-9240
<b>TTY</b>	1-800-735-2989 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultad auditiva o del habla.
<b>Escriba a</b>	Texas Department of Aging and Disability Services 701 West 51st Street MC: W275 Austin, TX 78751-3146
<b>Sitio web</b>	<a href="https://www.hhs.texas.gov/services/health/medicare">https://www.hhs.texas.gov/services/health/medicare</a>

## SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO)

Una Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO) trabaja para los beneficiarios de Medicare en cada estado. Para Texas, la Organización para la mejora de la calidad se denomina Acentra Health - Texas's Quality Improvement Organization.

Acentra Health - Texas's Quality Improvement Organization tiene un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a quienes Medicare paga para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. Acentra Health - Texas's Quality Improvement Organization es una organización independiente. No tiene ninguna relación con nuestro plan.

Usted debe comunicarse con Acentra Health - Texas's Quality Improvement Organization en cualquiera de estas situaciones:

## Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

- Tiene una queja sobre la calidad de la atención médica que recibió. Algunos ejemplos de problemas con la calidad de la atención como recibir el medicamento incorrecto, pruebas o procedimientos innecesarios, o un diagnóstico erróneo.
- Si cree que la cobertura para su hospitalización finaliza demasiado pronto.
- Si cree que la cobertura de atención médica a domicilio, servicios en centros de atención de enfermería especializada o servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) finaliza demasiado pronto.

### Acentra Health - Texas's Quality Improvement Organization: información de contacto

<b>Llame al</b>	1-888-315-0636 9 a.m. a 5 p.m. hora local, de lunes a viernes; y de 10 a.m. a 4 p.m. los fines de semana y feriados
<b>TTY</b>	711
<b>Escriba a</b>	Acentra Health/Texas's Quality Improvement Organization 5201 W. Kennedy Blvd., Suite 900 Tampa, FL, 33609
<b>Sitio web</b>	<a href="https://www.acentraqio.com/">https://www.acentraqio.com/</a>

## SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social determina la elegibilidad y maneja las inscripciones en Medicare.

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

### Seguro Social: información de contacto

<b>Llame al</b>	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 7 p.m. Puede utilizar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas gestiones durante las 24 horas.
-----------------	---

**Capítulo 2 Números de teléfono y recursos****Seguro Social: información de contacto**

<b>TTY</b>	<p>1-800-325-0778</p> <p>Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 7 p.m.</p>
<b>Sitio web</b>	<a href="http://www.SSA.gov">www.SSA.gov</a>

**SECCIÓN 6 Medicaid**

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. Medicaid ofrece programas que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos **Programas de ahorros de Medicare** incluyen:

- **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 costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunos beneficiarios de QMB también son elegibles para beneficios 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 SLMB también son elegibles para beneficios totales de Medicaid (SLMB+)).
- **Persona que reúne los requisitos (Qualifying Individual, QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Trabajadores discapacitados calificados (Qualified Disabled & Working Individual, QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y los programas de ahorro de Medicare, comuníquese con Texas Department of Health and Human Services.

**Capítulo 2 Números de teléfono y recursos****Texas Department of Health and Human Services: información de contacto**

<b>Llame al</b>	1-877-541-7905 1-512-424-6500 211 8 a.m. a 4 p.m. (CT), de lunes a viernes
<b>TTY</b>	711 1-800-735-2989 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultad auditiva o del habla.
<b>Escriba a</b>	Texas Health and Human Services 4601 W. Guadalupe St. P.O. Box 13247 Austin, TX 78751-3146
<b>Sitio web</b>	<a href="https://hhs.texas.gov/services/health/medicaid-chip">https://hhs.texas.gov/services/health/medicaid-chip</a>

**SECCIÓN 7 Junta de jubilación para ferroviarios (RRB)**

La Junta de jubilación para ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB) es una agencia federal independiente que administra los programas integrales de beneficios destinados a los trabajadores ferroviarios del país y a sus familias. Si usted recibe Medicare a través de la Junta de jubilación para ferroviarios, comuníquese si se muda o cambia su dirección postal. Para preguntas sobre los beneficios de la Junta de jubilación para ferroviarios (RRB), comuníquese con la agencia.

**Junta de jubilación para ferroviarios (RRB): información de contacto**

<b>Llame al</b>	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Presione “0” para hablar con un representante de la RRB de 9 a.m. a 3:30 p.m. los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9 a.m. a 12 p.m. los miércoles. Presione “1”, para 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.
-----------------	--

**Capítulo 2 Números de teléfono y recursos****Junta de jubilación para ferroviarios (RRB): información de contacto**

<b>TTY</b>	1-312-751-4701 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultad auditiva o del habla. Las llamadas a este número no son gratuitas.
<b>Sitio web</b>	<a href="https://RRB.gov">https://RRB.gov</a>

**SECCIÓN 8 Si usted tiene un seguro grupal u otro seguro médico de un empleador**

Si usted (o su cónyuge o pareja doméstica) obtiene beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o del de su cónyuge o pareja doméstica) como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios del empleador o sindicato o a Servicios para los miembros al 1-800-977-7522 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si tiene alguna pregunta. Puede preguntar acerca de los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja doméstica). Usted puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si tiene preguntas acerca de su cobertura de Medicare conforme a este plan. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

## CAPÍTULO 3:

# Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos

### **SECCIÓN 1    Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan**

---

Este capítulo explica lo que usted debe saber sobre cómo utilizar nuestro plan para obtener su atención médica cubierta.

Para obtener detalles sobre qué tipo de atención médica cubre nuestro plan y cuánto pagará cuando reciba atención, consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4.

#### **Sección 1.1    Proveedores de la red y los servicios cubiertos**

- Los **proveedores** son los médicos y otros profesionales de la salud autorizados por el estado para brindar atención y servicios médicos. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y el monto de su costo compartido como pago completo. Acordamos con estos proveedores que les presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan de manera directa por la atención que le brindan. Cuando consulta a un proveedor de la red, usted paga solo la parte que le corresponde del costo por los servicios cubiertos.
- Los **servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los suministros y los equipos que están cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica se incluyen en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4.

#### **Sección 1.2    Normas básicas para obtener su atención médica cubierta por nuestro plan**

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

Nuestro plan por lo general, cubrirá su atención médica, siempre y cuando:

## Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos

---

- **La atención que reciba está incluida en la Tabla de beneficios médicos de nuestro plan** en el Capítulo 4.
- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria.** Médicamente necesario significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos, son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- **Usted tiene un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) de la red que brinda y supervisa su atención.** Como miembro de nuestro plan, usted debe elegir a un PCP de la red (consulte la Sección 2.1) para obtener más información.
  - Comente con anticipación su plan de tratamiento con su proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) para coordinar su atención médica antes de utilizar otros proveedores en la red del plan, como especialistas, hospitales, centros de atención de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio. Se requiere autorización previa para recibir algunos servicios. Para obtener más información sobre estos servicios, consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4, Sección 2.
- **Debe recibir su atención de un proveedor de la red** (consulte la Sección 2). En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forme parte de la red de nuestro plan). Esto significa que tendrá que pagarle al proveedor la totalidad de los servicios prestados. *Existen 3 excepciones:*
  - El plan cubre los servicios de atención de emergencia o de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre este tema y ver qué significa atención de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3 en este capítulo.
  - Si necesita recibir atención médica que Medicare exige que cubra nuestro plan, pero no hay especialistas en nuestra red que proporcionen esa atención, puede obtener la atención de un proveedor fuera de la red por el mismo costo compartido que normalmente pagaría dentro de la red. Llámenos para conocer las normas de autorización que es posible deba seguir antes de buscar 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 la aprobación para consultar a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 en este capítulo.
  - El plan cubre los servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o cuando, temporalmente, su proveedor para este servicio no está disponible o no se puede acceder a este. El costo compartido que paga a nuestro plan por diálisis nunca puede ser mayor al costo compartido en Original Medicare. Si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan y obtiene la diálisis de un proveedor que está fuera de la red de nuestro plan, su costo compartido no puede exceder el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de diálisis dentro de la red está disponible y usted elige obtener servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red de nuestro plan, el costo compartido de la diálisis puede ser mayor.

**Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos**

---

**SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red de nuestro plan para obtener atención médica**

---

**Sección 2.1 Usted debe elegir a un Proveedor de atención primaria (PCP) para que le brinde y supervise su atención****¿Qué es un PCP y qué hace el PCP por usted?**

Cuando usted comienza a ser miembro de nuestro plan, primero debe elegir un proveedor del plan para que sea su PCP. Su PCP es su socio en materia de salud, que le proporciona y coordina su atención médica. Su PCP es un profesional de la salud que cumple con los requisitos del estado y está capacitado para brindarle atención médica básica. Estos incluyen médicos especializados en medicina familiar, medicina general, medicina interna y geriatría. Un enfermero con práctica médica (Nurse Practitioner, NP), un enfermero matriculado autorizado por el estado con capacitación especial que brinda un nivel básico de atención médica, o un asistente médico (Physician Assistant, PA), acreditado como PCP, que brinda servicios dentro de un entorno de atención primaria también puede actuar como su PCP.

Recibirá la mayor parte de su atención básica o de rutina de su PCP. Su PCP también le ayudará a organizar o coordinar el resto de los servicios cubiertos que reciba como miembro de nuestro plan. Esto incluye:

- Radiografías
- Análisis de laboratorio
- Fisioterapia, terapia ocupacional y/o terapia del habla
- Atención de médicos especialistas
- Admisión en un hospital y
- Atención de seguimiento

“Coordinar” sus servicios cubiertos incluye verificar o consultar con otros proveedores del plan sobre su atención y se está llevando a cabo. Para ciertos tipos de servicios o suministros, su PCP deberá obtener una autorización previa (aprobación por adelantado). Si el servicio que usted necesita requiere autorización previa, su PCP solicitará la autorización de nuestro plan. Dado que su PCP proporcionará y coordinará su atención médica, usted debe enviar todos sus registros médicos anteriores al consultorio de su PCP. Por lo general, primero verá a su PCP para la mayoría de sus necesidades de atención

## Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos

---

médica de rutina. Le recomendamos que le solicite a su PCP que coordine toda su atención. Consulte la Sección Sección 2.2 de este capítulo para obtener más información.

En algunos casos, su PCP, o un especialista u otro proveedor al que esté consultando, necesitará obtener nuestra autorización previa (aprobación previa) para ciertos tipos de servicios y artículos cubiertos. Consulte el Capítulo 4 de este documento para conocer los servicios y artículos que requieren autorización previa.

Si necesita hablar con su médico después del horario de atención normal, llame al consultorio del médico y lo dirigirán a su médico, a un contestador automático con instrucciones sobre dónde obtener servicio o a otro médico que brinde cobertura. Si tiene una emergencia, llame inmediatamente al 911.

### ¿Cómo elegir un PCP?

Para elegir su PCP, visite nuestro sitio web [go.wellcare.com/2026providerdirectories](https://go.wellcare.com/2026providerdirectories) y seleccione un PCP de nuestra red de nuestro plan. Servicios para los miembros también puede ayudarlo a elegir un PCP. Una vez que haya elegido a su PCP, llame a Servicios para los miembros con su selección. Su PCP debe estar en nuestra red.

Si hay un especialista u hospital del plan que usted desee usar en particular, verifique primero que los especialistas y/u hospitales están en un PCP de la red.

Si no elige un PCP o si elige un PCP que no está disponible en este plan, automáticamente lo asignaremos a un PCP.

### Cómo cambiar a su PCP

Usted puede cambiar a su PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. También existe la posibilidad de que el PCP deje de estar en la red de proveedores de nuestro plan, en cuyo caso usted deberá encontrar un PCP nuevo. Bajo ciertas circunstancias, nuestros proveedores están obligados a continuar con la atención después de dejar nuestra red. Para detalles específicos, comuníquese a Servicios para los miembros.

Si usted desea cambiar de PCP, llame a Servicios para los miembros. Es posible que cada PCP del plan haga remisiones a ciertos especialistas del plan y use ciertos hospitales dentro de su red. Esto significa que el PCP del plan que usted elija puede determinar los especialistas y hospitales que usted puede usar. Si hay especialistas u hospitales que usted desea usar en particular, averigüe si el PCP del plan usa estos especialistas u hospitales.

Para cambiar de médico de atención primaria (Primary Care Physician, PCP), llame a Servicios para los miembros. El cambio entrará en vigencia el primer día del mes siguiente. Nota: Si utiliza un PCP distinto del que tiene asignado, es posible que incurra en un costo compartido más alto o que se rechacen sus reclamaciones.

## Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos

---

### Sección 2.2 Atención médica que puede recibir sin una remisión de su PCP

Puede recibir los servicios que figuran a continuación sin obtener una aprobación por adelantado de su PCP:

- Atención médica de rutina de la mujer, incluyendo exámenes de las mamas, mamografías de detección (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos siempre y cuando se obtengan de un proveedor de la red
- Vacunas antigripales, vacunas contra la COVID-19 y vacunas contra la neumonía siempre y cuando se obtengan de un proveedor de la red
- Servicios de emergencia proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red
- Los servicios de urgencia cubiertos por un plan son aquellos que requieren atención médica inmediata (pero que no es una emergencia) si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si no es razonable, dado el momento, el lugar y las circunstancias, obtener este servicio de los proveedores de la red. Ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones imprevistas o exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. Las consultas de rutina a proveedores que sean médicamente necesarias (como los chequeos anuales) no se consideran de urgencia, incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está fuera del área de servicio de nuestro plan. Si es posible, llame a Servicios para los miembros al 1-800-977-7522 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarlo a obtener diálisis de mantenimiento mientras se encuentra fuera del área de servicio.

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

El especialista es un médico que brinda servicios de atención médica en relación con enfermedades específicas o con una parte del cuerpo. Hay muchos tipos de especialistas. Por ejemplo:

- Los oncólogos tratan a los pacientes que tienen cáncer
- Los cardiólogos tratan a los pacientes que tienen afecciones cardíacas
- Los ortopedistas tratan a los pacientes que tienen determinadas afecciones óseas, articulares o musculares
- Hable sobre sus necesidades de atención médica con su médico PCP para obtener una recomendación para ver a un especialista que apoye sus necesidades de atención. No se requiere una remisión para consultar a un especialista. Sin embargo, en algunos casos, usted, su

## Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos

---

representante o su médico PCP/proveedor podrían necesitar una autorización previa del plan. Para obtener información sobre qué servicios requieren autorización previa, consulte el Capítulo 4, Sección 2.

### Qué sucede si un especialista u otro proveedor de la red dejan de participar en nuestro plan

Podríamos realizar cambios en los hospitales, los médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de la red de nuestro plan durante el año. Si su médico o especialista deja de estar en nuestro plan, usted tiene estos derechos y protecciones:

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le notificaremos que su proveedor dejará nuestro plan para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
  - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual deja de estar en nuestro plan, le notificaremos si ha visitado a ese proveedor en los últimos 3 años.
  - Si alguno de sus otros proveedores deja nuestro plan, le notificaremos si está asignado al proveedor, actualmente recibe atención de este o lo ha visitado en los últimos 3 meses.
- Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado dentro de la red para continuar su atención médica.
- Si está recibiendo terapias o tratamientos médicos con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar continuar con los tratamientos o las terapias médicamente necesarios. Trabajaremos con usted para que pueda seguir recibiendo atención médica.
- Le proporcionaremos información sobre los diferentes períodos de inscripción a su disposición y las opciones que tenga para cambiar de plan.
- Cuando un proveedor de la red o un beneficio no están disponibles o son insuficientes para satisfacer sus necesidades médicas, organizaremos cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores con el costo compartido de la red. Nuestro plan debe confirmar que no hay un proveedor de la red disponible, y el proveedor fuera de la red debe comunicarse con el plan para solicitar una autorización para que usted reciba los servicios. Si se aprueba, al proveedor fuera de la red se le emitirá una autorización para prestar los servicios. Usted tiene derecho a recibir servicios de proveedores fuera de la red para servicios de emergencia o de urgencia fuera del área de cobertura. Además, nuestro plan debe cubrir los servicios de diálisis para los miembros que tienen enfermedad renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD) que hayan viajado fuera del área de servicio del plan y no pueden tener acceso a proveedores dentro de la red. Los servicios para ESRD se deben recibir en un centro de diálisis certificado por Medicare.

## Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos

---

- Si se entera de que su médico o especialista dejará nuestro plan, llame a Servicios para miembros al 1-800-977-7522 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor que administre su atención.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una queja de calidad de la atención a la Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO), un reclamo de calidad de la atención de nuestro plan, o ambas opciones. (Consulte el Capítulo 7).

### Sección 2.4 Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red

Usted tiene derecho a recibir servicios de proveedores fuera de la red para servicios de emergencia o de urgencia fuera del área de cobertura. Además, nuestro plan debe cubrir los servicios de diálisis para los miembros que tienen enfermedad renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD) que hayan viajado fuera del área de servicio del plan y no pueden tener acceso a proveedores dentro de la red. Los servicios para ESRD se deben recibir en un centro de diálisis certificado por Medicare.

Además, si necesita atención médica cubierta por Medicare y un proveedor de la red no puede brindarle 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 el proveedor fuera de la red debe comunicarse con el plan para solicitar una autorización para que usted reciba los servicios. Si se aprueba, al proveedor fuera de la red se le emitirá una autorización para prestar los servicios.

## SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios en una emergencia, desastre o necesidad urgente de atención

---

### Sección 3.1 Obtenga atención si tiene una emergencia médica

Una **emergencia médica** es cuando usted, o cualquier otra persona laica prudente, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y, si está embarazada, la pérdida del feto), una extremidad o la función de una extremidad, o bien, la pérdida o el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección médica que se agrava rápidamente.

Si tiene una emergencia médica, esto es lo que debe hacer:

- **Busque ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Pida una ambulancia por teléfono si la necesita. No es necesario que primero obtenga la autorización o una remisión de su PCP. No necesita acudir a un médico de la red. Usted puede obtener atención médica de emergencia cubierta cada vez que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier

## Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos

---

proveedor con una licencia estatal apropiada incluso si no forma parte de nuestra red. Wellcare Patriot Simple (HMO) incluye la cobertura de emergencias y urgencias en todo el mundo.

- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de avisar a nuestro plan acerca de su emergencia.** Necesitamos hacer el seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted u otra persona deberán llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente, en un plazo de 48 horas. También puede llamarnos al Servicios para los miembros al número indicado en el reverso de su tarjeta de miembro.

### Servicios cubiertos en una emergencia médica

Nuestro plan cubre los servicios de ambulancia en los casos en los que ir a la sala de emergencias de alguna otra manera podría poner en peligro su salud. También cubrimos los servicios médicos durante la emergencia.

Los médicos que le brindan atención de emergencia determinarán en qué momento se estabiliza la afección y cuando finaliza la emergencia médica.

Una vez que finaliza la emergencia, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para garantizar que siga estando estable. Es importante que realice un seguimiento con su proveedor de atención primaria en un plazo de 5 a 7 días después de recibir atención de emergencia. Recibirá una llamada de nuestro equipo de atención para ayudarlo a concertar las citas de seguimiento necesarias y obtener otros beneficios útiles para su recuperación. Sus médicos continuarán tratándolo hasta que se comuniquen con nosotros y hagan planes para que reciba atención adicional. Nuestro 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 médica y las circunstancias lo permitan.

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

Algunas veces, puede ser difícil darse cuenta si está ante una emergencia médica. Por ejemplo, podría acudir a recibir atención de emergencia, porque considera que su salud está en grave peligro, y el médico podría decir que, después de todo, no se trataba de una emergencia médica. Si resulta ser que no se trataba de una emergencia, cubriremos la atención que reciba, siempre y cuando haya pensado, dentro de lo razonable, que su salud estaba en grave peligro.

Sin embargo, una vez que el médico haya determinado que no era una emergencia, cubriremos la atención médica adicional solo si la recibe de alguna de estas 2 formas:

- Acude a un proveedor de la red para obtener atención adicional.
- La atención adicional que recibe se considera servicios de atención de urgencia y usted sigue las normas a continuación para obtener la atención de urgencia.

## Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos

---

### Sección 3.2 Cómo obtener atención médica cuando tiene una necesidad urgente de recibir servicios

Un servicio que requiere atención médica inmediata (pero que no es una emergencia) es un servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si no es razonable, dado el momento, el lugar y las circunstancias, obtener este servicio de los proveedores de la red. Ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones imprevistas o exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. Sin embargo, las consultas de rutina a proveedores que sean médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran de urgencia, incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.

Comuníquese con el consultorio de su PCP las 24 horas del día si necesita atención de urgencia. Se le podría indicar que obtenga atención de urgencia en un centro de atención de urgencia de la red. Puede encontrar una lista de los centros de atención de urgencia de la red en el *Directorio de proveedores* o en nuestro sitio web en [go.wellcare.com/2026providerdirectories](https://go.wellcare.com/2026providerdirectories). Si los servicios de atención 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 atención 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, para saber qué copago se aplica a los servicios proporcionados en el consultorio del médico o en el centro de atención de urgencia de la red o en la clínica sin cita previa.

También puede comunicarse con la Línea de asesoramiento de enfermería (Nurse Advice Line) en cualquier momento. Un profesional de enfermería está en línea para brindarle respuestas las 24 horas del día, los siete días de la semana. Para obtener más información sobre la Línea de asesoramiento de enfermería, consulte la categoría de beneficios Programas educativos sobre salud y bienestar en el Capítulo 4, o llame a Servicios para los miembros.

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

- Usted tiene cobertura por hasta \$50,000 cuando viaje fuera de Estados Unidos bajo su cobertura para la atención médica en caso de emergencia y de urgencia. El costo que exceda este monto *no* estará cubierto.
- El transporte de regreso a Estados Unidos desde otro país y los medicamentos que se adquieran mientras se está fuera de Estados Unidos *no* estarán cubiertos. Además, los costos compartidos por acudir a la sala de emergencias *no* se cancelan en caso de que se lo hospitalice para recibir atención como paciente internado.
- De ser posible, comuníquese con nosotros en un plazo que no supere las 48 horas, para informarnos de su consulta en la sala de emergencias.

## Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos

---

Para obtener más información, consulte “Atención de emergencia” y “Servicios de urgencia” en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4 de este documento, o llame a Servicios para los miembros.

### Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre

Si el gobernador de su estado, la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o el presidente de los Estados Unidos declara estado de desastre o emergencia en su área geográfica, aún tiene derecho a recibir atención médica a través de nuestro plan.

Visite [go.wellcare.com/AllwellTX](https://go.wellcare.com/AllwellTX) para obtener información sobre cómo recibir la atención que necesita durante un desastre.

Si no puede consultar con un proveedor de la red durante un desastre, nuestro plan le permitirá recibir atención de proveedores fuera de la red al costo compartido dentro de la red.

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

---

Si pagó más que el costo compartido de nuestro plan por los servicios cubiertos, o si recibió una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo de los servicios cubiertos. Consulte el Capítulo 5 para obtener información sobre lo que debe hacer.

### Sección 4.1 Si nuestro plan no cubre los servicios, usted debe pagar el costo total

Nuestro plan cubre todos los servicios médicamente necesarios que se enumeran en la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4. Si recibe servicios no cubiertos por nuestro plan o servicios obtenidos fuera de la red sin autorización, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación para los beneficios, usted también paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de usar la totalidad del beneficio para ese tipo de servicio cubierto. El monto que usted paga por los costos una vez que se haya alcanzado el límite del beneficio, no se tomará en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Por ejemplo, usted podría tener que pagar el costo total de cualquier atención en un centro de enfermería especializada que reciba después de que el pago de nuestro plan alcance el límite del beneficio. Una vez que usted haya agotado el límite del beneficio, los pagos adicionales que haga por el servicio no se toman en cuenta para el monto anual máximo que paga de su bolsillo.

## Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos

---

### SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica

---

#### Sección 5.1 ¿Qué es un estudio de investigación clínica?

Un estudio de investigación clínica (también denominado *ensayo clínico*) es una manera que tienen los médicos y científicos de probar nuevos tipos de atención médica, por ejemplo, para averiguar la eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer. Ciertos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare normalmente solicitan voluntarios para participar en el estudio. Mientras participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo la atención restante (la atención que no esté relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

**Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare pagará la mayor parte de los costos por los servicios cubiertos que usted reciba como parte del estudio.** Si nos dice que participa en un ensayo clínico calificado, solo es responsable del costo compartido dentro de la red por los servicios en ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó el monto del costo compartido de Original Medicare, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido dentro de la red. Deberá proporcionar documentación que nos muestre cuánto pagó.

Si quiere participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no es necesario que el plan lo apruebe ni tampoco que nos avise ni su PCP. No es necesario que los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red de proveedores de nuestro plan. (Esto no se aplica a beneficios cubiertos que requieren un ensayo clínico o un registro para evaluar el beneficio, incluidos determinados beneficios que requieren cobertura para el desarrollo de evidencias (Coverage with Evidence Development, NCD-CED) y estudios de exención de dispositivos de investigación (Investigational Device Exemption, IDE). Estos beneficios podrían estar sujetos a una autorización previa y otras normas del plan).

A la vez que no es necesario que usted obtenga el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, le recomendamos que nos notifique por adelantado cuando elija participar en ensayos clínicos calificados por Medicare.

Si participa en un estudio que no ha aprobado Medicare, usted será responsable de pagar todos los costos de su participación en el estudio.

#### Sección 5.2 Quién paga por los servicios en un estudio de investigación clínica

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

- Habitación y comida en un hospital que Medicare pagaría incluso si no participara en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si forma parte del estudio de investigación.

### Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos

---

- El tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones que sean consecuencia de la nueva atención.

Después de que Medicare pague su parte del costo por estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido en Original Medicare y su costo compartido dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará el mismo monto por los servicios que recibe como parte del estudio igual que si recibiera estos servicios de nuestro plan. Sin embargo, debe presentar documentación que muestre cuánto pagó del costo compartido. Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre cómo enviar solicitudes de pago.

*Ejemplo de cómo funciona el costo compartido en un ensayo clínico:* Supongamos que, como parte del estudio de investigación, le hacen una prueba de laboratorio que cuesta \$100. La parte que le corresponde de los costos de esta prueba es \$20 a través de Original Medicare, pero la prueba costaría \$10 a través de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría \$80 por el análisis y usted pagaría los \$20 de copago requeridos por Original Medicare. Luego, notificaría a nuestro plan que recibió un servicio de ensayo clínico calificado y enviaría documentación (como una factura del proveedor) a nuestro plan. Nuestro plan entonces le pagaría directamente \$10. This makes your net payment for the test \$10, the same amount you pay under our plan's benefits.

Cuando usted esté en un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán nada de lo siguiente:**

- Por lo general, Medicare no pagará los nuevos productos o servicios que se estén evaluando en el estudio, a menos que Medicare cubra dicho artículo o servicio incluso si usted no participara en un estudio.
- Los artículos o servicios que se proporcionen solo para recabar datos y que no se utilicen en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no cubriría las tomografías computarizadas (Computed Tomography, CT) mensuales que se realicen como parte del estudio si su afección normalmente requiriese una sola tomografía computarizada.
- Los artículos y servicios que brindan los patrocinadores de la investigación son gratuitos para las personas inscritas en el ensayo.

#### **Obtenga más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica**

Obtenga más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica en la publicación de Medicare *Medicare y los estudios de investigación clínica (Medicare and Clinical Research Studies)*, disponible en [www.Medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf](http://www.Medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf)). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

## Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos

---

### SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica

---

#### Sección 6.1 Una institución religiosa de atención sanitaria no médica

Una institución religiosa de atención sanitaria no médica es un centro que provee atención para una afección que normalmente se trataría en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de atención de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas del miembro, cubrimos la atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica. Este beneficio se brinda solo para los servicios para pacientes internados de la Parte A (servicios de atención no médica).

#### Sección 6.2 Cómo obtener atención de una institución religiosa de atención sanitaria no médica

Para que lo atiendan en una institución religiosa de atención sanitaria no médica, debe firmar un documento legal en el que exprese que se niega conscientemente a recibir un tratamiento médico **no exceptuado**.

- La atención o el tratamiento médicos **no exceptuados** corresponden a la atención o el tratamiento médicos voluntarios y que no son obligatorios según la legislación federal, estatal o local.
- El tratamiento médico **exceptuado** corresponde a la atención o el tratamiento médicos que no son voluntarios o que son obligatorios según la legislación federal, estatal o local.

Para que nuestro plan cubra estos servicios, la atención que reciba en una institución religiosa de atención sanitaria no médica debe cumplir con las siguientes condiciones:

- La institución que brinde atención debe estar certificada por Medicare.
- Nuestro plan solo cubre aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si obtiene servicios de esta institución se le prestan en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
  - Debe tener una afección que le permitiría recibir los servicios cubiertos correspondientes a atención hospitalaria para pacientes internados en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada;
  - – y – Usted debe obtener la aprobación del plan por adelantado antes de que lo ingresen en el centro porque, de lo contrario, su estadía no estará cubierta.

Su estadía en una institución de atención médica no médica religiosa no está cubierta por nuestro plan a menos que obtenga autorización (aprobación) por adelantado de nuestro plan y estará sujeta a las mismas limitaciones de cobertura que la atención en un centro de enfermería especializada o para

## Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos

---

pacientes internados que de otro modo hubiera recibido. Consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 para conocer las reglas de cobertura e información adicional sobre los costos compartidos y las limitaciones para la cobertura de enfermería especializada y hospitalización para pacientes internados.

### SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero

---

#### Sección 7.1 No adquirirá la propiedad del equipo médico duradero después de haber realizado cierta cantidad de pagos dentro de nuestro plan

El equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) incluye artículos como suministros y equipos de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para la diabetes, dispositivos para la generación del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital recetadas por un proveedor para que miembros los usen en su hogar. El miembro siempre posee ciertos artículos de DME, como dispositivos protésicos. Otros tipos de DME que usted debe alquilar.

En Original Medicare, quienes alquilan ciertos tipos de DME tienen posesión del equipo después de pagar el copago del artículo durante 13 meses. **Como miembro de nuestro plan, también hay ciertos tipos de DME que usted poseerá después de haber pagado los copagos correspondientes al artículo por una cantidad específica de meses.** Los pagos que haya hecho previamente por un artículo de DME cuando usted contaba con Original Medicare no se toman en cuenta para los pagos que haga mientras es miembro de nuestro plan. Si usted adquiere un artículo DME en propiedad mientras es miembro de nuestro plan y, el equipo requiere mantenimiento, el proveedor está autorizado a facturarle al plan el costo de la reparación. También hay ciertos tipos de DME que usted no adquiere en propiedad sin importar cuántos pagos haga por el artículo mientras es un miembro de nuestro plan. Llame a Servicios para los miembros al 1-800-977-7522 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para averiguar los requisitos que debe cumplir para el alquiler o la adquisición en propiedad de DME, y los documentos que debe presentar.

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

Si no obtuvo la propiedad del equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) mientras estuvo en nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de que cambie a Original Medicare a fin de adquirir la propiedad del artículo. Los pagos que realizó mientras estaba inscrito en nuestro plan no cuentan para estos 13 pagos.

Ejemplo 1: Hizo 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Original Medicare y luego se unió a nuestro plan. Los pagos que realizó en Original Medicare no cuentan. Deberá realizar 13 pagos a nuestro plan antes de adquirir la propiedad del artículo.

Ejemplo 2: Hizo 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Original Medicare y luego se unió a nuestro plan. No obtuvo en propiedad el artículo mientras estaba en nuestro plan. Luego regresa a

## Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos

---

Original Medicare. Tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos para poseer el artículo una vez que se vuelva a unir a Original Medicare. Cualquier pago que ya haya hecho (ya sea a nuestro plan o a Original Medicare) no se toma en cuenta.

### Sección 7.2 Normas para el equipo de oxígeno, suministros y mantenimiento

Si reúne los requisitos para recibir cobertura para el equipo de oxígeno de Medicare, Wellcare Patriot Simple (HMO) cubrirá lo siguiente:

- Alquiler de equipo de oxígeno
- Entrega de oxígeno y contenidos de oxígeno
- Sondas y accesorios de oxígeno afines para suministrar oxígeno y contenidos de oxígeno
- Mantenimiento y reparaciones del equipo de oxígeno

Si se va de Wellcare Patriot Simple (HMO) o ya no necesita médicamente el equipo de oxígeno, debe devolver el equipo de oxígeno.

#### ¿Qué sucede si deja nuestro plan y vuelve a Original Medicare?

Original Medicare requiere que un proveedor de oxígeno le brinde servicios durante 5 años. Durante los primeros 36 meses, usted alquila el equipo. Durante los 24 meses restantes, el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago por el oxígeno). Después de 5 años, puede optar por permanecer en la misma compañía o irse a otra compañía. En este punto, el ciclo de 5 años comienza nuevamente, incluso si permanece en la misma compañía, lo que requiere que pague copagos durante los primeros 36 meses. Si se une a nuestro plan o lo deja, el ciclo de 5 años comienza de nuevo.

## CAPÍTULO 4:

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

### SECCIÓN 1 Cuáles son los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos

---

La Tabla de beneficios médicos enumera los servicios cubiertos y detalla cuánto paga por cada servicio cubierto como miembro de nuestro plan. Esta sección también ofrece información sobre los servicios médicos que no están cubiertos y explica los límites para ciertos servicios.

#### Sección 1.1 Costos que puede tener que pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos

Los tipos de costos que podría pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos incluyen:

- **Copago:** es el monto fijo que paga cada vez que recibe algún servicio médico. El copago se paga en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos le brinda más información sobre sus copagos).
- **Coseguro:** es el porcentaje que paga del costo total de ciertos servicios médicos. El coseguro se paga en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos le brinda más información sobre su coseguro).

La mayoría de las personas que reúne los requisitos para Medicaid o para el programa Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) no paga deducibles, copagos ni coseguro. Si está inscrito en uno de estos programas, asegúrese de mostrar a su proveedor su prueba de elegibilidad para Medicaid o de QMB.

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

Los Planes Medicare Advantage tienen límites en cuanto al monto total que paga de su bolsillo cada año por los servicios médicos dentro de la red que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Este límite se denomina el monto máximo que paga de su bolsillo (Maximum Out-Of-Pocket, MOOP) por servicios médicos. **Para el año calendario 2026, el monto del MOOP es \$3,400.**

## Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

---

Los montos que usted paga por los copagos y el coseguro dentro de la red por los servicios cubiertos se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Además, los montos que usted paga por algunos servicios no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo. Estos servicios se indican con un asterisco (\*) en la Tabla de beneficios médicos. Si usted llega al monto máximo que paga de su bolsillo de \$3,400, no deberá pagar costos de su bolsillo por el resto del año por cubiertos de la Parte A y de la Parte B. Sin embargo, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro tercero pague su prima de la Parte B por usted).

### Sección 1.3 No se les permite a los proveedores facturarle los saldos a usted

Como miembro de nuestro plan, usted tiene una protección importante porque solo tiene que pagar la parte que le corresponde del monto del costo compartido cuando obtiene servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no tienen permitido cobrarle cargos adicionales por separado, lo que se denomina **facturación de saldos**. Esta protección se aplica aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Aquí le mostramos cómo funciona la protección contra facturación de saldos:

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad determinada de dinero, por ejemplo, \$15.00), usted paga solamente ese monto por cualquier servicio cubierto del proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor que consulte:
  - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tarifa de reembolso de nuestro plan (esto quedó estipulado en el contrato entre el proveedor y nuestro plan).
  - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Nuestro plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando usted tiene una remisión o en el caso de servicios de urgencia o emergencias).
  - Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que no participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Nuestro plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando usted tiene una remisión o en el caso de servicios de urgencia o emergencias fuera del área de servicio).
- Si considera que un proveedor le facturó el saldo, llame a Servicios para los miembros al 1-800-977-7522 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

**Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**

---

**SECCIÓN 2 La Tabla de beneficios médicos le indica sus beneficios y costos médicos**

---

En las siguientes páginas, la Tabla de beneficios médicos enumera los servicios que nuestro plan cubre y lo que usted debe pagar de su bolsillo por cada servicio. Los servicios descritos en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumplen los siguientes requisitos:

- Sus servicios cubiertos por Medicare deben brindarse de conformidad con las pautas de cobertura de Medicare.
- Sus servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros, los equipos y los medicamentos de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- Para los nuevos inscritos, su plan de atención coordinada de Medicare Advantage (MA) debe brindar un período de transición de 90 días como mínimo, durante el cual el nuevo plan MA no puede requerir autorización previa para ningún curso activo de tratamiento, incluso si el curso de tratamiento fue para un servicio que inició con un proveedor fuera de la red.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) que brinda y supervisa su atención.
- Algunos servicios mencionados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos *solo* si el médico u otros proveedores de la red obtienen nuestra aprobación por adelantado (esto suele denominarse autorización previa). Los servicios cubiertos que necesitan aprobación por adelantado están marcados en la Tabla de beneficios médicos en cursiva.
- Si su plan de atención coordinada proporciona aprobación a una solicitud de autorización previa para un tratamiento, la aprobación debe ser válida por la duración que corresponda a lo médicamente razonable y necesario con el fin de evitar interrupciones en la atención de acuerdo con los requisitos de cobertura aplicables, su historial médico y la recomendación del proveedor de tratamiento.

Otra información importante que debe saber sobre su cobertura:

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. Para algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Original Medicare. Para otros, usted paga *menos*. (Para obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare & You 2026 (Medicare y Usted 2026)*. También puede consultarlo en línea en [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov) o solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Original Medicare, nosotros también cubrimos el servicio sin costo para usted. Sin embargo, si a usted también se lo trata o controla por una afección existente durante la consulta en la que recibe el servicio

**Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**


preventivo, es posible que se aplique un copago por la atención que recibió por la afección existente.

- Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio nuevo durante el año 2026, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.



Esta manzana muestra los servicios preventivos que se encuentran en la Tabla de beneficios médicos.

**Tabla de beneficios médicos**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted paga</b>
<p> <b>Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal</b></p> <p>Una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una remisión de parte de su médico, asistente médico, enfermero con práctica médica o especialista en enfermería clínica.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.</p>
<p><b>Acupuntura para dolor crónico en la parte baja de la espalda</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Se cubren hasta 12 consultas en 90 días en las siguientes circunstancias:</p> <p>Para fines de este beneficio, el dolor crónico en la parte baja de la espalda se define como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dura 12 semanas o más;</li> <li>• no es específico, en el sentido que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no se asocia con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.);</li> <li>• no está relacionado con una cirugía; y</li> <li>• no está relacionado con un embarazo.</li> </ul> <p>Se cubrirán 8 sesiones adicionales para aquellos pacientes que manifiesten mejoría. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura por año.</p>	<p>\$0 de copago por servicios de acupuntura cubiertos por Medicare recibidos en el consultorio de un PCP.</p> <p>\$10 de copago por servicios de acupuntura cubiertos por Medicare recibidos en el consultorio de un especialista. <i>Puede requerirse una autorización previa.</i></p> <p>\$10 de copago por servicios de acupuntura cubiertos por Medicare recibidos en el consultorio de un quiropráctico. <i>Puede requerirse una autorización previa.</i></p>




**Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted paga</b>
<p><b>Acupuntura para dolor crónico en la parta baja de la espalda - continuación</b></p> <p>El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o si empeora.</p> <p><b>Requisitos del proveedor:</b></p> <p>Los médicos (como se define en la sección 1861(r)(1) de la Ley del Seguro Social (la Ley)) pueden brindar sesiones de acupuntura de conformidad con los requisitos estatales vigentes.</p> <p>Los asistentes médicos (Physician Assistants, PA), enfermeros con práctica médica (Nurse Practitioners, NP)/especialistas en enfermería clínica (Clinical Nurse Specialists, CNS) (como se identificó en la sección 1861(aa) (5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden brindar sesiones de acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales vigentes y tienen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• una maestría o doctorado en Acupuntura o en Medicina Oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM); y</li> <li>• una licencia vigente, completa, activa y sin restricciones para la práctica de acupuntura en un estado, territorio o Mancomunidad (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia.</li> </ul> <p>El personal auxiliar que brinda sesiones de acupuntura debe estar debidamente supervisado por un médico, PA o NP/CNS según lo requieren nuestras reglamentaciones en las secciones §§ 410.26 y 410.27 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR).</p>	
<p><b>Servicios de ambulancia</b></p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o que no sea de emergencia, incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el centro apropiado más cercano que puede brindar atención si se trata de un miembro cuya afección médica es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro su</p>	<p>\$225 de copago por un traslado de un solo tramo mediante servicios de ambulancia terrestre cubiertos por Medicare.</p> <p><i>Puede requerirse autorización previa para transporte en una</i></p>

**Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted paga</b>
<p><b>Servicios de ambulancia - continuación</b></p> <p>salud o si está autorizado por nuestro plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, se debe documentar 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 médicamente necesario.</p>	<p><i>aeronave de ala fija y para transporte que no sea de emergencia.</i></p> <p>\$225 de copago por un traslado de un solo tramo mediante servicios de ambulancia aérea cubiertos por Medicare. <i>Puede requerirse autorización previa para transporte en una aeronave de ala fija y para transporte que no sea de emergencia.</i></p> <p>El costo compartido no se anula si usted es ingresado para recibir atención hospitalaria como paciente internado.</p>
<p><b>Examen físico de rutina anual</b></p> <p>El examen físico anual incluye la exploración del corazón, los pulmones, el abdomen y el sistema nervioso, así como una exploración manual del cuerpo (como la cabeza, el cuello y las extremidades) y un historial médico y familiar detallado, además de los servicios incluidos en la consulta de bienestar anual. Los siguientes son ejemplos de servicios que pueden realizarse u ordenarse durante su examen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tomar mediciones de rutina (estatura, peso, presión arterial)</li> <li>• Evaluar los factores de riesgo de enfermedades prevenibles.</li> <li>• Control de reflejos y signos vitales</li> <li>• Pruebas de laboratorio (muestras de orina y sangre)</li> </ul>	<p>\$0 de copago por un examen físico anual de rutina.*</p>


**Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted paga</b>
<p> <b>Consulta anual de bienestar</b></p> <p>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 año calendario.</p> <p><b>Nota:</b> Su primera consulta anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses de su consulta preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i>. Sin embargo, no necesita haber realizado una consulta de <i>Bienvenido a Medicare</i> para tener cobertura para las consultas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B por 12 meses.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para consultas anuales de bienestar.</p>
<p> <b>Medición de la masa ósea</b></p> <p>Para las personas calificadas (en general, son quienes corren riesgo de perder masa ósea o de presentar osteoporosis), los siguientes servicios se cubren una vez cada 24 meses o con más frecuencia si son médicamente necesarios: procedimientos para identificar masa ósea, detectar pérdida ósea o determinar calidad ósea, incluida la interpretación de los resultados por parte del médico.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.</p>
<p> <b>Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías)</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años</li> <li>• Una mamografía de detección cada 12 meses para las mujeres de 40 años o más</li> <li>• Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses</li> </ul>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para mamografías de detección cubiertas.</p>
<p><b>Servicios de rehabilitación cardíaca</b></p> <p>Programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento que están</p>	<p>\$50 de copago por servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare.</p>


**Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted paga</b>
<p><b>Servicios de rehabilitación cardíaca - continuación</b></p> <p>cubiertos para miembros que cumplen con determinadas condiciones y tienen una orden del médico.</p> <p>Nuestro plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son habitualmente más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p>	<p>\$65 de copago por servicios intensivos de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare.</p>
<p> <b>Consulta para reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares)</b></p> <p>Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarlo a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, su médico puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), medir su presión arterial y brindarle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo sano.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares.</p>
<p> <b>Pruebas para detectar enfermedades cardiovasculares</b></p> <p>Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas al riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).</p>	<p>No requiere coseguro, copago ni deducible para el análisis para detectar enfermedades cardiovasculares que se cubre una vez cada 5 años.</p>
<p> <b>Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para todas las mujeres: Las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos están cubiertos una vez cada 24 meses</li> </ul>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.</p>


**Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted paga</b>
 <p><b>Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina - continuación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Si corre alto riesgo de padecer cáncer de cuello de útero o de vagina, o está en edad de procrear y ha obtenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses</li> </ul>	
<p><b>Servicios de quiropráctica</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Solo cubrimos la manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones</li> </ul>	<p>\$10 de copago por servicios de quiropráctica cubiertos por Medicare. <i>Puede requerirse una autorización previa.</i></p>
<p><b>Servicios de manejo y tratamiento del dolor crónico</b></p> <p>Servicios mensuales cubiertos para personas que viven con dolor crónico (dolor persistente o recurrente que dura más de 3 meses). Los servicios pueden incluir evaluación del dolor, manejo de medicamentos y coordinación y planificación de la atención.</p>	<p>El costo compartido por este servicio variará según los servicios individuales prestados conforme al tratamiento.</p> <p>Consulte "Servicios de un médico/profesional de salud no médico, incluida la consulta en el consultorio del médico" que figura más adelante en esta tabla para conocer los montos de compartido aplicables para atención primaria cubierta o consultas en el consultorio de un especialista en donde se proporcionan los servicios que cubre Medicare.</p>

**Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted paga</b>
<p> <b>Prueba de detección de cáncer colorrectal</b></p> <p>Están cubiertas las siguientes pruebas de detección:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La colonoscopia no tiene límite de edad mínimo ni máximo y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para los pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa.</li> <li>• Colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años o más que no tienen alto riesgo de cáncer colorrectal y está cubierta cuando hayan transcurrido al menos 59 meses desde el mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o 47 meses desde el mes en que se realizó la última sigmoidoscopia flexible o colonoscopia de detección. En el caso de pacientes que tienen alto riesgo de cáncer colorrectal, se puede realizar el pago de una colonografía por tomografía computarizada de detección realizada al menos 23 meses después del mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o la última colonoscopia de detección.</li> <li>• Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años y más. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no tienen alto riesgo después de que el paciente recibió una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para los pacientes de alto riesgo a partir de la última sigmoidoscopia flexible o colonografía por tomografía computarizada.</li> <li>• Análisis de sangre oculta en materia fecal para pacientes de 45 años y más. Una vez cada 12 meses.</li> <li>• ADN de heces de múltiples cadenas para pacientes de 45 a 85 años y que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años.</li> </ul>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de cáncer colorrectal cubiertas por Medicare. Si su médico encuentra y retira un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o sigmoidoscopia flexible, la prueba de detección se convierte en una prueba de diagnóstico y está sujeta a \$0 de copago por los servicios de su médico.</p>

**Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted paga</b>
<p> <b>Prueba de detección de cáncer colorrectal - continuación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Análisis de biomarcador en sangre para pacientes de 45 a 85 años y que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años.</li> <li>• Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal con heces no invasiva cubierta por Medicare dé un resultado positivo.</li> <li>• Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible de detección o colonoscopia de detección planificada, que implican la remoción de tejido u otro material, u otro procedimiento realizado en relación con la prueba de detección, como resultado de esta, y en el mismo procedimiento clínico.</li> </ul>	
<p><b>Servicios dentales</b></p> <p>En general, los servicios dentales preventivos (como limpiezas, exámenes de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Sin embargo, Medicare paga los servicios dentales en una cantidad limitada de circunstancias, específicamente cuando ese servicio es una parte integral del tratamiento específico de una afección médica primaria de una persona. Los ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula tras una fractura o lesión, las extracciones dentales realizadas como preparación para un tratamiento de radioterapia por cáncer que afecte a la mandíbula, o los exámenes orales previos a un trasplante de un órgano. Además, cubrimos:</p>	<p>\$10 de copago por cada servicio dental cubierto por Medicare. <i>Puede requerirse una autorización previa.</i></p>



**Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted paga</b>
<p><b>Servicios dentales - continuación</b></p> <p><b><u>Servicios dentales complementarios (p.ej., de rutina)</u></b></p> <p>Existe un monto máximo de cobertura del beneficio del plan de \$3,000 cada año por servicios dentales integrales cubiertos. Usted es responsable de los montos que excedan el límite del beneficio.*</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Atención dental de diagnóstico y preventiva</b> (Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente). <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Exámenes orales periódicos - 2 cada año</li> <li>○ Limpiezas (profilaxis) - 2 cada año</li> <li>○ Tratamiento con fluoruro - 1 cada año</li> <li>○ Radiografías dentales - 1 juego(s) cada fecha de servicio hasta 3 años de planes según el tipo de servicio</li> <li>○ Otros servicios dentales de diagnóstico - 1 cada fecha de servicio hasta 3 años de planes según el tipo de servicio</li> <li>○ Otros servicios dentales preventivos - 1 cada fecha de servicio hasta 3 años de planes según el tipo de servicio</li> </ul> </li> </ul>	<p>\$0 de copago por cada examen oral.* <i>Puede requerirse una autorización previa.</i></p> <p>\$0 de copago por cada limpieza.* <i>Puede requerirse una autorización previa.</i></p> <p>\$0 de copago por cada tratamiento con fluoruro.* <i>Puede requerirse una autorización previa.</i></p> <p>\$0 de copago por radiografías dentales por consulta.* <i>Puede requerirse una autorización previa.</i></p> <p>\$0 de copago por otros servicios dentales de diagnóstico por consulta.* <i>Puede requerirse una autorización previa.</i></p> <p>\$0 de copago por otros servicios dentales preventivos por consulta.* <i>Puede requerirse una autorización previa.</i></p>


**Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted paga</b>
<p><b>Servicios dentales - continuación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Atención dental integral (Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente).</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Servicios de restauración - 1 cada 1 a 7 años del plan por diente según el tipo de servicio</li> <li>○ Endodoncia - 1 por diente de por vida</li> <li>○ Periodoncia - 1 cada 6 meses hasta 3 años del plan según el tipo de servicio</li> <li>○ Cirugía oral/maxilofacial - 1 cada fecha de servicio - de por vida según el tipo de servicio</li> <li>○ Prostodoncia, fija - 1 cada fecha de servicio hasta 7 años del plan por diente, según el tipo de servicio</li> <li>○ Prostodoncia, removible - 1 cada fecha de servicio a 5 años según el tipo de servicio</li> <li>○ Servicios generales complementarios - 1 cada fecha de servicio a 5 años del plan según el tipo de servicio</li> </ul> </li> </ul> <p>Antes de obtener los servicios, se recomienda a los miembros que consulten sus opciones de tratamiento con un proveedor participante en servicios dentales de rutina. El tratamiento debe</p>	<p>\$0 de copago por cada servicio de restauración.* <i>Puede requerirse una autorización previa.</i></p> <p>\$0 de copago por cada servicio de endodoncia.* <i>Puede requerirse una autorización previa.</i></p> <p>\$0 de copago por cada servicio de periodoncia.* <i>Puede requerirse una autorización previa.</i></p> <p>\$0 de copago por cada servicio oral maxilofacial.* <i>Puede requerirse una autorización previa.</i></p> <p>\$0 de copago por cada servicio de prostodoncia fija.* <i>Puede requerirse una autorización previa.</i></p> <p>\$0 de copago por cada servicio de prostodoncia removible.* <i>Puede requerirse una autorización previa.</i></p> <p>\$0 de copago por cada servicio general complementario.* <i>Puede requerirse una autorización previa.</i></p>

**Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted paga</b>
<p><b>Servicios dentales - continuación</b></p> <p>iniciarse y completarse mientras esté cubierto por el plan durante el año del plan. El costo de los servicios dentales no cubiertos por el plan es responsabilidad del miembro.</p> <p><b>Servicios dentales complementarios (es decir, servicios de rutina no cubiertos por Medicare) deben ser recibidos de un proveedor participante para ser cubiertos por el plan. Si tiene preguntas sobre cómo encontrar un proveedor, presentar una reclamación o para obtener más información, llame a Servicios para los miembros. Puede encontrar información adicional sobre la cobertura dental, incluida una lista detallada de los procedimientos cubiertos, en nuestro Información acerca de los beneficios dentales en: <a href="https://go.wellcare.com/dentalbenefits-gold">go.wellcare.com/dentalbenefits-gold</a></b></p>	
<p> <b>Prueba de detección de depresión</b></p> <p>Cubrimos un examen de detección de depresión por año. La prueba de detección debe realizarse en un establecimiento de atención primaria que pueda brindar tratamiento de seguimiento y/o remisiones.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por una consulta para una prueba de detección de depresión anual.</p>
<p> <b>Prueba de detección de diabetes</b></p> <p>Cubrimos esta prueba (incluidas pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de estos factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), niveles históricos anormales de triglicéridos y colesterol (dislipidemia), obesidad, o historial de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). Los exámenes también pueden ser cubiertos si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Es posible que usted sea elegible para realizarse hasta 2 pruebas de detección de diabetes cada 12 meses después de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.</p>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.</p>


**Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted paga</b>
<p> <b>Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos</b></p> <p>Para todas las personas que padecen diabetes (ya sea que usen insulina o no). Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suministros para controlar la glucosa en sangre: glucómetro, tiras reactivas para análisis de glucosa en sangre, dispositivos de punción y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y de los glucómetros.</li> <li>• Para las personas que padecen diabetes y tienen pie diabético grave: un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (con los zapatos se incluyen las plantillas ortopédicas) y 2 pares adicionales de plantillas ortopédicas, o un par de zapatos profundos y 3 pares de plantillas ortopédicas (con los zapatos no se incluyen las plantillas ortopédicas extraíbles que no están hechas a medida). La cobertura incluye adaptación.</li> <li>• La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta en determinadas situaciones.</li> </ul> <p>Los productos de Lifescan, Accu-Chek Guide™ y True Metrix™, son nuestros suministros preferidos de pruebas para diabetes (monitores de glucosa y tiras reactivas). Para obtener más información acerca de los artículos que están en nuestra lista de suministros de pruebas para diabetes, comuníquese con Servicios para los miembros.</p> <p>Si usted usa suministros de pruebas para diabetes que no son los preferidos del plan, hable con su proveedor para obtener una receta nueva o para solicitar la autorización previa para el monitor de glucosa y las tiras reactivas no preferidos.</p>	<p>\$0 de copago por suministros para el monitoreo de la diabetes cubiertos por Medicare. <i>Puede requerirse una autorización previa.</i></p> <p>20% de coseguro por zapatos terapéuticos o plantillas ortopédicas cubiertos por Medicare para las personas que padecen diabetes y pie diabético grave. <i>Puede requerirse una autorización previa.</i></p> <p>\$0 de copago por capacitación para el autocontrol de la diabetes cubierta por Medicare.</p>


**Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted paga</b>
<p><b>Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) y suministros relacionados</b></p> <p>(Para leer una definición de equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME), consulte el Capítulo 10 de este documento así como Capítulo 3, Sección 7).</p> <p>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, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p> <p>Cubrimos todo el DME que sea médicamente necesario cubierto por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no trabaja una marca o un fabricante en particular, puede solicitarle que realice un pedido especial para usted.</p> <p>La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web en <a href="https://go.wellcare.com/2026providerdirectories">go.wellcare.com/2026providerdirectories</a>.</p>	<p>20% de coseguro por Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) cubierto por Medicare. <i>Puede requerirse una autorización previa.</i></p> <p>20% de coseguro por suministros médicos cubiertos por Medicare. <i>Puede requerirse una autorización previa.</i></p> <p>Su costo compartido por la cobertura de Medicare para el equipo de oxígeno es 20% de coseguro, cada 36 meses. Su costo compartido no cambiará después de estar inscrito durante 36 meses. Si antes de inscribirse en nuestro plan hubiera hecho pagos de alquiler por 36 meses por la cobertura de equipo de oxígeno, su costo compartido en nuestro plan es 20% de coseguro.</p>
<p><b>Atención de emergencia</b></p> <p>La atención de emergencia hace referencia a los servicios con estas características:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Son brindados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia, y</li> <li>• Son necesarios para evaluar o estabilizar una afección de emergencia.</li> </ul> <p>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</p>	<p>\$150 de copago por consultas en la sala de emergencias cubiertas por Medicare. Usted no paga este monto si lo ingresan en un hospital dentro de un plazo de 24 horas por la misma afección.</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita</p>


**Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted paga</b>
<p><b>Atención de emergencia - continuación</b></p> <p>atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y si está embarazada, la pérdida del feto), una extremidad o la función de una extremidad. Los síntomas médicos podrían ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso, o una afección médica que se agrava rápidamente.</p> <p>Los costos compartidos para los servicios de emergencia necesarios que se brindan fuera de la red son los mismos que cuando usted obtiene estos servicios dentro de la red.</p> <p>Los servicios de emergencia fuera de los Estados Unidos están cubiertos.</p>	<p>atención hospitalaria para pacientes internados después de que su afección de emergencia se haya estabilizado, debe ir a un hospital dentro de la red para que se siga cubriendo su atención o deberá recibir la autorización de nuestro plan para recibir atención para pacientes internados en el hospital fuera de la red y su costo será el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p> <p>\$150 de copago por servicios de emergencia fuera de Estados Unidos.* Usted paga este monto incluso si ingresa al hospital dentro de las 24 horas siguientes por la misma afección.</p> <p>Está cubierto por hasta \$50,000 cada año por servicios de emergencia o de urgencia fuera de Estados Unidos.</p>
<p> <b>Programas educativos sobre salud y bienestar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Línea de asesoramiento de enfermería</b> Asesoramiento telefónico gratuito proporcionado por personal de enfermería registrado, capacitado y con licencia. La línea de asesoramiento de enfermería está</li> </ul>	<p>\$0 de copago por la línea de asesoramiento de enfermería.*</p>

**Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted paga</b>
<p> <b>Programas educativos sobre salud y bienestar - continuación</b></p> <p>disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para responder preguntas relacionadas con la salud. Puede comunicarse con la línea de asesoramiento de enfermería llamando a Servicios para los miembros para que lo transfieran a la línea de asesoramiento de enfermería.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Beneficio de acondicionamiento físico</b> Nuestro plan ofrece un programa de acondicionamiento físico que brinda acceso a centros de acondicionamiento físico en todo el país. <p>Para ayudarle a llevar un estilo de vida activo y saludable, tiene acceso a las siguientes ventajas sin costo alguno:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Membresía del centro de acondicionamiento físico: Elija entre una gran variedad de centros de acondicionamiento físico presenciales que participan en la red de acondicionamiento físico. La membresía incluye el acceso a los servicios de un club de acondicionamiento físico o de un estudio de acondicionamiento físico, así como a las lecciones de ejercicio grupales que se ofrecen. Puede tener acceso a uno o más gimnasios dentro de la red de acondicionamiento físico.</li> <li>○ Kits de acondicionamiento físico en el hogar: Puede elegir entre una amplia variedad de kits de acondicionamiento físico en el hogar. Puede recibir hasta 1 kit por año de beneficios.</li> <li>○ Programa de acondicionamiento físico digital: Elija entre miles de vídeos de ejercicio bajo pedido a través de la biblioteca digital, acceda a clases virtuales y a una aplicación móvil.</li> </ul> </li></ul>	<p>\$0 de copago por el beneficio de acondicionamiento físico.*</p>


**Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted paga</b>
<p> <b>Programas educativos sobre salud y bienestar - continuación</b></p> <p>Para más información acerca del beneficio de acondicionamiento físico, llame a Servicios para los miembros</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Sistema de respuesta personal de emergencia (Personal Emergency Response System, PERS)</b></li> </ul> <p>Cobertura para un dispositivo personal de respuesta médica de emergencia por vida y la tarifa mensual correspondiente. Un dispositivo personal de respuesta médica proporciona tranquilidad y respuesta durante las 24 horas, los 7 días de la semana ante sus necesidades de emergencia y no emergencia.</p> <p>Los miembros pueden elegir de entre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sistema PERS de línea fija para el hogar, que incluye opciones de uso en forma de pulsera y cordón para el cuello.</li> <li>○ Sistema PERS celular para el hogar, que incluye opciones de uso en forma de pulsera y cordón para el cuello.</li> <li>○ Sistema PERS móvil, que incluye opciones de uso en forma de pulsera y cordón para el cuello.</li> <li>○ Reloj PERS, que incluye las funciones de un reloj con capacidad de comunicación de dos vías; así como, un monitor de ritmo cardíaco, un podómetro y servicios de tecnología de localización.</li> </ul> <p>Para más información, llame a Servicios para los miembros.</p>	<p>\$0 de copago por un sistema de respuesta personal de emergencia (Personal Emergency Response System, PERS) - sistema de alerta médica.*</p>

**Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted paga</b>
<p><b>Servicios auditivos</b></p> <p>Las evaluaciones auditivas y de equilibrio con fines de diagnóstico que realiza su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención para pacientes externos cuando usted las recibe de parte de un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.</p> <p><b>Nuestro plan también cubre los siguientes servicios auditivos complementarios (p.ej., servicios de rutina):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 examen de audición de rutina cada año.</li> <li>• 1 ajuste y evaluación de audífonos cada año.</li> <li>• 1 audífono no implantable por hasta \$750 por cada año. Límite de 2 audífonos no implantables cada año. El beneficio incluye una garantía de 3 años que cubre la pérdida y los daños con un suministro de baterías para 2 años.</li> </ul> <p>Cualquier costo de audífonos que exceda el beneficio máximo anterior será su responsabilidad. Los audífonos adicionales no están cubiertos.</p> <p><b>Los servicios auditivos de rutina deben recibirse de un proveedor participante dentro de la red de proveedores para recibir el beneficio auditivo completo cubierto por el plan.</b></p> <p>Para obtener más información acerca de su proveedor de servicios auditivos, obtener la información de contacto y los beneficios que tiene, llame al Servicios para los miembros.</p>	<p>\$10 de copago por cada examen de audición cubierto por Medicare. <i>Puede requerirse una autorización previa.</i></p> <p>\$0 de copago por 1 examen de audición de rutina cada año.* <i>Puede requerirse una autorización previa.</i></p> <p>\$0 de copago por 1 ajuste y evaluación de audífonos cada año.* <i>Puede requerirse una autorización previa.</i></p> <p>\$0 de copago por 2 audífono(s) cada año.* <i>Puede requerirse una autorización previa.</i></p>

**Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted paga</b>
<p> <b>Prueba de detección de VIH</b></p> <p>Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que están en mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una prueba de detección cada 12 meses</li> </ul> <p>Si usted está embarazada, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hasta 3 pruebas de detección durante el embarazo.</li> </ul>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para pruebas de detección de VIH preventivas cubiertas por Medicare.</p>
<p><b>Agencia de atención médica a domicilio</b></p> <p>Antes de recibir los servicios de atención médica a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita servicios médicos a domicilio y solicitará que una agencia de atención médica a domicilio le brinde estos servicios. El requisito es que usted no pueda salir de su casa, lo que significa que hacerlo implica un gran esfuerzo.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de enfermería especializada o los servicios de un auxiliar de atención de la salud a domicilio en forma intermitente o de medio tiempo (para que se cubran a través del beneficio de atención médica a domicilio, los servicios de enfermería especializada y los servicios de un auxiliar de atención de la salud a domicilio combinados deben totalizar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana)</li> <li>• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla</li> <li>• Servicios médicos y sociales</li> <li>• Equipos y suministros médicos</li> </ul>	<p>\$0 de copago por cada servicio de agencia de atención médica a domicilio cubierto por Medicare. <i>Puede requerirse una autorización previa.</i></p>

**Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted paga</b>
<p><b>Tratamiento de infusión en el hogar</b></p> <p>El tratamiento de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su hogar. Los componentes necesarios para realizar una infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivíricos, inmunoglobulinas), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, sondas y catéteres).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, brindados de conformidad con nuestro plan de atención</li> <li>• La capacitación y la educación del paciente que no estén cubiertas de otra manera por el beneficio de equipo médico duradero</li> <li>• Supervisión remota</li> <li>• Servicios de supervisión para el suministro del tratamiento de infusión en el hogar y los medicamentos de infusión en el hogar brindados por un proveedor calificado para el tratamiento de infusión en el hogar</li> </ul>	<p>\$0 de copago por servicios profesionales de un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP), incluidos los servicios de enfermería, la capacitación y la educación, la supervisión remota y los servicios de monitoreo.</p> <p>\$10 de copago por servicios profesionales de un especialista, incluidos los servicios de enfermería, de capacitación y educativos, la supervisión remota y servicios de supervisión. <i>Puede requerirse una autorización previa.</i></p>


**Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted paga</b>
<p><b>Tratamiento de infusión en el hogar - continuación</b></p>	<p>Los equipos y suministros para infusión en el hogar están cubiertos a través del beneficio de Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME). Consulte la sección “Equipo médico duradero y suministros relacionados” para obtener información sobre los costos compartidos.</p> <p>Los medicamentos para infusión en el hogar están cubiertos a través del beneficio de Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare. Consulte la sección “Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare” para obtener información sobre los costos compartidos.</p>
<p><b>Atención en un hospicio</b></p> <p>Usted es elegible para el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le han dado un diagnóstico de enfermedad terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y que tiene una expectativa de vida de 6 meses o menos si su enfermedad sigue el curso normal. Es posible que reciba atención a través de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. Nuestro plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de hospicios certificados por Medicare en el área de servicio de nuestro plan, incluidos aquellos programas que poseemos, controlamos o en los que tenemos interés financiero. Su médico del hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos para controlar síntomas y aliviar el dolor</li> </ul>	<p>Cuando se inscribe en un programa de hospicios certificado por Medicare, los servicios de hospicio y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal los paga Original Medicare, no nuestro plan. Podría aplicarse un costo compartido por los servicios médicos por los servicios de consulta de hospicio. Consulte la Sección "Servicios de médicos/profesionales" de esta tabla para obtener información sobre los costos compartidos.</p>

**Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted paga</b>
<p><b>Atención en un hospicio - continuación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención de alivio a corto plazo</li> <li>• Atención a domicilio</li> </ul> <p>Cuando es admitido en un hospicio, tiene derecho a permanecer en su plan; si elige permanecer en su plan, debe continuar pagando las primas del plan.</p> <p><b>Para los servicios de hospicio y para los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que se relacionan con su diagnóstico de enfermedad terminal:</b> Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor del hospicio por sus servicios en un hospicio y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionados 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. Se le facturará el costo compartido de Original Medicare.</p> <p><b>Para los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no se relacionan con su diagnóstico de enfermedad terminal:</b> Si usted necesita servicios que nos son de emergencia, que no se necesitan con urgencia, que están cubiertos por la Parte A o por la Parte B que no están relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal, el costo de estos servicios depende de si usted utiliza un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las normas del plan (como si hay algún requisito de obtener una autorización previa).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las normas del plan para obtener un servicio, solo pagará el monto de costo compartido de nuestro plan para los servicios dentro de la red</li> <li>• Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, pagará el costo compartido conforme al plan de Original Medicare</li> </ul> <p><b>Para los servicios cubiertos por nuestro plan, pero que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare:</b> Nuestro plan seguirá cubriendo los servicios cubiertos que no estén cubiertos por la Parte A o la Parte B, ya sea que estén o no relacionados con su pronóstico de enfermedad terminal.</p>	

**Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted paga</b>
<p><b>Atención en un hospicio - continuación</b></p> <p><b>Nota:</b> Si necesita atención médica que no sea en un hospicio (atención que no está relacionado con su diagnóstico de enfermedad terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios.</p> <p>Nuestro plan cubre servicios de consulta de hospicio (solo una vez) para una persona con una enfermedad terminal que no haya elegido el beneficio de hospicio.</p>	
<p> <b>Inmunizaciones</b></p> <p>Los servicios de la Parte B cubiertos por Medicare incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vacunas contra la neumonía</li> <li>• Vacunas (o inmunizaciones) contra la gripe/influenza, una vez en cada temporada de gripe/influenza en el otoño y el invierno, y vacunas (o inmunizaciones) adicionales contra la gripe/influenza si son médicamente necesarias</li> <li>• Vacunas contra la hepatitis B si corre riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B</li> <li>• Vacunas contra COVID-19</li> <li>• Otras vacunas si su salud está en riesgo y si estas cumplen con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare</li> </ul>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra neumonía, gripe/influenza, hepatitis B ni COVID-19.</p> <p>Para otras vacunas cubiertas por Medicare (si usted está en riesgo y estas cumplen con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare), consulte la sección de medicamentos con receta de la Parte B de Medicare que se encuentra en esta tabla para saber cuál es el costo compartido aplicable. <i>Algunos medicamentos de la Parte B requieren autorización previa para estar cubiertos.</i></p>
<p><b>Atención hospitalaria para pacientes internados</b></p> <p>Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que usted formalmente ingresa al</p>	<p>Para admisiones cubiertas por Medicare, por admisión: \$275 de copago por día, por los días 1 al 5, y \$0 de copago por día, por los días 6 al 90 por cada hospitalización.</p>

**Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted paga</b>
<p><b>Atención hospitalaria para pacientes internados - continuación</b></p> <p>hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado.</p> <p>Usted tiene cobertura para días ilimitados de hospitalizaciones cubiertas por Medicare para pacientes internados.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario)</li> <li>• Comidas, incluye dietas especiales</li> <li>• Servicios de enfermería permanentes</li> <li>• Costos de las unidades de cuidados especiales (como unidades de cuidados intensivos o coronarios)</li> <li>• Medicamentos</li> <li>• Pruebas de laboratorio</li> <li>• Radiografías y otros servicios radiológicos</li> <li>• Suministros médicos y quirúrgicos necesarios</li> <li>• Uso de aparatos, como sillas de ruedas</li> <li>• Costos de la sala de operaciones y de recuperación</li> <li>• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje</li> <li>• Servicios por abuso de sustancias para pacientes internados</li> <li>• En determinadas condiciones, están cubiertos los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/múltiples vísceras. Si necesita un trasplante, organizaremos la revisión de su caso en un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que decidirá si es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante de la red se encuentran fuera del patrón de atención de la comunidad, puede elegir un lugar cerca siempre y cuando los proveedores locales de trasplante estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si nuestro plan brinda servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige llevar a cabo el trasplante en este</li> </ul>	<p>\$0 de copago sin límite de días adicionales.*</p> <p>Si recibe atención para pacientes internados autorizada en un hospital fuera de la red una vez que se ha estabilizado su afección de emergencia, su costo será 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. Nuestro plan ofrece una cantidad adicional ilimitada de días cuando es médicamente necesario. El costo compartido, si corresponde, para estos días no se aplica al monto máximo que paga de su bolsillo. <i>Puede requerirse una autorización previa.</i></p> <p>No se aplican los períodos de beneficios hospitalarios de Medicare. Para atención durante una hospitalización, se aplica el costo compartido que se describió anteriormente cada vez que tenga que internarse en un hospital. El traslado a un establecimiento de otro tipo (como Hospital de rehabilitación para pacientes</p>

**Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted paga</b>
<p><b>Atención hospitalaria para pacientes internados - continuación</b></p> <p>lugar distante, coordinaremos o pagaremos los costos de transporte y alojamiento correspondientes para usted y un acompañante.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sangre: se incluyen almacenamiento y administración. La cobertura de sangre entera y de concentrado de glóbulos rojos comienza únicamente con la primera pinta de sangre que necesite. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta.</li> <li>• Servicios médicos</li> </ul> <p><b>Nota:</b> Para ser paciente internado, el proveedor debe hacer una orden por escrito para que lo ingresen de manera formal como paciente internado en el hospital. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, podría ser considerado un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente internado o un <i>paciente externo</i>, consulte con el personal del hospital.</p> <p>Obtenga más información en la hoja de datos de <i>Medicare Hospital Benefits (Beneficios hospitalarios de Medicare)</i>. La hoja de datos se encuentra disponible en internet en <a href="http://www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf">www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf</a> o puede obtenerla llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p>	<p>de cuidados intensivos u otro hospital de cuidados intensivos) se considera una nueva internación.</p> <p>Los costos compartidos se aplican a partir del primer día de admisión y no incluyen la fecha del alta.</p>
<p><b>Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren hospitalización.</p> <p>Usted tiene cobertura durante 90 días por admisión en el caso de estadías cubiertas por Medicare.</p> <p>Existe un límite de 190 días de por vida para los servicios de salud mental para pacientes internados en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a los pacientes internados que reciben servicios de salud mental prestados en una unidad psiquiátrica en un hospital general. Si ha utilizado parte del beneficio de 190 días de por vida de Medicare antes de inscribirse</p>	<p>Para admisiones cubiertas por Medicare, por admisión:</p> <p>\$225 de copago por día, por los días 1 al 5, y \$0 de copago por día, por los días 6 al 90 por atención de salud mental.</p> <p>Días de reserva de por vida \$0 de copago por día.</p> <p>Días de reserva de por vida son días adicionales que el plan pagará cuando los miembros</p>


**Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted paga</b>
<p><b>Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico - continuación</b></p> <p>en nuestro plan, solo tendrá derecho a recibir el resto de los días que le quedan de por vida.</p>	<p>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 utilizar durante su vida.</p> <p><i>Puede requerirse una autorización previa.</i></p> <p>Si recibe atención para pacientes internados autorizada en un hospital fuera de la red una vez que se ha estabilizado su afección de emergencia, su costo será el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p> <p>No se aplican los períodos de beneficios hospitalarios de Medicare. En el caso de la atención de salud mental para pacientes internados, el costo compartido descrito anteriormente se aplica cada vez que ingresa en el hospital. El traslado a un establecimiento de otro tipo (como Hospital de rehabilitación para pacientes de cuidados intensivos u otro hospital de cuidados intensivos) se considera una nueva internación.</p>

**Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted paga</b>
<p><b>Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico - continuación</b></p>	<p>Los costos compartidos se aplican a partir del primer día de admisión y no incluyen la fecha del alta.</p>
<p><b>Hospitalización: servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta</b></p> <p>Si ha agotado sus beneficios para paciente internado o si la hospitalización no es razonable ni necesaria, no cubriremos su hospitalización. En algunos casos, cubriremos ciertos servicios que recibe mientras está en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios médicos</li> <li>• Análisis de diagnóstico (como los análisis de laboratorio)</li> <li>• Tratamiento con radiografías, radio e isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos</li> <li>• Vendajes quirúrgicos</li> <li>• Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones</li> <li>• Dispositivos protésicos y ortésicos (salvo los dentales) que sustituyen una parte o la totalidad de un órgano interno del cuerpo (incluso tejido contiguo), o bien una parte o la totalidad del funcionamiento de un órgano interno del cuerpo que no funciona bien o que permanentemente no funciona, incluso la sustitución o reparación de dichos dispositivos</li> <li>• Soportes para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debidos a la rotura, al desgaste, a la pérdida o a un cambio en el estado físico del paciente</li> <li>• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla</li> </ul>	<p>Los servicios mencionados seguirán estando cubiertos con los montos de costo compartido que se muestran en la tabla de beneficios para el servicio específico.</p>

**Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted paga</b>
<p><b>Comidas</b></p> <p><b>Comidas para después de los cuidados agudos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>En el caso de los miembros que han sido dados de alta de un centro hospitalario para pacientes internos, el plan proporcionará un máximo de 3 comidas al día durante 14 días para un total de 42 comidas sin costo para usted. Los servicios deben solicitarse en un plazo de 45 días a partir de la fecha de alta de su estadía como paciente internado. Sujeto a disponibilidad, usted puede elegir recibir comidas frescas congeladas, comidas refrigeradas o batidos nutricionales. Usted puede elegir recibir una combinación de comidas y batidos dentro del límite total de su beneficio.</li> </ul> <p><b>Comidas para personas con afecciones crónicas</b></p> <p>Los miembros que estén en un programa de administración de la atención y que tengan ciertas afecciones crónicas podrían ser elegibles para recibir comidas saludables como parte de un programa supervisado para su transición hacia modificaciones del estilo de vida.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Las afecciones crónicas que reúnen los requisitos incluyen SIDA, asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD), insuficiencia cardíaca, enfermedad de las arterias coronarias, diabetes e hipertensión.</li> <li>Usted podría recibir un máximo de 3 comidas por día por hasta 28 días, para un máximo de 84 comidas por mes. Este beneficio se podría usar por un período máximo de 3 meses por año.</li> <li>Sujeto a disponibilidad, usted puede elegir recibir comidas frescas congeladas, comidas refrigeradas o batidos nutricionales. Usted puede elegir recibir una combinación de comidas y batidos dentro del límite mensual de su beneficio.</li> </ul>	<p>\$0 de copago por cada comida o batido médicamente necesarios para después de los cuidados agudos cubierto por el plan.* <i>Puede requerirse una remisión.</i></p> <p>\$0 de copago por cada comida o batido médicamente necesario cubierto por el plan para personas con afecciones crónicas.* <i>Puede requerirse una remisión.</i></p>
<p> <b>Terapia de nutrición médica</b></p> <p>Este beneficio es para las personas con diabetes, enfermedad renal (del riñón) (pero no con tratamiento de diálisis) o después de un trasplante cuando lo ordena su médico.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para servicios de terapia médica</p>

**Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted paga</b>
<p> <b>Terapia de nutrición médica - continuación</b></p> <p>Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que recibe los servicios de terapia médica nutricional a través de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage u Original Medicare) y luego, 2 horas cada año. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, es posible que pueda obtener más horas de tratamiento con la orden de un médico. El médico debe recetarle estos servicios y renovar la orden cada año si usted necesita tratamiento en el siguiente año calendario.</p>	<p>nutricional cubiertos por Medicare.</p>
<p> <b>Programa de prevención de la diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP)</b></p> <p><b>Los servicios del Programa de prevención de la diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) están cubiertos para las personas elegibles a través de todos los planes de salud de Medicare.</b></p> <p>El MDPP es una intervención estructurada de cambio de conducta de salud que brinda capacitación práctica sobre cambio en la dieta a largo plazo, mayor actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos a fin de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.</p>
<p><b>Medicamentos de la Parte B de Medicare</b></p> <p><b>La Parte B de Original Medicare cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen lo siguiente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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 externos o en un centro quirúrgico ambulatorio</li> </ul>	<p>Algunos medicamentos pueden estar sujetos al tratamiento escalonado.</p> <p><b>Medicamentos de insulina de la Parte B de Medicare</b> \$35 de copago por medicamentos de insulina de la Parte B cubiertos por Medicare. El costo compartido de la insulina está sujeto a lo que sea menor entre el 25% o un límite</p>


**Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted paga</b>
<p><b>Medicamentos de la Parte B de Medicare - continuación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Insulina provista a través de un equipo médico duradero (por ejemplo, una bomba de insulina médicamente necesaria)</li> <li>• Otros medicamentos que se administran con equipo médico duradero (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por nuestro plan</li> <li>• El medicamento para la enfermedad de Alzheimer, Leqembi®(nombre genérico lecanemab), que se administra por vía intravenosa. Además de los costos de los medicamentos, es posible que necesite análisis y estudios de exploración y pruebas adicionales antes y/o durante el tratamiento que podrían agregarse a sus costos totales. Consulte con su médico qué estudios de exploración y análisis puede necesitar como parte del tratamiento.</li> <li>• Factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia</li> <li>• Medicamentos inmunosupresores/para trasplantes: Medicare cubre el tratamiento con medicamentos para trasplantes si Medicare pagó su trasplante de órgano. Usted debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto, y debe tener la Parte B en el momento en que recibe los medicamentos inmunosupresores.</li> <li>• 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</li> <li>• Algunos antígenos: Medicare cubre antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente instruida (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada</li> </ul>	<p>de copago de \$35 por un suministro de insulina para un mes. <i>Puede requerirse una autorización previa.</i></p> <p><b>Otros medicamentos de la Parte B de Medicare</b> 0% de coseguro por los antígenos de alergia de la Parte B cubiertos por Medicare. 20% de coseguro por todos los demás medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare. <i>Puede requerirse una autorización previa.</i></p> <p><b>Medicamentos para quimioterapia/radiación de la Parte B de Medicare</b> 20% de coseguro por medicamentos para quimioterapia de la Parte B cubiertos por Medicare. <i>Puede requerirse una autorización previa.</i></p>

**Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted paga</b>
<p><b>Medicamentos de la Parte B de Medicare - continuación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinados medicamentos orales para el tratamiento del cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales para el cáncer que toma por la boca si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo principio activo que se encuentra en el medicamento inyectable) del medicamento inyectable.</li> <li>• Medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que usted use como parte de un tratamiento de quimioterapia contra el cáncer si se administran antes, durante o dentro de las 48 horas siguientes a la quimioterapia, o si se usan como reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas</li> <li>• Determinados medicamentos orales para la enfermedad renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD) cubiertos por la Parte B de Medicare</li> <li>• Medicamentos calcimiméticos y medicamentos quelantes de fosfato según el sistema de pago de la ESRD, incluidos los medicamentos intravenosos Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar®</li> <li>• Determinados medicamentos para autodiálisis en el hogar, incluidos heparina, el antídoto para la heparina, (cuando sea médicamente necesario) y anestésicos tópicos</li> <li>• Fármacos estimuladores de la eritrocitopoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina mediante inyección si usted tiene enfermedad renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD) o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras afecciones. (como Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa®, Mircera®, o Methoxy polyethyleneglycol-epoetin beta)</li> <li>• Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias</li> </ul>	<p><b>Determinados medicamentos reembolsables de la Parte B pueden estar sujetos a un coseguro más bajo que el indicado anteriormente.</b></p>

**Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted paga</b>
<p><b>Medicamentos de la Parte B de Medicare - continuación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nutrición parenteral y enteral (intravenosa y para sondas)</li> </ul> <p>Este enlace, le dirigirá hacia una lista de medicamentos de la Parte B que podrían estar sujetos a tratamiento escalonado: <a href="https://www.wellcare.com/TXStepTherapy">go.wellcare.com/TXStepTherapy</a></p> <p>También cubrimos algunas vacunas en virtud del beneficio de cobertura para medicamentos de la Parte B.</p>	
<p> <b>Prueba de detección de obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso continua</b></p> <p>Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si usted lo recibe en un establecimiento de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan integral de prevención. Para obtener más información, consulte con su especialista o médico de atención primaria.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los tratamientos y las pruebas de detección preventivos de obesidad.</p>
<p><b>Servicios del programa de tratamiento para opioides</b></p> <p>Los miembros de nuestro plan con trastorno por uso de opioides (Opioid Use Disorder, OUD) pueden recibir la cobertura de servicios para tratar los OUD a través de un Programa de tratamiento para opioides (Opioid Treatment Program, OTP), que incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) de los Estados Unidos y medicamentos agonistas y antagonistas de opioides para tratamiento asistido por medicamentos (Medication-Assisted Treatment, MAT)</li> <li>Suministro y administración de medicamentos de MAT (si corresponde)</li> <li>Asesoramiento sobre consumo de sustancias</li> <li>Terapia individual y grupal</li> <li>Pruebas toxicológicas</li> </ul>	<p>\$10 de copago por cada servicio de tratamiento para opioides cubierto por Medicare. <i>Puede requerirse una autorización previa.</i></p>

**Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted paga</b>
<p><b>Servicios del programa de tratamiento para opioides - continuación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Actividades de admisión</li> <li>• Evaluaciones periódicas</li> </ul>	
<p><b>Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiografías</li> <li>• Tratamiento de radiación (radio e isótopos), incluyendo materiales y suministros de los técnicos</li> <li>• Suministros quirúrgicos, por ejemplo, vendajes</li> <li>• Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones</li> <li>• Análisis de laboratorio</li> <li>• Sangre: se incluyen almacenamiento y administración. La cobertura de sangre entera y de glóbulos rojos concentrados comienza solo con la primera pinta de</li> </ul>	<p>\$25 de copago por radiografías cubiertas por Medicare. <i>Puede requerirse una autorización previa.</i></p> <p>20% de coseguro por servicios radiológicos terapéuticos cubiertos por Medicare. <i>Puede requerirse una autorización previa.</i></p> <p>20% de coseguro por suministros médicos cubiertos por Medicare, incluyendo yesos y entablillados. <i>Puede requerirse una autorización previa.</i></p> <p>\$50 de copago por pruebas genéticas cubiertas por Medicare. \$0 de copago por todos los demás servicios de laboratorio cubiertos por Medicare. <i>Puede requerirse una autorización previa.</i></p> <p>\$0 de copago por los servicios de sangre cubiertos por Medicare.</p>

**Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted paga</b>
<p><b>Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos - continuación</b></p> <p>sangre que necesite. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pruebas diagnósticas que no son de laboratorio como tomografías computarizadas (CT), imagen por resonancias magnéticas (MRI), electrocardiogramas (EKG) y tomografías por emisión de positrones (PET) cuando su médico u otro proveedor de salud las ordena para tratar un problema médico.</li> <li>• Otros análisis de diagnóstico para pacientes externos</li> </ul>	<p>\$0 de copago por mamografía de diagnóstico cubierta por Medicare.</p> <p>\$200 de copago por todos los demás servicios de radiología de diagnóstico cubiertos por Medicare recibidos en un entorno para pacientes externos.</p> <p>\$75 de copago por todos los demás servicios cubiertos por Medicare recibidos en todas las demás ubicaciones. <i>Puede requerirse una autorización previa.</i></p> <p>\$0 de copago por procedimientos y pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare. <i>Puede requerirse una autorización previa.</i></p> <p>Si usted recibe varios servicios de la misma categoría el mismo día en el mismo centro, será responsable de pagar el monto máximo de copago para esa categoría de servicio en ese centro.</p> <p>Sin embargo, si el beneficio de un servicio es un copago (monto fijo en dólares) y el beneficio de otro servicio es un coseguro (porcentaje del costo</p>

**Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted paga</b>
<p><b>Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos - continuación</b></p>	<p>permitido), es posible que tenga que pagar tanto el copago como el coseguro.</p>
<p><b>Observación hospitalaria para pacientes externos</b></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 hospitalarios de observación para pacientes externos tengan cobertura, deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse 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><b>Nota:</b> A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, podría ser considerado un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital.</p> <p>Para más información, consulte la hoja de datos de Medicare denominada <i>Medicare Hospital Benefits (Beneficios hospitalarios de Medicare)</i>. La hoja de datos figura en <a href="http://www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf">www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf</a> o puede obtenerla llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p>	<p>\$150 de copago por servicios de observación para pacientes externos cuando entra en estado de observación en una sala de emergencias.</p> <p>\$200 de copago por servicios de observación para pacientes externos cuando entra en estado de observación a través de un centro para pacientes externos.</p> <p>Se aplicarán costos adicionales por los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</p>
<p><b>Servicios hospitalarios para pacientes externos</b></p> <p>Cubrimos servicios médicamente necesarios que se le hayan brindado en el departamento de pacientes externos de un</p>	<p>Usted paga los montos de costo compartido que se</p>

**Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted paga</b>
<p><b>Servicios hospitalarios para pacientes externos - continuación</b></p> <p>hospital para diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes externos, como servicios de observación o cirugía para pacientes externos</li> <li>• Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital</li> <li>• 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</li> <li>• Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital</li> <li>• Suministros médicos como entablillados y yesos</li> <li>• Ciertos medicamentos y productos biológicos que no se pueden autoadministrar</li> </ul> <p><b>Nota:</b> A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, podría ser considerado un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital.</p>	<p>muestran en la Tabla de beneficios médicos para el servicio específico.</p> <p>Si usted recibe varios servicios de la misma categoría en el mismo día en el mismo centro, será responsable de pagar el monto máximo de copago para esa categoría de servicio en esa ubicación.</p> <p>Sin embargo, si el beneficio de un servicio es un copago (monto fijo en dólares) y el beneficio de otro servicio es un coseguro (porcentaje del costo permitido), es posible que se le pida a usted pagar tanto el copago como el coseguro.</p>
<p><b>Atención de salud mental para pacientes externos</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</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, consejera profesional autorizada (Licensed Professional Counselor, LPC), terapeuta familiar y matrimonial con licencia (Licensed Marriage and Family Therapist, LMFT), enfermero con práctica médica (Nurse Practitioner, NP), asistente médico (Physician Assistant, PA) u otro</p>	

**Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted paga</b>
<p><b>Atención de salud mental para pacientes externos - continuación</b></p> <p>profesional de atención de salud mental calificado por Medicare, según lo permitido por la legislación estatal aplicable.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Servicios prestados por un psiquiatra</li> <li>Servicios prestados por otros proveedores de atención de salud mental</li> </ul>	<p>\$0 de copago por cada consulta de terapia individual cubierta por Medicare con un psiquiatra. <i>Puede requerirse una autorización previa.</i></p> <p>\$0 de copago por cada consulta de terapia grupal cubierta por Medicare con un psiquiatra. <i>Puede requerirse una autorización previa.</i></p> <p>\$0 de copago por cada consulta para terapia individual cubierta por Medicare con otros proveedores de salud mental. <i>Puede requerirse una autorización previa.</i></p> <p>\$0 de copago por cada consulta para terapia grupal cubierta por Medicare con otros proveedores de salud mental. <i>Puede requerirse una autorización previa.</i></p>
<p><b>Servicios de rehabilitación para pacientes externos</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen: fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje.</p> <p>Los servicios de rehabilitación para pacientes externos son brindados en varios entornos para pacientes externos, como departamentos de pacientes externos de hospitales, consultorios</p>	

**Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted paga</b>
<p><b>Servicios de rehabilitación para pacientes externos - continuación</b></p> <p>de terapeutas independientes y Centros de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities, CORF).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios prestados por un terapeuta del habla y del lenguaje</li> <li>• Servicios prestados por un terapeuta ocupacional</li> <li>• Servicios prestados por un terapeuta del habla y del lenguaje</li> </ul>	<p>\$10 de copago por cada consulta de fisioterapia cubierta por Medicare. <i>Puede requerirse una autorización previa.</i></p> <p>\$10 de copago por cada consulta de terapia ocupacional cubierta por Medicare. <i>Puede requerirse una autorización previa.</i></p> <p>\$10 de copago por cada consulta de terapia del habla y del lenguaje cubierta por Medicare. <i>Puede requerirse una autorización previa.</i></p>
<p><b>Servicios por trastorno por el consumo de sustancias para pacientes externos</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Los servicios para el trastorno por el consumo de sustancias, como las sesiones de terapia individual y grupal proporcionadas por un médico, un psicólogo clínico, un trabajador social, un especialista en enfermería, un asistente médico u otro profesional o programa calificado según Medicare o autorizado según las leyes estatales aplicables.</p>	<p>\$0 de copago por cada consulta de terapia individual cubierta por Medicare. <i>Puede requerirse una autorización previa.</i></p> <p>\$0 de copago por cada consulta para terapia grupal cubierta por Medicare. <i>Puede requerirse una autorización previa.</i></p>

**Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted paga</b>
<p><b>Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios</b></p> <p><b>Nota:</b> Si va a ser sometido a una cirugía en un centro hospitalario, consulte con el proveedor si será considerado un paciente internado o externo. A menos que el proveedor escriba una orden de admisión para su hospitalización, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido para la cirugía para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, podría ser considerado un paciente externo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios prestados en un hospital para pacientes externos</li> <li>• Servicios prestados en un centro quirúrgico ambulatorio</li> </ul>	<p>\$0 de copago por biopsias de piel cubiertas por Medicare. \$200 de copago por todos los demás servicios para pacientes externos cubiertos por Medicare. <i>Puede requerirse una autorización previa.</i></p> <p>\$125 de copago por cada consulta cubierta por Medicare a un centro quirúrgico ambulatorio. <i>Puede requerirse una autorización previa.</i></p>
<p><b>Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes externos</b></p> <p>La <i>hospitalización parcial</i> es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo, suministrado como un servicio hospitalario para pacientes externos o en un centro de salud mental comunitario, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del médico, del terapeuta, del terapeuta familiar y matrimonial con licencia (Licensed Marriage and Family Therapist, LMFT) o en un consultorio de asesores profesionales con licencia y es una alternativa a la hospitalización.</p> <p>El <i>servicio intensivo para pacientes externos</i> es un programa estructurado de tratamiento/terapia de salud conductual (mental)</p>	<p>\$175 de copago por día por cada servicio de hospitalización parcial cubierto por Medicare. <i>Puede requerirse una autorización previa.</i></p> <p>\$175 de copago por día por cada servicio intensivo para</p>

**Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted paga</b>
<p><b>Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes externos - continuación</b></p> <p>activo proporcionado en un departamento de pacientes externos de un hospital, un centro de salud mental comunitario, un centro de salud calificado federalmente o una clínica de salud rural, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta familiar y matrimonial con licencia (Licensed Marriage and Family Therapist, LMFT) o consejero profesional autorizado (Licensed Professional Counselor, LPC), pero menos intenso que la hospitalización parcial.</p>	<p>pacientes externos cubierto por Medicare. <i>Puede requerirse una autorización previa.</i></p>
<p><b>Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención médica o servicios quirúrgicos médicamente necesarios se llevan a cabo en un consultorio médico por un proveedor de atención primaria</li> <li>• Servicios de atención médica o servicios quirúrgicos médicamente necesarios prestados en un centro quirúrgico ambulatorio certificado, un departamento para pacientes externos de un hospital o en cualquier otra ubicación</li> <li>• Consultas, diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista</li> <li>• Otros profesionales de la salud</li> </ul>	<p>\$0 de copago por cada consulta en el consultorio del PCP cubierta por Medicare.</p> <p>Consulte “Cirugía para pacientes externos” en esta tabla para conocer los montos de costo compartido aplicables por consultas en un centro quirúrgico ambulatorio o en un entorno hospitalario para pacientes externos.</p> <p>\$10 de copago por cada consulta con un especialista cubierta por Medicare. <i>Puede requerirse una autorización previa.</i></p> <p>\$0 de copago por servicios recibidos de otros profesionales de atención médica en el consultorio de un PCP.</p>

**Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted paga</b>
<p><b>Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico - continuación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exámenes auditivos básicos y relacionados con el equilibrio realizados por su proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP), si el médico así lo indica para determinar si usted necesita tratamiento médico</li> <li>• Ciertos servicios de telesalud, entre ellos: Los servicios de urgencia, los servicios de atención médica a domicilio, médico de atención primaria, terapia ocupacional, especialista, sesiones individuales y grupales para la salud mental, servicios de podiatría, otros servicios de atención médica profesional, sesiones individuales y grupales de servicios de terapia psiquiátrica, de fisioterapia y de servicios de patología del habla y el lenguaje, sesiones individuales y grupales para el abuso de sustancias para pacientes externos y de capacitación para el autocontrol de la diabetes. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tiene la opción de recibir estos servicios mediante una consulta en persona o a través de telesalud. Si elige recibir uno de estos servicios a través de telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca el servicio a través de telesalud.</li> <li>○ Una consulta virtual (también denominada consulta de telesalud o de telemedicina) es una consulta con un médico, por teléfono o por internet, usando un teléfono inteligente, una tableta o una computadora. Ciertos tipos de consultas pueden requerir internet y un dispositivo equipado con cámara.</li> </ul> </li> </ul>	<p>\$10 de copago por servicios recibidos de otros profesionales de atención médica en todas las demás ubicaciones. <i>Puede requerirse una autorización previa.</i></p> <p>\$10 de copago por servicios de audición cubiertos por Medicare. <i>Puede requerirse una autorización previa.</i></p> <p>\$0 de copago por consultas virtuales que proporciona(n) el (los) proveedor(es) de consultas virtuales de su plan.</p> <p><b>Tenga en cuenta lo siguiente:</b> El \$0 de copago mencionado antes solamente se aplica cuando los servicios se reciben de parte del (de los) proveedor(es) de consultas virtuales del plan. Si recibe servicios en persona o de telemedicina de un proveedor de la red y no de proveedor(es) de consultas virtuales, usted pagará los costos compartidos que figuran para esos proveedores, según se describe en esta tabla de beneficios (por ejemplo, si recibe servicios de telesalud de su proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP), pagará el costo compartido que corresponde al PCP).</p>

**Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted paga</b>
<p><b>Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico - continuación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nuestro plan ofrece acceso a consultas virtuales durante las 24 horas a día, los 7 días de la semana a médicos certificados por la junta y que forman parte de la red de consultas virtuales para ayudarle a abordar una amplia variedad de preguntas/inquietudes relacionadas con la salud. Los servicios cubiertos incluyen atención médica general, salud conductual, dermatología y más. Para obtener más información, o para encontrar un proveedor de la red de consultas virtuales, llame a Servicios para los miembros.</li> <li>• Algunos servicios de telesalud, entre los que se incluyen consultas, diagnósticos y tratamientos por parte de un médico o profesional para los pacientes en ciertas áreas rurales u otros lugares aprobados por Medicare</li> <li>• Servicios de telesalud para las consultas mensuales relacionadas con una enfermedad renal terminal, para los miembros que se realizan diálisis en el hogar, en un centro de diálisis renal basado en un hospital o basado en un hospital de acceso crítico, centro de diálisis renal o el hogar del miembro</li> <li>• Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación</li> <li>• Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por el consumo de sustancias o un trastorno de salud mental que ocurre en simultáneo, independientemente de su ubicación</li> <li>• Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental <b>si</b>: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Usted tiene una consulta en persona dentro de los 6 meses anteriores a su primera consulta de telesalud</li> <li>○ Tiene una consulta en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud</li> </ul> </li> </ul>	



**Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted paga</b>
<p><b>Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico - continuación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Se pueden hacer excepciones a lo anterior en ciertas circunstancias</li> <li>• Servicios de telesalud para consultas de salud mental proporcionados por Clínicas de Salud Rural y Centros de Salud Calificados Federalmente</li> <li>• Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat de video) con su médico durante 5-10 minutos <b>si</b>: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ No es un paciente nuevo <b>y</b></li> <li>○ El control no está relacionado con una consulta en el consultorio en los últimos 7 días <b>y</b></li> <li>○ El control no lleva a una consulta en el consultorio dentro de las 24 horas o la cita más cercana disponible</li> </ul> </li> <li>• Evaluación de videos y/o imágenes que usted envía a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico en un plazo de 24 horas <b>si</b>: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ No es un paciente nuevo <b>y</b></li> <li>○ La evaluación no está relacionada con una consulta en el consultorio en los últimos 7 días <b>y</b></li> <li>○ La evaluación no deriva en una consulta en el consultorio dentro de las siguientes 24 horas o en la cita más cercana disponible</li> </ul> </li> <li>• Consulta que su médico realiza con otros médicos por teléfono, internet o registro de salud electrónico</li> </ul>	<p>Usted pagará el costo compartido que se aplica a los servicios del proveedor (según se describe en “Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico” más arriba).</p> <p>Usted pagará el costo compartido que se aplica a los servicios del proveedor (según se describe en “Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico” más arriba).</p> <p>Usted pagará el costo compartido que se aplica a los servicios del proveedor (según se describe en “Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico” más arriba).</p>



**Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted paga</b>
<p><b>Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico - continuación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía</li> </ul>	<p>Usted pagará el costo compartido que se aplica a los servicios del proveedor (según se describe en “Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico” más arriba).</p> <p>Además de los costos compartidos mencionados anteriormente, habrá un copago y/o coseguro para los servicios cubiertos por Medicare que son médicamente necesarios para el equipo médico duradero y los suministros, los dispositivos protésicos y los suministros, las pruebas de diagnóstico para pacientes externos y los servicios terapéuticos, los anteojos y lentes de contacto para después de una cirugía de cataratas, y medicamentos con receta de la Parte B, como se describen en esta Tabla de beneficios.</p>
<p><b>Servicios de podiatría</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos)</li> </ul>	<p>\$10 de copago por servicios de podiatría cubiertos por Medicare. <i>Puede requerirse una autorización previa.</i></p>



**Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted paga</b>
<p><b>Servicios de podiatría - continuación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Cuidado de rutina de los pies para los miembros que padecen determinadas afecciones que comprometen las extremidades inferiores</li> </ul>	
<p> <b>Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para la prevención del VIH</b></p> <p>Si usted no tiene VIH, pero su médico u otro profesional de atención médica determina que usted corre un riesgo elevado de contraer VIH, cubrimos los medicamentos de profilaxis previa a la exposición (Pre-Exposure Prophylaxis, PrEP) y los servicios relacionados.</p> <p>Si usted califica, los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Medicamentos de PrEP orales o inyectables aprobados por la FDA. Si usted recibe un medicamento inyectable, también cubrimos el cargo por la administración del medicamento.</li> <li>Hasta 8 sesiones individuales de asesoramiento (incluyendo evaluación de riesgo de contraer VIH, reducción del riesgo de contraer VIH y cumplimiento farmacológico) cada 12 meses.</li> <li>Hasta 8 pruebas de detección de VIH cada 12 meses.</li> </ul> <p>Una prueba de detección del virus de la hepatitis B por una única vez.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio de PrEP.</p>
<p> <b>Pruebas de detección de cáncer de próstata</b></p> <p>Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tacto rectal</li> </ul>	<p>\$0 de copago por el tacto rectal anual cubierto por Medicare.</p>



**Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted paga</b>
 <p><b>Pruebas de detección de cáncer de próstata - continuación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Análisis del antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA)</li> </ul>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para un análisis del PSA anual.</p>
<p><b>Dispositivos protésicos, ortésicos y suministros relacionados</b></p> <p>Dispositivos (salvo los dentales) que reemplazan una función o una parte del cuerpo de manera parcial o total. Estos incluyen, entre otros, pruebas, adaptación o capacitación para el uso de dispositivos protésicos y ortésicos, así como: bolsas de colostomía y artículos directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, férulas, zapatos protésicos, extremidades artificiales, y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Se incluyen determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos y ortésicos, así como la reparación y/o sustitución de estos dispositivos. Además, también se proporciona cierto grado de cobertura después de la extracción de cataratas o de una cirugía de cataratas, para obtener más detalles, consulte <i>Atención de la vista</i> más adelante en esta tabla.</p>	<p>20% de coseguro por dispositivos protésicos y ortésicos cubiertos por Medicare. <i>Puede requerirse una autorización previa.</i></p> <p>20% de coseguro por suministros médicos cubiertos por Medicare, relacionados con dispositivos protésicos. <i>Puede requerirse una autorización previa.</i></p>
<p><b>Servicios de rehabilitación pulmonar</b></p> <p>Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para los miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD) de moderada a muy grave y una orden para recibir servicios de rehabilitación pulmonar del médico que trata su enfermedad respiratoria crónica.</p>	<p>\$40 de copago por cada consulta de servicios de rehabilitación pulmonar cubierta por Medicare.</p>
 <p><b>Prueba de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol</b></p> <p>Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos con Medicare (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol, pero que no son dependientes.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de detección y asesoramiento</p>

**Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted paga</b>
<p> <b>Prueba de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol - continuación</b></p> <p>Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, usted puede obtener hasta 4 sesiones breves de asesoramiento personales por año (si demuestra ser competente y estar alerta durante el asesoramiento) brindado por un médico o profesional de atención primaria calificado en un establecimiento de atención primaria.</p>	<p>para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare.</p>
<p> <b>Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)</b></p> <p>Para las personas que reúnen los requisitos, se cubre una tomografía computarizada de baja dosis (Low Dose Computed Tomography, LDCT) cada 12 meses.</p> <p><b>Los miembros elegibles son</b> personas de entre 50 y 77 años y no tienen signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero tener antecedentes como fumadores de tabaco de, al menos, 20 paquetes/años y ser fumadores actualmente o haber dejado de fumar en los últimos 15 años y recibir una orden de parte de un médico o un profesional no médico calificado para realizarse una LDCT durante una consulta para el asesoramiento sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón y de consulta para la toma de decisiones compartidas que cumplan con los criterios de Medicare para dichas consultas y sea proporcionada por un médico o un profesional no médico calificado durante cualquier consulta apropiada.</p> <p><i>Para poder realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT después de la prueba de detección inicial con una LDCT:</i> los miembros deben recibir una orden para realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT, que puede proporcionar un médico o profesional no médico calificado durante cualquier consulta apropiada. Si un médico o profesional no médico calificado elige realizar una consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas para realizar una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT posterior, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas cubierta por Medicare o para la LDCT.</p>

**Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted paga</b>
<p> <b>Prueba de detección de infección por el virus de la hepatitis C</b></p> <p>Cubrimos una prueba de detección para hepatitis C si su médico de atención primaria u otro proveedor de atención médica calificado ordena una, y si usted cumple con una de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted está en riesgo elevado porque usa o ha usado medicamentos inyectables ilícitos.</li> <li>• Usted tuvo una transfusión de sangre antes de 1992.</li> <li>• Usted nació entre 1945 y 1965.</li> </ul> <p>Si usted nació entre 1945 y 1965 y no se le considera que está en riesgo elevado, pagamos una sola vez por una prueba de detección. Si usted está en alto riesgo (por ejemplo, usted ha seguido usando medicamentos inyectables ilícitos desde su última prueba de detección para hepatitis C con resultados negativos), cubrimos las pruebas de detección anuales.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección del virus de la hepatitis C cubiertas por Medicare.</p>
<p> <b>Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenirlas</b></p> <p>Cubrimos pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (Sexually Transmitted Infection, STI) 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 STI cuando las solicita el proveedor de atención primaria. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertas etapas durante el embarazo.</p> <p>También cubrimos hasta dos sesiones individuales superintensivas de asesoramiento conductual de 20 a 30 minutos por año, para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de infecciones por STI. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son brindadas por un proveedor de atención primaria y se realizan en un establecimiento de atención primaria, como el consultorio de un médico.</p>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para pruebas de detección de STI y asesoramiento para prevenirlas cubiertos por Medicare.</p>


**Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted paga</b>
<p><b>Servicios para tratar enfermedades renales</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios educativos sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. En el caso de los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV, cuando son remitidos por su médico, cubrimos hasta 6 sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal de por vida</li> <li>• Tratamientos de diálisis para pacientes externos (incluso tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3 o cuando su proveedor para este servicio no está disponible temporalmente o está fuera del alcance)</li> <li>• Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si se lo ingresa al hospital como paciente internado para recibir atención especial)</li> <li>• Preparación para autodiálisis (incluye su preparación y la de cualquier otra persona que lo ayude con los tratamientos de diálisis en su hogar)</li> <li>• Equipos y suministros para autodiálisis en su hogar</li> </ul>	<p>20% de coseguro por servicios educativos sobre la enfermedad renal cubiertos por Medicare.</p> <p>20% de coseguro por tratamientos de diálisis renal para pacientes externos cubiertos por Medicare.</p> <p>Consulte "Atención hospitalaria para pacientes internados" para conocer cuáles son los costos compartidos aplicables a los tratamientos de diálisis para pacientes internados.</p> <p>20% de coseguro por la capacitación para la autodiálisis cubierta por Medicare.</p> <p>20% de coseguro por equipos de autodiálisis en su hogar cubiertos por Medicare. <i>Puede requerirse una autorización previa.</i></p> <p>20% de coseguro por suministros para diálisis cubiertos por Medicare. <i>Puede requerirse una autorización previa.</i></p>


**Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted paga</b>
<p><b>Servicios para tratar enfermedades renales - continuación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Determinados servicios de apoyo a domicilio (por ejemplo, cuando sea necesario, recibir visitas por parte de trabajadores capacitados en diálisis para verificar cómo va con la autodiálisis en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua)</li> </ul> <p>Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte <b>Medicamentos de la Parte B de Medicare</b> de esta tabla.</p>	<p>20% de coseguro por servicios de apoyo a domicilio cubiertos por Medicare.</p>
<p><b>Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)</b></p> <p>(Para obtener una definición de centro de atención de enfermería especializada, consulte el Capítulo 10. Algunas veces, los centros de atención de enfermería especializada se denominan SNF).</p> <p>Usted está cubierto por 100 días por admisión/por estadía. No se requiere hospitalización previa.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario)</li> <li>Comidas, incluye dietas especiales</li> <li>Servicios de enfermería especializada</li> <li>Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla</li> <li>Medicamentos administrados como parte de nuestro plan de atención (esto incluye sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de la coagulación de la sangre).</li> <li>Sangre: se incluyen almacenamiento y administración. La cobertura de sangre entera y de glóbulos rojos concentrados comienza solo con la primera pinta de sangre que usted necesite. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos comenzando por la primera pinta utilizada.</li> </ul>	<p>Por admisiones cubiertas por Medicare, por admisión:</p> <p>\$0 de copago por día, por los días 1 al 20, \$218 de copago por día, por los días 21 al 40, y a \$0 de copago por día, por los días 41 al 100 por 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>Puede requerirse una autorización previa.</i></p> <p>Los costos compartidos se aplican a partir del primer día de la admisión y no incluyen la fecha del alta.</p>

**Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted paga</b>
<p><b>Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) - continuación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suministros médicos y quirúrgicos que habitualmente proveen los centros de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)</li> <li>• Análisis de laboratorio que habitualmente se realizan en los SNF</li> <li>• Radiografías y otros servicios de radiología que habitualmente prestan los SNF</li> <li>• Uso de equipos, como sillas de ruedas, habitualmente provistos por los SNF</li> <li>• Servicios de médicos o de profesionales de la salud</li> </ul> <p>Generalmente, su atención en centros de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) la obtendrá en centros de la red. No obstante, en determinadas condiciones que se detallan más abajo, es posible que pueda pagar el costo compartido dentro de la red por un centro que no sea proveedor de la red si dicho centro acepta los montos de pago de nuestro plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un centro de cuidados o una comunidad de atención continua para jubilados donde usted vivía justo antes de ir al hospital (siempre que brinde los servicios de un centro de atención de enfermería especializada)</li> <li>• Un SNF donde su cónyuge o pareja doméstica esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital</li> </ul>	
<p> <b>Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco)</b></p> <p>El asesoramiento para dejar de fumar y de consumir tabaco está cubierto para pacientes externos y pacientes hospitalizados que reúnen estos requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consumo de tabaco, independientemente de si presentan signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco</li> </ul>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.</p>

**Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted paga</b>
<p> <b>Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) - continuación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Son competentes y están alertas durante el asesoramiento</li> <li>• Un médico calificado u otro profesional reconocido por Medicare proporciona asesoramiento.</li> </ul> <p>Cubrimos 2 intentos para dejar de fumar por año (cada intento puede incluir un máximo de 4 sesiones intermedias o intensivas, con el paciente recibiendo hasta 8 sesiones por año).</p>	
<p><b>Plataforma de apoyo social</b></p> <p>Nuestro plan ofrece una plataforma de apoyo social en línea para ayudar a apoyar su bienestar general. La plataforma ofrece actividades de participación comunitaria y terapéuticas, y recursos patrocinados por el plan para ayudarle a manejar el estrés y la ansiedad. La plataforma le facilita participar y mantenerse involucrado con el fin de ayudarle a manejar sus necesidades de salud conductual. Está disponible en línea durante las 24 horas, los 7 días de la semana para que la use cuando así lo desee.</p> <p>La plataforma de apoyo social incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Programas de bienestar individualizados: Acceda a los programas personalizados autoguiados, de 4 semanas de duración, diseñados para mejorar el bienestar físico y emocional, que incorporan información proporcionada por expertos en envejecimiento saludable para apoyar específicamente a los miembros. Siga los programas a su propio ritmo y realice un seguimiento de su progreso para monitorear las mejoras en su salud.</li> <li>• Apoyo de pares y expertos: Conéctese con una comunidad en línea en un espacio moderado en el que puede interactuar con pares y expertos en salud calificados. Obtenga acceso a artículos revisados clínicamente y reciba recomendaciones personalizadas para servicios de Wellcare adicionales basados en sus interacciones y necesidades identificadas.</li> </ul>	<p>\$0 de copago por la plataforma de apoyo social.*</p>


**Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted paga</b>
<p><b>Plataforma de apoyo social - continuación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Herramientas de salud digitales personalizadas: Participe en actividades interactivas, meditaciones y juegos basados en la terapia cognitivo-conductual, la atención plena (mindfulness) y la psicología positiva. Estas herramientas abordan temas como el envejecimiento saludable, la gestión del aislamiento, el cuidado, el duelo, la búsqueda de un propósito en el envejecimiento, entre otros.</li> </ul> <p>Los miembros pueden acceder a la plataforma iniciando sesión en su portal de miembros <a href="https://go.wellcare.com/member">go.wellcare.com/member</a> o llamando Servicios para los miembros. Después de registrarse, puede acceder directamente a la plataforma en cualquier momento desde una computadora, tableta o teléfono inteligente.</p>	
<p><b>Tratamiento con ejercicios supervisados (SET)</b></p> <p>El tratamiento con ejercicios supervisados (Supervised Exercise Therapy, 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"> <li>Consistir en sesiones que duren entre 30 y 60 minutos y que consten de un programa de kinesioterapia para PAD en pacientes con claudicación</li> <li>Llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes externos o en el consultorio de un médico</li> <li>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</li> <li>Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico, enfermero con práctica médica o especialista en enfermería clínica, que debe estar capacitado en reanimación cardiopulmonar básica y avanzada.</li> </ul> <p>El SET puede estar cubierto más allá de las 36 sesiones durante 12 semanas por 36 sesiones adicionales durante un período</p>	<p>\$30 de copago por cada consulta de ejercicio supervisado cubierta por Medicare.</p>


**Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted paga</b>
<p><b>Tratamiento con ejercicios supervisados (SET) - continuación</b></p> <p>prolongado si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.</p>	
<p><b>Servicios de urgencia</b></p> <p>Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata, y que no es una emergencia, es un servicio de urgencia si usted está temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, o no es razonable dado el momento, el lugar y las circunstancias obtener este servicio a través de proveedores de la red. Nuestro plan debe cubrir los servicios de urgencia y solo le cobrará el costo compartido dentro de la red. Ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones imprevistas, o exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. Las consultas de rutina a proveedores (como los chequeos anuales) que sean médicamente necesarias no se consideran de urgencia, incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.</p> <p>Los servicios de urgencia fuera de los Estados Unidos están cubiertos.</p>	<p>\$25 de copago por consultas de servicios de urgencia cubiertas por Medicare.</p> <p>El copago no se aplica si lo ingresan en un hospital dentro de 24 horas por la misma afección.</p> <p>\$150 de copago por los servicios de urgencia fuera de Estados Unidos.* Usted paga este monto incluso si ingresa al hospital dentro de las 24 horas siguientes por la misma afección.</p> <p>Está cubierto por hasta \$50,000 cada año por servicios de emergencia o de urgencia fuera de Estados Unidos.</p>



**Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted paga</b>
<p> <b>Atención de la vista</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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 ocular) para anteojos o lentes de contacto.</li> <li>• Para las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, cubrimos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma incluyen a las personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas con diabetes, los afroestadounidenses de 50 años o más y los hispanoamericanos de 65 años o más.</li> <li>• Para las personas con diabetes, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética por año.</li> <li>• Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada operación de cataratas que incluya la colocación de una lente intraocular. Si se somete a 2 operaciones de cataratas distintas, no puede reservar el beneficio después de la primera operación y adquirir 2 anteojos después de la segunda operación.</li> </ul> <p><b>Además, nuestro plan cubre los siguientes servicios de atención de la vista complementarios (es decir, de rutina):</b></p>	<p>\$10 de copago por todos los demás exámenes de la vista para diagnosticar y tratar las enfermedades de los ojos. <i>Puede requerirse una autorización previa.</i></p> <p>\$0 de copago por un examen de detección de glaucoma cubierto por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por examen de retina cubierto por Medicare para miembros con diabetes o examen de la vista para personas con diabetes. <i>Puede requerirse una autorización previa.</i></p> <p>\$0 de copago por anteojos y lentes de contacto cubiertos por Medicare.</p>

**Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted paga</b>
<p> <b>Atención de la vista - continuación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 examen de la vista de rutina cada año. El examen de la vista de rutina incluye una prueba de glaucoma para las personas con riesgo de padecerlo y un examen de retina para los diabéticos.</li> <li>• Sin límite de pares de anteojos con receta cada año hasta un beneficio máximo de \$300 cada año. Los anteojos cubiertos incluyen cualquiera de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Anteojos (marcos y lentes) o</li> <li>○ Solo lentes para anteojos o</li> <li>○ Solo marcos para anteojos o</li> <li>○ Lentes de contacto en lugar de anteojos o</li> <li>○ Actualizaciones en material óptico para corregir la vista</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Nota:</b> El plan cubre la tarifa de ajuste de lentes de contacto.</p> <p>Monto máximo de cobertura de beneficios del plan de \$300 cada año se aplica al costo minorista de marcos y/o lentes (incluida cualquier opción de lentes, como tintes y revestimientos). Usted es responsable de cualquier costo que supere el beneficio máximo para anteojos o lentes de contacto complementarios (por ejemplo, de rutina).*</p> <p>Los anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare no están incluidos en el beneficio máximo complementario (por ejemplo, de rutina). Los miembros no pueden usar su beneficio complementario de anteojos o lentes de contacto para aumentar su cobertura de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare.</p>	<p>\$0 de copago por 1 examen de la vista de rutina cada año.* <i>Puede requerirse una autorización previa.</i></p> <p>\$0 de copago por anteojos o lentes de contacto.* <i>Puede requerirse una autorización previa.</i></p>

**Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted paga</b>
<p> <b>Atención de la vista - continuación</b></p> <p>Los servicios para la atención de la vista deben obtenerse a través de la red de atención de la vista del plan. Si tiene preguntas sobre cómo encontrar un proveedor o para obtener más información, llame a Servicios para los miembros.</p>	
<p> <b>Consulta preventiva Bienvenido a Medicare</b></p> <p>Nuestro plan cubre la consulta preventiva única de <i>Bienvenido a Medicare</i>. La consulta incluye una revisión de su salud, así como información y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas determinadas pruebas de detección y vacunas) y remisiones a otros tipos de atención en caso de que fuera necesario.</p> <p><b>Importante:</b> Cubrimos la consulta preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i> solo dentro de los primeros 12 meses que tenga la Parte B de Medicare. Cuando solicite la cita, infórmele al personal del consultorio del médico que desea programar su consulta preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i>.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Electrocardiograma cubierto por Medicare después del servicio preventivo <i>Bienvenido a Medicare</i>.</li> </ul>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i>.</p> <p>\$0 de copago por cada ECG cubierto por Medicare después del servicio preventivo de <i>Bienvenido a Medicare</i>.</p>
<p><b>Wellcare Spendables®</b></p> <p>Usted recibirá <b>\$50 mensualmente</b> precargados a su tarjeta Wellcare Spendables® para gastar en artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC), servicios dentales, de la vista y de la audición.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Su asignación mensual <b>se transfiere al mes siguiente si no se utiliza y vence al final del año del plan.</b></li> </ul>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la tarjeta Wellcare Spendables®.</p>

**Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted paga</b>
<p><b>Wellcare Spendables® - continuación</b></p> <p><b><u>La asignación de su tarjeta puede utilizarse para:</u></b></p> <p><b>Artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC):</b>  Artículos de Puede utilizar su tarjeta en tiendas minoristas participantes, por medio de la aplicación móvil o bien, iniciando sesión en su portal para miembros para hacer un pedido con entrega a domicilio.  Los artículos cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Artículos de marca y genéricos de venta libre</li> <li>• Vitaminas, analgésicos, artículos para el resfriado y las alergias, artículos para la diabetes</li> <li>• Use su escáner de código de barras en la aplicación para buscar artículos aprobados en tiendas minoristas, inicie sesión en su portal de miembros o consulte su catálogo.</li> </ul> <p><b>Nota:</b> En determinadas circunstancias, los equipos de diagnóstico y las ayudas para dejar de fumar están cubiertos por los beneficios médicos del plan. Usted debe (cuando sea posible) usar los beneficios médicos de nuestro plan antes de gastar su asignación de OTC para estos artículos.</p> <p><b>Cobertura para servicios dentales, auditivos y de la vista</b>  Servicios dentales, de la vista y de la audición: Usted puede utilizar su tarjeta para ayudar a reducir los gastos que paga de su bolsillo por servicios elegibles dentales, de la vista y de la audición. Esta tarjeta se puede usar para pagar directamente al proveedor de servicios dentales, de la vista o de la audición.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Todas las compras y transacciones deben realizarse en el consultorio o centro médico de un proveedor.</li> <li>• La asignación no puede utilizarse para servicios cosméticos o estéticos, óxido nitroso, sedación intravenosa, blanqueamiento dental o blanqueamiento.</li> </ul> <p><b>Su tarjeta puede utilizarse para lo siguiente:</b></p> <p><b>Dental</b>  Esta asignación no es un reemplazo de su beneficio dental de rutina. Debe utilizar el beneficio de nuestro plan antes de utilizar su asignación de Spendables.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exámenes orales</li> </ul>	<p>No hay un requisito mínimo para compras realizadas en la tienda.</p>

**Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted paga</b>
<p><b>Wellcare Spendables® - continuación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiografías dentales</li> <li>• Otros servicios dentales de diagnóstico</li> <li>• Profilaxis (Limpieza)</li> <li>• Tratamiento con fluoruro</li> <li>• Otros servicios dentales preventivos</li> <li>• Servicios de restauración</li> <li>• Servicios de endodoncia</li> <li>• Periodoncia</li> <li>• Prostodoncia, removible</li> <li>• Prostodoncia, fija</li> <li>• Cirugía oral y maxilofacial</li> <li>• Servicios generales complementarios</li> </ul> <p><b>Vista</b> Esta asignación no es un reemplazo de su beneficio de la vista de rutina. Debe utilizar el beneficio de nuestro plan antes de utilizar su asignación de Spendables.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen de la vista de rutina</li> <li>• Lentes de contacto</li> <li>• Anteojos (lentes y marcos)</li> <li>• Lentes para anteojos</li> <li>• Marcos para anteojos</li> <li>• Actualizaciones</li> </ul> <p><b>Audición</b> Esta asignación no es un reemplazo de su beneficio auditivo de rutina. Debe utilizar el beneficio de nuestro plan antes de utilizar su asignación de Spendables .</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exámenes auditivos de rutina</li> <li>• Adaptación/evaluación de audífonos</li> <li>• Audífonos recetados (todos los tipos)</li> </ul> <p><b>Cómo usar su tarjeta:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Active su tarjeta antes de usarla.</li> <li>2. Acuda a un comercio minorista participante, inicie sesión en el enlace del portal que figura a continuación o bien, o descargar la aplicación móvil de Wellcare Spendables®.</li> <li>3. Seleccione sus artículos/servicios aprobados.</li> <li>4. En el comercio minorista, diríjase a la caja y pague con su tarjeta Wellcare Spendables®. Para pedidos en línea o a través de la aplicación móvil, inicie sesión para acceder y usar su beneficio.</li> </ol>	

**Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted paga</b>
<p><b>Wellcare Spendables® - continuación</b></p> <p>5. Su tarjeta no es una tarjeta de crédito, pero puede ingresarla como "tarjeta de crédito" al pagar. Si se le solicita, ingrese el número de identificación personal (Personal Identification Number, PIN) que generó cuando activó su tarjeta.</p> <p><b>Información adicional que debe saber:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una vez que haya alcanzado su asignación para gastos mensuales, usted es responsable de los costos restantes de sus compras.</li> <li>• Los artículos que se compren en la tienda pueden devolverse siguiendo las políticas de devolución e intercambio de productos del comercio minorista.</li> <li>• Si su tarjeta no está funcionando adecuadamente o bien, en caso de tener un problema técnico, comuníquese con nosotros al número que figura más adelante.</li> <li>• Wellcare no es responsable por tarjetas perdidas o robadas.</li> <li>• La tarjeta Wellcare Spendables® es para su uso personal únicamente, no puede venderse ni transferirse y no tiene valor en efectivo.</li> <li>• Podrían aplicarse limitaciones y restricciones, solamente están cubiertos los artículos aprobados.</li> </ul> <p><b>Para obtener más información acerca de la tarjeta Wellcare Spendables® o para solicitar un catálogo, llame a:</b> 1-800-977-7522. Los usuarios de TTY deben llamar al: 711. El horario de atención es: Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.</p> <p><b>También puede consultar en línea en:</b> <a href="https://go.wellcare.com/member">go.wellcare.com/member</a>.</p>	

**Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)****SECCIÓN 3 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones)**

Esta sección le informa qué servicios están *excluidos* de la cobertura de Medicare y, por lo tanto, no cubre este plan.

La siguiente tabla enumera los servicios y artículos que no están cubiertos en ninguna circunstancia o solo están cubiertos en determinadas circunstancias.

Si usted obtiene servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos por su cuenta, excepto de acuerdo con las condiciones específicas que se mencionan a continuación. Incluso si recibe los servicios excluidos en una sala de emergencia, los servicios excluidos siguen sin cobertura y nuestro plan no los pagará. La única excepción es si el servicio se apela y se considera, mediante una apelación, como un servicio médico que debería haberse pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado sobre no prestar cobertura para un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 7).

<b>Servicios no cubiertos por Medicare</b>	<b>Cubiertos solo en situaciones específicas</b>
<b>Acupuntura</b>	Disponible para personas con dolor crónico en la parte baja de la espalda en determinadas circunstancias
<b>Cirugía o procedimientos cosméticos</b>	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
<b>Cuidado asistencial</b>  El cuidado asistencial es aquel cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado; como, por ejemplo, ayuda con las actividades de la vida cotidiana, como bañarse o vestirse	No están cubiertos bajo ninguna circunstancia

**Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**

<b>Servicios no cubiertos por Medicare</b>	<b>Cubiertos solo en situaciones específicas</b>
<p><b>Procedimientos, equipos y medicamentos médicos y quirúrgicos experimentales</b></p> <p>Los productos y los procedimientos experimentales son aquellos que Original Medicare determina que no son generalmente aceptados por la comunidad médica</p>	<p>Pueden estar cubiertos por Original Medicare si forman parte de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan</p> <p>(Consulte el Capítulo 3, Sección 5 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica)</p>
<p><b>Cuotas cobradas por la atención brindada por sus familiares inmediatos o los miembros de su hogar</b></p>	<p>Sin cobertura en ninguna situación</p>
<p><b>Servicios de atención de enfermería de tiempo completo a domicilio</b></p>	<p>Sin cobertura en ninguna situación</p>
<p><b>Entrega de comidas a domicilio</b></p>	<p>Consulte el beneficio de 'comidas' en la Tabla de beneficios médicos para obtener más información.</p>
<p><b>Los servicios de empleada doméstica incluyen ayuda básica en el hogar, entre ellas las tareas domésticas sencillas o la preparación de comidas ligeras</b></p>	<p>Sin cobertura en ninguna situación</p>
<p><b>Servicios de un naturoterapeuta (emplean tratamientos naturales o alternativos)</b></p>	<p>Sin cobertura en ninguna situación</p>
<p><b>Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies</b></p>	<p>Los zapatos que sean parte de un soporte de pierna y estén incluidos en el costo del soporte. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético.</p>
<p><b>Objetos personales en su habitación del hospital o centro de atención de enfermería especializada, por ejemplo, un teléfono o televisor</b></p>	<p>Sin cobertura en ninguna situación</p>

**Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**

<b>Servicios no cubiertos por Medicare</b>	<b>Cubiertos solo en situaciones específicas</b>
<b>Habitación privada en el hospital</b>	Solo se cubre cuando es médicamente necesario
<b>Reversión de procedimientos de esterilización y/o suministros de anticonceptivos sin receta</b>	Sin cobertura en ninguna situación
<b>Atención quiropráctica de rutina</b>	Se cubre la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación
<b>Atención dental de rutina, como:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Servicios de ortodoncia</b></li> <li>• <b>Servicios de implantes</b></li> <li>• <b>Prótesis maxilofacial</b></li> </ul>	Sin cobertura en ninguna situación Consulte el beneficio de Servicios de atención dental en la Tabla de beneficios médicos para conocer qué atención dental de rutina cubre su plan como parte de su paquete de beneficios.
<b>Cuidado de rutina de los pies (podiatría)</b>	Se proporciona cierta cobertura limitada según las pautas de Medicare (por ejemplo, si usted padece diabetes)
<b>Servicios considerados no razonables ni necesarios, según las normas de Original Medicare</b>	Sin cobertura en ninguna situación
<b>Atención de la vista: Queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para baja visión</b>	Sin cobertura en ninguna situación
<b>Atención de la vista: Exámenes de la vista de rutina, anteojos</b>	Consulte el beneficio de Servicios de atención de la vista en la Tabla de beneficios médicos para conocer qué servicios de atención de la vista de rutina cubre su plan como parte de su paquete de beneficios.

## **Capítulo 5 Cómo solicitarnos 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 debe solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde por los servicios cubiertos**

---

A veces, cuando usted recibe atención médica, es posible que deba pagar el costo total. Otras veces, es posible que usted se dé cuenta de que paga más de lo que esperaba pagar según las normas de cobertura de nuestro plan o bien, podría recibir una factura de un proveedor. En estos casos, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (le reembolsen). Es su derecho que nuestro plan le reembolse cada vez que usted haya pagado más del monto que le corresponde de los costos por servicios médicos cubiertos por nuestro plan. Podría haber plazos que deba cumplir para que le devuelvan el dinero. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

También podría haber veces en las que recibe una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que recibió o por más de la parte que le corresponde del costo compartido, como se indica en este material. Primero, intente resolver el tema de la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla usted. Examinaremos la factura y decidiremos si los servicios se deben cubrir. Si decidimos que se deben cubrir, le pagaremos al proveedor directamente. Si decidimos no pagarla, se lo notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más que los costos compartidos permitidos por el plan. Si se contrata a este proveedor, usted todavía tiene derecho al tratamiento.

Ejemplos de situaciones en las que puede tener que solicitarle a nuestro plan que le haga un reembolso o que pague una factura que ha recibido:

### **1. Cuando ha recibido atención médica de emergencia o de urgencia de un proveedor que no pertenece a la red de nuestro plan**

Fuera del área de servicio, puede recibir servicios de emergencia o de urgencia de cualquier proveedor, independientemente de que el proveedor sea parte de nuestra red o no. En estos casos:

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

---

- Usted es responsable de pagar solo la parte que le corresponde del costo de los servicios de emergencia o de urgencia. Los proveedores de emergencia están legalmente obligados a brindar atención de emergencia.
- Si usted paga el monto total en el momento de recibir la atención, pídanos que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado.
- Es posible que reciba una factura del proveedor solicitándole un pago que usted considera que no debe. Envíenos esta factura junto con la documentación de cualquier pago que ya haya realizado.
  - Si al proveedor se le debe algo, le pagaremos directamente.
  - Si ya ha pagado más de la parte que le corresponde del costo del servicio, determinaremos cuánto debía y le reembolsaremos la parte que nos corresponde del costo.

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

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

- Usted solo tiene que pagar el monto del costo compartido cuando recibe servicios cubiertos. No permitimos a los proveedores agregar cargos adicionales por separado, lo que se denomina **facturación del saldo**. Esta protección (que nunca paga más que el monto de su costo compartido) se aplica aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red cuyo monto usted considera que es más de lo que debe pagar, envíenla. Nos pondremos en contacto con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya pagó una factura a un proveedor de la red, pero cree que pagó demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que realizó y pídanos reembolsarle la diferencia entre el monto que pagó y el que debe según nuestro plan.

### 3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

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

Si se le inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo por sus servicios cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo. Deberá enviarnos cierta documentación, como recibos y facturas, para que coordinemos su reembolso.

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

---

Cuando nos envíe una solicitud de pago, la analizaremos y decidiremos si debemos cubrir el servicio o medicamento. Esto se denomina tomar una **decisión de cobertura**. Si decidimos que debemos cubrirlos, le reembolsaremos por sus servicios o medicamentos. Si rechazamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 7 contiene información sobre cómo presentar una apelación.

### SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió

---

Puede pedirnos que le reembolsemos enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíenos su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es una buena idea realizar una copia de la factura y los recibos para sus registros. **Debe enviarnos su reclamación en un plazo de 365 días** a partir de la fecha en la que usted recibió el servicio o artículo.

Para asegurarse de que nos esté proporcionando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, usted puede llenar nuestro formulario de reclamaciones para solicitar su pago.

- No tiene que utilizar el formulario, pero nos será útil para procesar la información de manera más rápida. Para los Reembolsos de los miembros, tenemos formularios de reclamaciones disponibles a través del portal web. Aunque recomendamos enfáticamente que nuestros miembros utilicen el formulario para asegurarse de que se presente toda la documentación, no es necesario que lo hagan. También pueden presentar una copia de la factura sin el formulario. De cualquier manera, deben incluir la información del proveedor, las fechas del servicio, los códigos de terminología actual de procedimiento (Current Procedural Terminology, CPT) cuando corresponda, los códigos o descripciones de los diagnósticos, y los montos facturados, junto con todos los registros médicos de los que dispongan y, si es necesario, una breve descripción del motivo por el que han necesitado atención. El miembro también debe presentar el comprobante de pago al mismo tiempo que presenta la reclamación. Son comprobantes de pago válidos los estados de cuenta bancaria o de la tarjeta de crédito, o una copia del cheque cancelado.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web ([go.wellcare.com/AllwellTX](https://go.wellcare.com/AllwellTX)) o llame a Servicios para los miembros al 1-800-977-7522 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pida uno.

Envíenos su solicitud de pago, junto con las facturas o recibos de pago, a esta dirección:

**Dirección de solicitud de pago**  
Member Reimbursement Dept  
PO Box 10420  
Van Nuys, CA 91410-0420

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

---

### SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no

---

Cuando recibamos su solicitud de pago, le haremos saber si necesitamos que nos proporcione información adicional. De lo contrario, consideraremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que la atención médica está cubierta y que usted ha seguido todas las normas, pagaremos la parte que nos corresponde del costo. Si ya ha pagado por el servicio, le enviaremos por correo su reembolso de la parte que nos corresponde del costo. Si aún no ha pagado por el servicio, le enviaremos por correo el pago directamente al proveedor.
- Si tomamos la decisión de no cubrir la atención médica, o si usted *no* cumplió con todas las normas, *no* pagaremos la parte que nos corresponde del costo. Le enviaremos una carta en la que se le explican las razones por las que no le estamos enviando el pago y su derecho a apelar esa decisión.

#### Sección 3.1 Si le comunicamos que no pagaremos la atención médica en su totalidad o en parte, puede presentar una apelación

Si usted piensa que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o no está de acuerdo con el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si usted presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos al rechazar su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 7.

# **CAPÍTULO 6:**

## **Sus derechos y responsabilidades**

### **SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales**

---

#### **Sección 1.1 Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted y consistente con sus sensibilidades interculturales (en otros idiomas que no sean el inglés, en audio, braille, tamaño de letra grande u otros formatos alternativos, etc.)**

A nuestro plan se le exige que todos los servicios, tanto los clínicos como no clínicos, se brinden de una manera culturalmente competente y que sean accesibles para todos los afiliados, incluidos aquellos con dominio limitado del inglés, habilidades limitadas de lectura, discapacidad auditiva o aquellos con antecedentes culturales y étnicos diversos. Los ejemplos de cómo nuestro plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la disposición de servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder a las preguntas de los miembros que no hablan inglés. Si lo necesita, también podemos proporcionarle materiales en otros idiomas además del inglés, entre ellos español y en audio, en braille, en tamaño de letra grande, o en otros formatos alternativos sin costo alguno, si los necesita. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información sobre nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame a Servicios para los miembros al 1-800-977-7522 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Nuestro plan debe brindar a las afiliadas la opción de acceso directo a un especialista en la salud de la mujer de la red para servicios de atención médica preventiva y de rutina para la mujer.

Si los proveedores de la red de nuestro plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad de nuestro plan ubicar proveedores especializados fuera de la red que le brindarán la atención necesaria. En este caso, usted solamente pagará el costo compartido dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que necesita, llame a nuestro plan para obtener información sobre dónde acudir para obtener este servicio con costos compartidos dentro de la red.

Si tiene alguna dificultad para obtener información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, consultar a un especialista en la salud de la mujer o encontrar a un especialista de la red, llámenos para presentar un reclamo ante Servicios para los miembros. También puede

## Capítulo 6 Sus derechos y responsabilidades

---

presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

### Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que usted tenga acceso oportuno a los servicios cubiertos

Usted tiene derecho a elegir a un proveedor de atención primaria (PCP) de la red de nuestro plan que preste y organice los servicios cubiertos. No le pedimos que obtenga una remisión para acudir a proveedores de la red.

Tiene derecho a programar citas con los proveedores de la red de nuestro plan y recibir los servicios cubiertos que estos le brinden *dentro de un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de los especialistas cuando necesite dicha atención médica.

Si usted considera que no está recibiendo su atención médica dentro de un período razonable, el Capítulo 7 le explica 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.
- Tiene derechos relacionados con su 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.
- Excepto en las situaciones mencionadas a continuación, si tenemos la intención de suministrarle su información de salud a otra persona que no le brinda atención ni paga por ella, *tenemos la obligación de pedirle a usted, o a alguien que tenga el poder legal de tomar decisiones por usted, su autorización por escrito antes de hacerlo.*
- Hay ciertas excepciones que no nos obligan a obtener antes su permiso por escrito. Estas excepciones están permitidas o son exigidas por la ley.
  - Se nos exige dar a conocer información de salud a las agencias del gobierno que controlan la calidad de la atención.

## Capítulo 6 Sus derechos y responsabilidades

---

- Dado que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, se nos exige 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; en general, se exige que no se comparta la información que lo identifica específicamente.

### 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 por nuestro 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 inquietudes sobre la privacidad de su información de salud personal, llame a Servicios para los miembros al 1-800-977-7522 (los usuarios de TTY deben llamar a 711).

### Sección 1.4 Debemos proporcionarle información acerca de nuestro plan, nuestra red de proveedores y sus servicios cubiertos

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a que le brindemos varios tipos de información.

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicios para los miembros al 1-800-977-7522 (los usuarios de TTY llaman a 711):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera de nuestro plan.
- **Información acerca de proveedores de la red.** Usted tiene derecho a obtener información de nosotros sobre las calificaciones de los proveedores de nuestra red y cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
  - Puede solicitar Servicios para los miembros más información sobre los proveedores de nuestra red, incluyendo sus calificaciones, estudios de medicina, residencia completada y certificación médica. Tanto Servicios para los miembros como nuestro sitio web pueden brindarle la información más actualizada sobre los cambios en las farmacias y los proveedores de nuestra red. Esta información se puede encontrar en nuestro sitio web en [go.wellcare.com/2026providerdirectories](https://www.wellcare.com/2026providerdirectories).
- **Información acerca de su cobertura y las normas que debe seguir para usarla.** Los Capítulos 3 y 4 brindan información sobre los servicios médicos.
  - **Nota:** Nuestro plan no recompensa médicos, proveedores, o empleados que realizan revisiones de utilización, incluidas las de entidades delegadas. La toma de decisiones sobre la administración de la utilización (Utilization Management, UM) se basa solo en la idoneidad

## Capítulo 6 Sus derechos y responsabilidades

---

de la atención médica y el servicio, y en la existencia de cobertura. Además, el plan no recompensa específicamente a los profesionales ni a otras personas por denegar cobertura. Los incentivos financieros para los responsables de la toma de decisiones de UM no fomentan decisiones que dan lugar a subutilización.

- **Información sobre los motivos por los que algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.** El Capítulo 7 proporciona información sobre el pedido de una explicación por escrito de por qué un servicio médico no tiene cobertura o si su cobertura tiene algún tipo de restricción. El Capítulo 7 también proporciona información sobre cómo pedirnos que cambiemos una decisión, también llamada apelación.

### Sección 1.5 Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a participar en la toma de decisiones sobre su atención

Tiene derecho a obtener la información completa de sus médicos y de otros proveedores de atención médica. Sus proveedores deben explicar su afección médica y sus opciones de tratamiento *de una manera que usted pueda comprender*.

Usted también tiene derecho a participar plenamente en la toma de decisiones sobre su atención médica. Para ayudarlo a tomar decisiones con sus médicos acerca de qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos son los siguientes:

- **Conocer todas sus opciones.** Tiene el derecho a ser informado acerca de todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, independientemente de su costo o si están cubiertas por nuestro plan.
- **Saber acerca de los riesgos.** Usted tiene el derecho a que se le informe sobre los riesgos involucrados en su atención médica. Se le debe informar por adelantado si alguna atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir “no”.** Tiene derecho a negarse a recibir cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja quedarse. Si rechaza el tratamiento, usted acepta la responsabilidad plena de lo que le ocurra a su cuerpo como consecuencia de ello.

### Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacerse si no puede tomar decisiones médicas por usted mismo

A veces, las personas no pueden tomar decisiones sobre su atención médica por sí solas a causa de algún accidente o enfermedad grave. Usted tiene derecho a decir lo que desea que suceda si está en esta situación. Esto significa que, *si así lo desea*, usted puede hacer lo siguiente:

## Capítulo 6 Sus derechos y responsabilidades

---

- Completar un formulario por escrito para otorgarle a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** en caso de que alguna vez no tenga la capacidad de tomar decisiones por sí mismo.
- **Darles instrucciones por escrito a sus médicos** acerca de cómo desea que manejen su atención médica en caso de que no tenga la capacidad para tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede utilizar para dar sus instrucciones por adelantado en estas situaciones se denominan **instrucciones anticipadas**. Los documentos como un **testamento vital** y un **poder de representación para la atención médica** son ejemplos de instrucciones anticipadas.

### Cómo establecer las instrucciones anticipadas para dar instrucciones:

- **Obtenga un formulario.** Puede recibir un formulario de instrucciones anticipadas de su abogado, un asistente social o en algunas tiendas de artículos para oficina. A veces se pueden obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare.
- **Completar el formulario y firmarlo.** Independientemente de dónde obtenga este formulario, es un documento legal. Considere solicitarle a un abogado que lo ayude a prepararlo.
- **Proporcione copias del formulario a las personas adecuadas.** Entregue una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario como quién puede tomar las decisiones por usted si usted no puede hacerlo. Es recomendable que dé copias a algunos amigos cercanos o miembros de la familia. Guarde una copia en casa.

Si sabe con anticipación que deberá hospitalizarse y firmó instrucciones anticipadas, **lleve una copia cuando vaya al hospital.**

- El hospital le preguntará si firmó un formulario de instrucciones anticipadas y si lo lleva con usted.
- Si no firmó un formulario de instrucciones anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

**Llenar las instrucciones anticipadas es decisión de usted** (entre ello, si desea firmarlas si está en el hospital). Según la ley, nadie puede negarse a brindarle atención ni puede discriminarlo si firmó o no las instrucciones anticipadas.

### Si no se siguen sus instrucciones

Si firma instrucciones anticipadas y cree que un médico o el hospital no respetaron las instrucciones que allí se mencionan, puede presentar una queja ante TX Health and Human Services.

## Capítulo 6 Sus derechos y responsabilidades

---

### Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos las decisiones que tomamos

Si tiene algún problema, inquietud o queja y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, el Capítulo 7 de este documento le indica lo que puede hacer. Independientemente de lo que haga, ya sea solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o una queja, **estamos obligados a tratarlo con imparcialidad.**

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

Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre los derechos y responsabilidades, o bien, si tiene sugerencias para mejorar nuestra política de derechos de los miembros, comparta con nosotros sus comentarios comunicándose con Servicios para los miembros.

### Sección 1.8 Evaluación de nuevas tecnologías

Las nuevas tecnologías incluyen los procedimientos, los medicamentos, los productos biológicos 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 que ya existían. Nuestro plan sigue, cuando así corresponda, lo establecido por las Determinaciones de cobertura local y nacional de Medicare.

En la ausencia de una determinación de cobertura de Medicare, nuestro plan evalúa la nueva tecnología o las nuevas aplicaciones de tecnologías existentes para su inclusión en los planes de beneficios correspondientes 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 publicaciones 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) y los Institutos Nacionales de Salud (National Institutes of Health, NIH)).

## Capítulo 6 Sus derechos y responsabilidades

---

### Sección 1.9 Si considera que está siendo tratado injustamente o que no se están respetando sus derechos

Si considera que no se lo 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, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

Si considera que se le ha tratado injustamente o que sus derechos no han sido respetados, y *no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para tratar el problema que está enfrentando en los siguientes lugares:

- **Llame a Servicios para los miembros al 1-800-977-7522 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- **Llame a su SHIP local** al 1-800-252-9240.
- **Llame a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048)

### Sección 1.10 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Obtenga más información sobre sus derechos en estos sitios:

- **Llame a Servicios para los miembros al 1-800-977-7522 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- **Llame a su SHIP local** al 1-800-252-9240.
- **Comuníquese con Medicare**
  - Visite [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov) para leer la publicación *Medicare Rights & Protections (Derechos y protecciones de Medicare)*. (disponible en: [www.Medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf](http://www.Medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf))
  - Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048)

## SECCIÓN 2 Sus derechos como miembro de nuestro plan

---

Lo que tiene que hacer como miembro de nuestro plan se enumera a continuación. Si tiene preguntas, llame a Servicios para los miembros al 1-800-977-7522 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

## Capítulo 6 Sus derechos y responsabilidades

---

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** Use este documento de *Evidencia de Cobertura* para obtener información sobre lo que está cubierto y las normas que debe cumplir para obtener los servicios cubiertos.
  - Los Capítulos 3 y 4 dan los detalles sobre sus servicios médicos.
- **Si, además de nuestro plan, tiene otra cobertura de salud o una cobertura para medicamentos con receta por separado, debe comunicárnoslo.** El Capítulo 1 le informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Dígale a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.**

Muestre la tarjeta de miembro de nuestro plan cada vez que obtenga atención médica.
- **Permita que sus médicos y otros proveedores lo ayuden dándoles información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención médica.**
  - Para ayudar a obtener la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores de salud acerca de sus problemas de salud. Siga las instrucciones y los planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.
  - Asegúrese de que los médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
  - Si tiene alguna pregunta, no dude en hacerla y obtener una respuesta que comprenda. Usted tiene la responsabilidad de entender sus problemas de salud y ayudar a establecer las metas de tratamiento que usted y su médico acuerden.
- **Sea considerado.** Esperamos que nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera que contribuya al buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
  - Debe seguir pagando su prima por la Parte B de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan.
  - Por algunos de sus servicios médicos cubiertos por nuestro plan, usted debe pagar la parte que le corresponde del costo al recibir el servicio.
- **Si se muda *dentro* del área de servicio de nuestro plan, tenemos que saberlo** para poder mantener actualizado su registro de miembro y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- **Si se muda, comuníquese al Seguro Social (o a la Junta de jubilación para ferroviarios).**

## CAPÍTULO 7:

# Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

### SECCIÓN 1 Qué hacer si tiene un problema o una inquietud

---

Este capítulo explica 2 tipos de procesos para el manejo de problemas e inquietudes:

- Para algunos problemas, debe usar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros problemas, debe usar el **proceso para presentar quejas** (también denominadas reclamos).

Ambos procesos cuentan con la aprobación de Medicare. Cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

La información en este capítulo le ayudará a identificar el proceso correcto a seguir y qué debe hacer.

#### Sección 1.1 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. Para facilitar la comprensión, en este capítulo se utilizan palabras más familiares en lugar de algunos términos legales.

Sin embargo, a veces es importante conocer los términos legales correctos. Para ayudarle a saber qué términos utilizar para obtener la ayuda o la información adecuadas, incluimos estos términos legales cuando proporcionamos detalles para manejar situaciones específicas.

### SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

---

Siempre estamos a su disposición para ayudarlo. Incluso si tiene una queja sobre el trato que le damos, estamos obligados a respetar su derecho a presentar una queja. Siempre debe llamar a Servicios para los miembros al 1-800-977-7522 (Los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda. Pero en algunas situaciones, es posible que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. Dos organizaciones que pueden ayudarle son:

**Capítulo 7 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

---

**Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)**

Cada estado tiene un programa gubernamental con asesores capacitados. 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. La información de contacto del SHIP está disponible en la Sección 3 del Capítulo 2.

**Medicare**

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda.

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048
- Consulte [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov)

**SECCIÓN 3 Qué proceso utilizar para su problema**

---

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

Esto incluye problemas sobre si la atención médica (artículos médicos, servicios y/o medicamentos de la Parte B) está cubierta o no, la forma en que está cubierta y los problemas relacionados con el pago de la atención médica.

**Sí.**

Consulte el **Sección 4, Guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones.**

**No.**

Consulte la **Sección 9, Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes.**

---

**Decisiones de cobertura y apelaciones**

---

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

---

Las decisiones de cobertura y las apelaciones tratan los problemas con sus beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar las cosas, en general, nos referimos a artículos y servicios médicos, y medicamentos de la Parte B de Medicare como **atención médica**. Usted utiliza el proceso de decisión de cobertura y apelaciones para asuntos como determinar si algo está cubierto o no y la forma en que está cubierto.

### **Solicitar decisiones de cobertura antes de recibir servicios**

Si usted quiere saber si cubriremos la atención médica antes de recibirla, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. 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 su atención médica. Por ejemplo, si nuestro médico de la red de nuestro plan lo remite a un especialista médico que no está dentro de la red, esta remisión se considera una decisión de cobertura favorable, a menos que su médico de la red pueda demostrar que recibió un aviso de denegación estándar para este especialista médico o bien, la *Evidencia de Cobertura* deje en claro que el servicio remitido nunca está cubierto en ninguna circunstancia. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y pedirnos una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico particular o se rehúsa a brindarle la atención médica que usted cree que necesita.

En circunstancias limitadas, una solicitud de una decisión de cobertura será rechazada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si usted solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de una decisión de cobertura, enviaremos un aviso en el que se explicará por qué rechazamos la solicitud y cómo solicitar una revisión de la denegación.

Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos lo que está cubierto para usted y cuánto tenemos que pagar. En algunos casos, podríamos decidir que la atención médica no está cubierta 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, ya sea antes o después de que se reciba un beneficio y usted no está satisfecho, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. En ciertas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una **apelación rápida** o acelerada de una decisión de cobertura. Su apelación es analizada por revisores distintos a los que tomaron la decisión original.

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. Cuando completamos la revisión, le comunicamos nuestra decisión.

## Capítulo 7 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

En circunstancias limitadas, una solicitud de apelación de Nivel 1 será rechazada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si usted solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de apelación de Nivel 1, enviaremos un aviso en el que se explicará por qué rechazamos la solicitud y cómo solicitar una revisión de la denegación.

Si rechazamos una parte o la totalidad de su apelación de Nivel 1 para atención médica, la apelación pasará automáticamente a una apelación de Nivel 2 evaluada por una organización de revisión independiente que no está conectada con nosotros.

- No necesita hacer nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las normas de Medicare requieren que enviemos automáticamente su apelación para atención médica al Nivel 2 si no estamos totalmente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.
- Consulte la **Sección 5.4** de este capítulo para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2 sobre atención médica.

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda avanzar a niveles adicionales de apelación (este capítulo explica los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5).

### Sección 4.1 Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Estos son los recursos si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Llame a Servicios para los miembros al 1-800-977-7522 (Los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- **Puede obtener ayuda gratuita** de su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP).
- **Su médico puede realizar la solicitud por usted.** Si su médico ayuda con una apelación más allá del Nivel 2, debe ser nombrado como su representante. Llame a Servicios para los miembros al 1-800-977-7522 (Los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite el formulario de *Nombramiento de representante (Appointment of Representative)*. (El formulario también está disponible en [www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) o en nuestro sitio web en [go.wellcare.com/AllwellTX](http://go.wellcare.com/AllwellTX)).
- En el caso de la atención médica o de los medicamentos de la Parte B, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o apelación de Nivel 1 en nombre de usted. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, esta se enviará automáticamente al Nivel 2.
- **Puede solicitar que alguien actúe** en su nombre. Puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su *representante* para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.

## Capítulo 7 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

- Si quiere que un amigo, pariente u otra persona sea su representante, llame a Servicios para los miembros al 1-800-977-7522 (Los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite el formulario de *Nombramiento de representante*. (El formulario también está disponible en [www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) o en nuestro sitio web en [go.wellcare.com/AllwellTX](http://go.wellcare.com/AllwellTX)). El formulario autoriza a esa persona a 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 darnos una copia del formulario firmado.
- Podemos aceptar una solicitud de apelación de un representante sin el formulario, pero no podemos comenzar ni terminar nuestra revisión si no lo recibimos. Si no recibimos el formulario antes de 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.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** 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 4.2 Reglas y plazos para diferentes situaciones

Existen 3 situaciones diferentes que suponen decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación implica diferentes normas y plazos. Proporcionamos los detalles para cada una de estas situaciones:

- **Sección 5:** Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 6:** Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto
- **Sección 7:** Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si considera que su cobertura está terminando demasiado pronto (*Aplica únicamente a los siguientes servicios:* atención médica domiciliaria, atención en centros de enfermería especializada y servicios de Centros de Rehabilitación Ambulatoria Integral (CORF))

Si no está seguro de qué información le corresponde, llame a Servicios para los miembros al 1-800-977-7522 (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede obtener ayuda o información de su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP).

## **SECCIÓN 5 Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación**

---

### **Sección 5.1 Qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o desea que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo de su atención**

Sus beneficios de atención médica se describen en Capítulo 4 en la Tabla de beneficios médicos. En algunos casos, se aplican diferentes normas a una solicitud de un medicamento de la Parte B. En esos casos, explicaremos en qué se diferencian las normas para los medicamentos con receta de la Parte B de las normas para artículos y servicios médicos.

Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las 5 situaciones siguientes:

1. Usted no está recibiendo la atención médica que quiere y cree que está cubierta por nuestro plan. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
2. Nuestro plan no autorizará la atención médica que desea brindarle su médico u otro proveedor médico, y usted considera que nuestro plan cubre esa atención. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
3. Usted recibió atención médica que cree que nuestro plan debería cubrir, pero le comunicamos que no pagaremos dicha atención. **Presentar una apelación. Sección 5.3.**
4. Recibió y pagó atención médica y considera que nuestro plan debería cubrirla, por lo que quiere solicitar que nuestro plan le reembolse el costo de esta atención. **Envíenos la factura. Sección 5.5**
5. Se le está comunicando que la cobertura que tenía para determinados servicios de atención médica que estaba recibiendo, que habíamos aprobado anteriormente, se reducirá o interrumpirá, y usted cree que esto podría perjudicar su salud. **Presentar una apelación. Sección 5.3**

**Nota: Si la cobertura que se va a interrumpir es para atención hospitalaria, servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF), consulte las Secciones 6 y 7 de este capítulo. Se aplican normas especiales a estos tipos de atención.**

**Capítulo 7 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****Sección 5.2 Cómo solicitar una decisión de cobertura****Términos legales:**

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

Una decisión de cobertura rápida se denomina **determinación acelerada**.

**Paso 1: Decida si necesita una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.**

**Una decisión de cobertura estándar generalmente se toma en un plazo de 7 días calendario cuando el artículo o servicio está sujeto a nuestras normas de autorización previa, de 14 días calendario en el caso de todos los demás artículos y servicios médicos o bien, de 72 horas en el caso de los medicamentos de la Parte B. Una decisión de cobertura rápida generalmente se toma en un plazo de 72 horas en el caso de los servicios médicos o de 24 horas en el caso de los medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir 2 requisitos:**

- *Solo puede solicitar* cobertura para artículos y/o servicios médicos (no solicitudes de pago de artículos y/o servicios ya recibidos).
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si el hecho de recurrir a los plazos estándar podría afectarlo de forma grave o perjudicar la recuperación de su capacidad física.

**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, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:

- Explique que usaremos los plazos estándar.
- Explique que, si su médico pide la decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida
- Explique que usted 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.

**Paso 2: Pídale a nuestro plan que tome una decisión de cobertura o una decisión de cobertura rápida.**

- 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, su médico o su representante puede hacer esto. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

**Capítulo 7 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

---

**Paso 3: Consideramos su solicitud de cobertura para atención médica y le damos nuestra respuesta.**

*Para las decisiones de cobertura estándar usamos los plazos estándar.*

**Esto significa que le daremos una respuesta en un plazo de 7 días calendario después de recibida su solicitud de un artículo o servicio médico que esté sujeto a las normas de autorización previa. Si el artículo o servicio médico que usted solicitó no está sujeto a nuestras normas de autorización previa, le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de que recibamos su solicitud. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida su solicitud.**

- **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 nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento de la Parte B de Medicare.
- Si usted considera que *no deberíamos* tomar días adicionales, puede presentar una *queja rápida*. Le otorgaremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 9 para información sobre quejas).

*En el caso de las decisiones de cobertura rápida, usamos un plazo de tiempo acelerado.*

**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 de la Parte B, responderemos en un plazo de 24 horas.**

- **No obstante**, si usted solicita más tiempo o si nosotros necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podríamos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales**. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento de la Parte B.
- Si usted considera que *no deberíamos* tomar días adicionales, puede presentar una *queja rápida*. (Consulte la Sección 9 de este capítulo para obtener información sobre las quejas). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué rechazamos su solicitud.

**Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura para atención médica, puede presentar una apelación.**

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa hacer otro intento para obtener la cobertura de

## Capítulo 7 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

atención médica que quiere. Si presenta una apelación, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

### Sección 5.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

#### Términos legales:

Una apelación a nuestro plan acerca de una decisión de cobertura sobre atención médica se denomina **reconsideración** del plan.

Una apelación rápida también se denomina **reconsideración acelerada**.

#### Paso 1: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

**Por lo general, se presenta una apelación estándar en un plazo de 30 días calendario o 7 días calendario para los medicamentos de la Parte B. Generalmente, una apelación rápida se realiza dentro de las 72 horas.**

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de una atención médica, usted y/o su médico deberá(n) decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos dice que su salud requiere una apelación rápida, le daremos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una *apelación rápida* son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida que aparecen en la Sección 5.2 de este capítulo.

#### Paso 2: Solicitar a nuestro plan una apelación o una apelación rápida

- **Si solicita una apelación estándar, envíe su apelación estándar por escrito.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debe realizar su solicitud de apelación en el plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y usted 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 causa justificada pueden incluir una enfermedad muy grave que le impidió contactarnos o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información sobre su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar información adicional para sustentar su apelación.**

## Capítulo 7 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

### Paso 3: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, hacemos una revisión cuidadosa de toda la información. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si la necesitamos, y podríamos comunicarnos con usted o su médico.

#### **Plazos para una apelación rápida**

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de que recibamos su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud nos lo exige.
  - 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 nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional si está solicitando un medicamento de la Parte B.
  - 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 la que será revisada por una organización de revisión independiente (Independent Review Organization, IRO). La Sección 5.4 explica el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si aceptamos una 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 una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos nuestra decisión por escrito y automáticamente enviaremos su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

#### **Plazos para una apelación estándar**

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de que recibimos su apelación. Si está solicitando un medicamento de la Parte B que todavía no ha recibido, le daremos una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de que recibamos su apelación. Le informaremos nuestra decisión 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 nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento de la Parte B.

## Capítulo 7 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

- Si usted considera que no deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una *queja rápida*. Cuando presenta una queja rápida, le damos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Consulte el Sección 9 para obtener información sobre las quejas).
- Si no le damos una respuesta para el plazo indicado (o al final de la extensión de tiempo), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2, en la que será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 5.4 explica el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura 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 de la Parte B.
- **Si nuestro plan rechaza una parte o la totalidad de su apelación**, automáticamente enviaremos su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

### Sección 5.4 El Nivel 2 del proceso de apelación

#### Término legal:

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”).

La **organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare**. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o debe ser cambiada. Medicare supervisa su trabajo.

#### Paso 1: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su **archivo de 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 toda la información relacionada con su apelación.

**Si se le concedió una apelación rápida en el Nivel 1, también se le concederá una apelación rápida en el Nivel 2.**

## Capítulo 7 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

- En el caso de la apelación rápida, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de que reciba su apelación.
- Si 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 su solicitud es para un medicamento de la Parte B.

### ***Si se le concedió una apelación estándar en el Nivel 1, también se le concederá una apelación estándar en el Nivel 2.***

- En el caso de la apelación estándar, si está solicitando un artículo o servicio médico, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 30 días calendario** después de que reciba su apelación. Si está solicitando un medicamento de la Parte B, la organización de revisión independiente debe comunicarle la respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de que reciba su apelación.
- Si 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 su solicitud es para un medicamento de la Parte B.

### **Paso 2: La organización de revisión independiente le da su respuesta.**

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

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de una solicitud de artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de la atención médica **en un plazo de 72 horas** o bien, proporcionar el servicio en un plazo de 14 días calendario después de que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándar**. Para **solicitudes aceleradas**, tenemos **72 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de una solicitud de medicamentos de la Parte B**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento de la Parte B en un plazo de **72 horas** después de que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándar**. Para **solicitudes aceleradas**, tenemos **24 horas** a partir de la fecha en la que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si esta organización rechaza una parte o la totalidad de su apelación**, significa que está de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de su solicitud) para la cobertura de atención médica no se debe autorizar. (Esto se denomina **confirmar la decisión** o **rechazar su**

## Capítulo 7 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

**apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta para lo siguiente:

- Explica la decisión.
- Le informa sobre su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica alcanza cierto mínimo. El aviso por escrito que recibe de la organización de revisión independiente le indicará el monto en dólares que debe alcanzar para continuar con el proceso de apelaciones.
- Le explica cómo presentar una apelación de Nivel 3.

### **Paso 3: Si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.**

- Hay otros 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de 5 niveles de apelación). Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo (Administrative Law Judge, ALJ) o un mediador. La Sección 8 explica los procesos de apelaciones de los Niveles 3, 4 y 5.

### **Sección 5.5 Si nos está pidiendo que le reembolsemos la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido por atención médica**

En el Capítulo 5 se describe cuándo es posible que deba solicitar un reembolso o el pago de una factura que le envió un proveedor. También le dice cómo enviarnos la documentación que nos solicita el pago.

#### **La solicitud de reembolso implica una decisión de cobertura de parte nuestra**

Si nos envía la documentación correspondiente para solicitar un reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, comprobaremos si la atención médica que pagó está cubierta. También comprobaremos si ha seguido las normas para el uso de su cobertura de atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud:** Si la atención médica tiene cobertura y usted siguió las normas, le enviaremos el pago de la parte que nos corresponde del costo normalmente en un plazo de 30 días calendario, pero a más tardar 60 días calendario después de que recibamos su solicitud. Si aún no ha pagado por la atención médica, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si rechazamos su solicitud:** Si la atención médica *no* está cubierta, o usted *no* siguió todas las normas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que se le informa que no pagaremos la atención médica y las razones.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **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.

## Capítulo 7 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

**Para hacer esta apelación, siga el proceso de apelación de la Sección 5.3.** En el caso de apelaciones relacionadas con un reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle una respuesta en un plazo de 60 días calendario después de haber recibido su apelación. Si nos solicita reembolsarle la atención médica que ya ha recibido y pagado, no se le permite solicitar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago dentro de los 30 días calendario. Si aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor de atención médica en un plazo de 60 días calendario.

### **SECCIÓN 6    Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización para paciente internado más prolongada si usted considera que está siendo dado de alta demasiado pronto**

---

Cuando se lo ingresa en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para el diagnóstico y el tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararlo para el día en que le den el alta. Ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar cuando se vaya.

- El día que deja el hospital es la **fecha del alta**.
- Cuando se haya decidido la fecha del alta, su médico o el hospital se lo comunicarán.
- Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede pedir una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud.

#### **Sección 6.1    Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare donde se le explicarán sus derechos**

Dentro de los 2 días calendario de su ingreso al hospital, recibirá un aviso por escrito denominado *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien en el hospital (por ejemplo, un asistente social o un enfermero), solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para los miembros al 1-800-977-7522 (Los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

- 1. Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga.** Dice lo siguiente:

## Capítulo 7 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

- Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo solicite su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
  - Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización.
  - Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
  - Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darlo de alta si considera que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto. Esta es una manera legal y formal de pedir un retraso en la fecha de su alta para que su atención hospitalaria esté cubierta más tiempo.
- 2. Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.**
- Se le pedirá que firme el aviso a usted o a alguien que actúe en su nombre.
  - Firmar el aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no le informa su fecha del alta. Firmar el aviso **no significa** que esté de acuerdo con la fecha del alta.
- 3. Guarde la copia** del aviso para tener a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o comunicar alguna inquietud sobre la calidad de la atención) en caso de que la necesite.
- Si firma el aviso más de 2 días calendario antes de su fecha de alta, recibirá otra copia antes de que esté programado que le den el alta.
  - Para consultar una copia de este aviso con antelación, llame al Servicios para los miembros al 1-800-977-7522 (Los usuarios de TTY deben llamar al 711) o 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede consultar el aviso en sitio web [www.CMS.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im](http://www.CMS.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im).

### Sección 6.2      **Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha del alta del hospital**

Para solicitarnos que cubramos sus servicios hospitalarios para pacientes internados por un período de tiempo más prolongado, use el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos:

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**

## Capítulo 7 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a Servicios para los miembros al 1-800-977-7522 (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). O llame al Programa estatal sobre seguro médico (State Health Insurance Program, SHIP), para recibir asistencia personalizada. La información de contacto del SHIP está disponible en el Sección 3 del Capítulo 2.

**Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO) revisa su apelación.** Comprueba si su fecha prevista del alta es médicamente apropiada para usted. La **Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO)** es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se brinda a las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas del alta del hospital para las personas que tienen Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

**Paso 1: Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad de su estado y pida una revisión inmediata de su alta del hospital. Debe actuar rápido.**

### **¿Cómo puede comunicarse con esta organización?**

- El aviso por escrito que recibió (*An Important Message from Medicare About Your Rights (Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos)*) le explica cómo puede comunicarse con esta organización. O bien, busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

### **Actúe rápido:**

- Para presentar la apelación, debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO) *antes* de irse del hospital y **no después de la medianoche el día de su alta.**
  - **Si usted cumple con este plazo,** usted puede permanecer en el hospital *después* de la fecha del alta *sin pagar por ello* mientras espera la decisión de la Organización para la mejora de la calidad.
  - **Si no cumple con este plazo, contáctenos.** Si decide quedarse en el hospital después de la fecha de alta planificada, *es posible que deba pagar todos los costos* correspondientes a la atención hospitalaria que reciba después de la fecha de alta planificada.
- Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización para la mejora de la calidad se comunicará con nosotros. A más tardar para el mediodía del día después en que se comunique con nosotros, le daremos un **Aviso detallado de alta.** Este aviso le indica su fecha prevista del alta y le explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.
- Usted puede obtener una muestra del **Aviso detallado del alta (Detailed Notice of Discharge)** llamando a Servicios para los miembros al 1-800-977-7522 (Los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

**Capítulo 7 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

---

O bien, puede obtener una muestra del aviso en línea en [www.CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im](http://www.CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im).

**Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.**

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (los *revisores*) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Los revisores también consultarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital les dio.
- Antes del mediodía del día después en que los revisores nos informen de su apelación, recibirá un aviso por escrito de nosotros que le dará su fecha de alta planificada. Este aviso también explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

**Paso 3: En un plazo de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización para la mejora de la calidad le dará la respuesta a su apelación.*****¿Qué sucede si la aceptan?***

- Si la organización de revisión independiente *acepta*, **debemos seguir brindándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

***¿Qué sucede si la rechazan?***

- Si la organización de revisión independiente *rechaza* su apelación, ellos indican que la fecha de alta planificada es médicamente apropiada. En caso de que esto suceda, **nuestra cobertura para los servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará** al mediodía del día *posterior* al día en que la Organización para la mejora de la calidad le dé su respuesta a la apelación.
- Si la organización de revisión independiente *rechaza* su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior a que la Organización para la mejora de la calidad le dé su respuesta a la apelación.

## Capítulo 7 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

### Paso 4: Si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación, y usted permanece en el hospital después de la fecha prevista del alta, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al *Nivel 2* del proceso de apelaciones.

### Sección 6.3      **Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital**

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión de su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, usted podría tener que pagar el costo total de la hospitalización después de la fecha de alta planificada.

#### **Paso 1: Usted se pone en contacto con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo para pedir otra revisión.**

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura de 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 harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

#### **Paso 3: Los revisores decidirán, en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud para una apelación de Nivel 2, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y se la informarán.**

#### ***Si la organización de revisión independiente la acepta:***

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día después de la fecha de rechazo de su primera apelación por parte de la Organización para la mejora de la calidad. **Debemos seguir brindando cobertura para su atención hospitalaria para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesaria.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos, y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

## Capítulo 7 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

### ***Si la organización de revisión independiente la rechaza:***

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de Nivel 1. Esto se llama *confirmar la decisión*.
- En el aviso que recibirá, se le explicará por escrito qué puede hacer si quiere continuar con el proceso de revisión.

### **Paso 4: Si la rechazan, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación y presentar una apelación de Nivel 3**

- Hay otros 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de niveles de apelación). Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo (Administrative Law Judge, ALJ) o un mediador. La Sección 8 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

## **SECCIÓN 7    Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si considera que su cobertura está terminando demasiado pronto**

---

Cuando está recibiendo **servicios de atención médica a domicilio, servicios de atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (centro de rehabilitación integral para pacientes externos)** que estén cubiertos, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios para ese tipo de atención, siempre que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir alguno de estos 3 tipos de atención, estamos obligados a decírselo por anticipado. Cuando finalice su cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar nuestra parte del costo su atención*.

Si cree que estamos terminando la cobertura para su atención demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

## Capítulo 7 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

### Sección 7.1 Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura

#### Término legal:

**Aviso de no cobertura de Medicare.** Le dice cómo puede solicitar una **apelación rápida**. Solicitar una apelación rápida es una forma legal y formal de solicitar un cambio a nuestra decisión de cobertura sobre cuándo dejar de prestar atención médica.

- 1. Recibirá un aviso por escrito** al menos 2 días calendario antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. El aviso dice lo siguiente:
  - La fecha en la que dejamos de cubrir su atención.
  - Cómo solicitar una apelación rápida para solicitarnos que sigamos cubriendo su atención durante un período de tiempo más largo.
- 2. Se le pedirá que usted, o alguien que actúa en su nombre, firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.** Firmar el aviso *solo* indica que recibió la información sobre cuándo finalizará su cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con la decisión de nuestro plan para suspender la atención.

### Sección 7.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

Si desea pedirnos que cubramos su atención durante un período más largo, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a Servicios para los miembros al 1-800-977-7522 (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). O bien, llame al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) para recibir asistencia personalizada. La información de contacto del SHIP está disponible en el Sección 3 del Capítulo 2.

**Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO) revisa su apelación.** Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente apropiada. La **Organización para la mejora de la calidad** es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se brinda a las personas con Medicare. Esto incluye las

## Capítulo 7 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

revisiones de las decisiones del plan sobre cuándo es momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

### **Paso 1: Solicite su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad y pida una *apelación rápida*. Debe actuar rápido.**

#### ***¿Cómo puede comunicarse con esta organización?***

- En el aviso por escrito que recibió, (*Aviso de no cobertura de Medicare (Notice of Medicare Non-Coverage, NOMNC)*), se le explica cómo puede comunicarse con esta organización. O bien, busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

#### ***Actúe rápido:***

- Debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad para iniciar su apelación **antes del mediodía del día antes de la fecha de entrada en vigencia** que aparece en el *Aviso de no cobertura de Medicare*.
- Si se vence el plazo y desea apelar, aún tiene derechos de apelación. Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad a través de la información de contacto que figura en el *Aviso de no cobertura de Medicare*. El nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado también aparece en el Capítulo 2.

### **Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.**

#### **Término legal:**

**Explicación detallada de no cobertura.** Aviso que proporciona detalles sobre las razones para terminar la cobertura.

#### ***¿Qué sucede durante esta revisión?***

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (los *revisores*) le preguntarán a usted, o a su representante, por qué cree que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- La organización de revisión independiente también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que les da nuestro plan.
- Al final del día, los revisores nos habrán comunicado sobre su apelación y usted recibirá de nuestra parte la *Explicación detallada de no cobertura*, donde se explican detalladamente las razones por las cuales finalizamos la cobertura de sus servicios.

### **Paso 3: Dentro del plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.**

## Capítulo 7 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

### ¿Qué sucede si los revisores aceptan?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, entonces **debemos seguir brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos.

### ¿Qué sucede si los revisores rechazan?

- Si los revisores la *rechazan*, entonces **su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos.**
- Si decide continuar recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) *después* de la fecha en la que termina su cobertura, **usted deberá pagar el costo total** de esta atención.

### Paso 4: Si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si los revisores *rechazan* su apelación de Nivel 1 y usted decide seguir recibiendo la atención después de que haya finalizado la cobertura de la atención, puede presentar una apelación de Nivel 2.

## Sección 7.3      Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión de su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de los servicios de atención médica a domicilio, de los servicios en un centro de atención de enfermería especializada o de los servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) *después* de la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.

### Paso 1: Usted se pone en contacto con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si siguió recibiendo la atención después de la fecha en la que finalizó su cobertura de 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 harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

## Capítulo 7 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

**Paso 3: Los revisores decidirán, en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud de apelación, sobre su apelación y le informarán su decisión.**

***¿Qué sucede si la organización de revisión independiente acepta?***

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención que recibió desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. **Debemos seguir brindando cobertura** para su atención durante el tiempo que sea médicamente necesaria.
- Usted 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 independiente la rechaza?***

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomamos respecto de su apelación de Nivel 1.
- En el aviso que recibirá, se le explicará por escrito qué 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 (Administrative Law Judge, ALJ) o un mediador.

**Paso 4: Si la rechaza, tiene que decidir si quiere continuar con la apelación.**

- Hay 3 niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, (lo que representa un total de 5 niveles de apelación). Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo (Administrative Law Judge, ALJ) o un mediador. La Sección 8 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

## **SECCIÓN 8    Cómo llevar su apelación a los Nivel 3, 4 y 5**

---

### **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 apelaciones de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico sobre el que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. La respuesta escrita que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

## Capítulo 7 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera que los primeros 2 niveles. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

### Apelación de Nivel 3

Un **juez administrativo (Administrative Law Judge, ALJ)** o un mediador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez administrativo o mediador acepta su apelación, el proceso de apelaciones *puede concluir o no*.** A diferencia de la apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted. Si decidimos apelar, irá a una apelación de Nivel 4.
  - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o proporcionarle atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del juez administrativo o mediador.
  - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos relacionados. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar la atención médica en cuestión.
- **Si el juez administrativo o mediador rechaza su apelación, el proceso de apelaciones *podría concluir o no*.**
  - 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. El aviso que reciba le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

### Apelación de Nivel 4

El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si su apelación se acepta o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable a una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *puede concluir o no*.** A diferencia de la decisión tomada en el Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 favorable para usted. Nosotros decidiremos si será necesario apelar esta decisión en el Nivel 5.
  - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle la atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del Consejo.
  - Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede concluir o no*.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.

## Capítulo 7 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo debería continuar con ese proceso.

### Apelación de Nivel 5

Un juez del **Tribunal Federal de Primera Instancia** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *aceptar* o *rechazar* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación tras el Tribunal Federal de Primera Instancia.

## Presentar quejas

### SECCIÓN 9 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes

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

El proceso de quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Este incluye los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. Aquí encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
<b>Calidad de su atención médica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Está insatisfecho con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?</li> </ul>
<b>Respeto de su privacidad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?</li> </ul>
<b>Falta de respeto, mal servicio al cliente u otro comportamiento negativo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Alguien ha sido descortés o le ha faltado el respeto?</li> <li>• ¿Está insatisfecho con nuestro Servicios para los miembros?</li> <li>• ¿Le parece que lo están alentando a dejar nuestro plan?</li> </ul>

**Capítulo 7 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

<b>Queja</b>	<b>Ejemplo</b>
<b>Tiempos de espera</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Está teniendo problemas para conseguir una cita o tiene que esperar demasiado para conseguirla?</li> <li>• ¿Ha tenido que esperar demasiado a médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? O bien, ¿a nuestro departamento de Servicios para los miembros u otro personal de nuestro plan? <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Entre los ejemplos se incluye esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera o de consulta, o cuando le van a dar una receta.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Limpieza</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o un consultorio de un médico?</li> </ul>
<b>Información que obtiene de nosotros</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿No le dimos un aviso requerido?</li> <li>• ¿Es nuestra información escrita difícil de entender?</li> </ul>
<b>Puntualidad</b> (Estos tipos de quejas se relacionan con lo oportuno de nuestras medidas relacionadas con las apelaciones y decisiones de cobertura)	Si ha pedido una decisión de cobertura o presentado una apelación y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, puede presentar una queja por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ha pedido que tomemos una decisión de cobertura rápida o que respondamos una apelación rápida, y lo hemos rechazado; puede presentar una queja.</li> <li>• Usted cree que no cumplimos con los plazos para decisiones de cobertura o apelaciones; puede presentar una queja.</li> <li>• Usted cree que no cumplimos con los plazos de cobertura o reembolso de ciertos productos, servicios o medicamentos que fueron aprobados; puede presentar una queja.</li> <li>• Cree que no cumplimos con los plazos requeridos para enviar su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.</li> </ul>

**Capítulo 7 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****Sección 9.2 Cómo presentar una queja****Términos legales:**

Una **queja** también se denomina **reclamo**.

**Presentar una queja** se denomina **interponer un reclamo**.

**Usar el proceso para quejas** se denomina **usar el proceso para interponer un reclamo**.

Una **queja rápida** se denomina **reclamo acelerado**.

**Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por escrito o por teléfono.**

- **Llamar a Servicios para los miembros al 1-800-977-7522 (Los usuarios de TTY deben llamar al 711) suele ser el primer paso.** Si debe hacer algo más, Servicios para los miembros se lo indicará.
- **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.
- **Si no podemos resolver su queja por teléfono, tenemos un procedimiento formal para revisar su queja. A esto lo denominamos Procedimiento de reclamo.** Para presentar una queja, o si tiene preguntas sobre este procedimiento, llame a Servicios para los miembros. O bien, puede enviarnos por correo una solicitud por escrito a la dirección que se indica en *Quejas sobre la atención médica* en el Capítulo 2 de este documento.
  - Si solicita una respuesta por escrito, si presenta una queja por escrito (reclamo) o si su queja está relacionada con la calidad de la atención, le responderemos por escrito.
  - Tiene que presentar su queja en un plazo de 60 días calendario después del evento. O bien, puede enviarnos por correo una solicitud por escrito a la dirección que se indica en *Quejas sobre la atención médica* en el Capítulo 2 de este documento.
  - Le notificaremos nuestra resolución con respecto a su queja tan pronto como su caso lo requiera en función de su estado de salud, pero a más tardar 30 días calendario después de recibir su reclamo. Podemos extender el plazo por hasta 14 días si solicita una extensión o si justificamos la necesidad de información adicional y la demora es para su conveniencia.
  - En determinados casos, usted tiene derecho a solicitar una revisión rápida de su queja. Esto se denomina Procedimiento de reclamo acelerado. Usted tiene derecho a una revisión rápida de su queja si no está de acuerdo con nuestra decisión en las siguientes situaciones:

## Capítulo 7 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

- Rechazamos su solicitud de revisión rápida de una solicitud de atención médica o de medicamentos.
- Rechazamos su solicitud de revisión rápida de una solicitud de atención médica o de medicamentos rechazados.
- Decidimos que se necesita más tiempo para revisar su solicitud de atención médica.
- Decidimos que se necesita más tiempo para revisar su solicitud de atención médica.
- Puede presentar este tipo de queja por teléfono llamando a Servicios para los miembros. También puede presentarnos la queja por escrito a la dirección que se indica en *Quejas sobre la atención médica* en el Capítulo 2 de este documento. Una vez que recibamos el reclamo acelerado, un profesional clínico revisará el caso para determinar los motivos por los que se rechazó su solicitud de revisión rápida o si la extensión del caso era adecuada. Le notificaremos la decisión del caso rápido verbalmente y por escrito en un plazo de 24 horas después de que recibamos su queja.
- El **plazo** para presentar una queja es de 60 días calendario desde el momento en que tuvo el problema por el que desea presentar la queja.

### 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.
- **La mayoría de las quejas se responden en un plazo de 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 presenta una queja porque rechazamos 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.**
- **Si no estamos de acuerdo** con una parte o la totalidad de la queja, o si no nos hacemos responsables del problema por el que se está quejando, incluiremos las razones en nuestra respuesta.

### Sección 9.3 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización para la mejora de la calidad

Cuando su queja es sobre la *calidad de la atención*, también tiene 2 opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja directamente ante la Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO).** La Organización para la mejora de la calidad es un

**Capítulo 7 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

---

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. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

*O bien*

- **Puede presentar su queja ante la Organización para la mejora de la calidad y ante nosotros al mismo tiempo.**

**Sección 9.4 También puede informarle a Medicare acerca de su queja**

Puede presentar una queja sobre nuestro plan directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, visite [www.Medicare.gov/my/medicare-complaint](http://www.Medicare.gov/my/medicare-complaint). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

## CAPÍTULO 8:

# Cancelación de su membresía en nuestro plan

## SECCIÓN 1 Cancelación de su membresía en nuestro plan

---

Cancelar su membresía en Wellcare Patriot Simple (HMO) puede hacerse de forma **voluntaria** (cuando es su elección) o **involuntaria** (cuando no es su elección):

- Es posible que deje nuestro plan porque ha decidido que *quiere* dejarlo. Las Secciones 2 y 3 brinda información sobre cómo cancelar su membresía voluntariamente.
- También hay situaciones limitadas donde nos vemos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 describe situaciones en las que debemos cancelar su membresía.

Si está dejando nuestro plan, nuestro plan debe continuar proporcionando su atención médica, y usted seguirá pagando la parte que le corresponde de los costos compartidos hasta que finalice su membresía.

## SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

---

### Sección 2.1 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta

Puede cancelar su membresía en nuestro plan cada año durante el **Período de inscripción abierta** **cada** año. Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y medicamentos, y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- El Período de inscripción **abierto** es del **15 de octubre al 7 de diciembre**.
- **Elija 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, con o sin cobertura de medicamentos.
  - Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos de Medicare,
  - Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos de Medicare.
- **Su membresía se cancelará en nuestro plan** cuando empiece la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

## Capítulo 8 Cancelación de su membresía en nuestro plan

---

### Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Puede hacer *un* cambio en su cobertura médica durante el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage** cada año.

- **El Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage (MA)** es del 1 de enero al 31 de marzo y también para nuevos beneficiarios de Medicare que están inscritos en un plan de MA, a partir del mes en que comienza a tener derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del tercer mes en que comienza a tener derecho.
- **Durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage**, usted puede realizar lo siguiente:
  - Cambiar a otro Plan Medicare Advantage, con o sin cobertura de medicamentos.
  - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiar a Original Medicare en este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento.
- **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 de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

### Sección 2.3 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial

En determinadas situaciones, los miembros de Wellcare Patriot Simple (HMO) pueden ser elegibles para cancelar su membresía en otro momento del año. Esto se conoce como **Período de inscripción especial**.

**Usted podría ser elegible para cancelar su membresía durante el Período de inscripción especial** si se aplica alguna de las siguientes situaciones. Estos son solo ejemplos. Para obtener la lista completa, puede comunicarse con nuestro plan, o visitar [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov).

- En general, cuando usted se muda
- Si tiene Texas Department of Health and Human Services
- 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)

## Capítulo 8 Cancelación de su membresía en nuestro plan

- Si se inscribe en el Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE)

**Los períodos de inscripción varían** según sea su situación.

**Para averiguar si es elegible para un Período de inscripción especial**, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de 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 con receta de Medicare. Puede elegir de entre lo siguiente:

- Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos.
- Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos de Medicare.
- Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos de Medicare.

**Su membresía se cancelará normalmente** el primer día del mes después de que recibamos su solicitud para cambiar de nuestro plan.

### Sección 2.4 Obtenga más información sobre cuándo puede cancelar su membresía

Si tiene alguna pregunta sobre cómo cancelar su membresía, puede hacer lo siguiente:

- **Llame a** Servicios para los miembros **al** 1-800-977-7522 (Los usuarios de TTY deben llamar al 711)
- Encuentre la información en el manual **Medicare & You 2026**
- Llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

## SECCIÓN 3 Cómo cancelar su membresía en nuestro plan

La siguiente tabla explica cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan.

Para cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
<b>Otro plan de salud de Medicare</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare.</li> <li>• Su inscripción en se cancelará automáticamente de Wellcare Patriot Simple (HMO) cuando comience la cobertura de su nuevo plan.</li> </ul>

**Capítulo 8 Cancelación de su membresía en nuestro plan**

<b>Para cambiar de nuestro plan a:</b>	<b>Esto es lo que debe hacer:</b>
<b>Original Medicare con un plan separado de medicamentos de Medicare</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos de Medicare.</li> <li>Su inscripción en Wellcare Patriot Simple (HMO) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura del nuevo plan.</li> </ul>
<b>Original Medicare sin un plan separado de medicamentos de Medicare</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Envíenos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción o visite nuestro sitio web para cancelar su inscripción en línea.</b> Llame a Servicios para los miembros al 1-800-977-7522 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si necesita más información sobre cómo hacer esto.</li> <li>También puede llamar a <b>Medicare</b> al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pedir que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</li> <li>Su inscripción en Wellcare Patriot Simple (HMO) se cancelará cuando comience su cobertura en Original Medicare.</li> </ul>

**Nota:** Si también tiene una cobertura acreditable de medicamentos con receta (por ejemplo, un plan separado de medicamentos de Medicare) y cancela su inscripción en esa cobertura, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se une a un plan de medicamentos de Medicare más tarde después de quedarse sin una cobertura acreditable de medicamentos con receta por 63 días continuos o más.

## **SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios y artículos médicos a través de nuestro plan**

Hasta que se cancele su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare, debe continuar recibiendo sus artículos médicos, servicios a través de nuestro plan.

- Continúe utilizando los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.**
- Si está hospitalizado el día que se cancela su membresía, su hospitalización estará cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta** (incluso si le dan el alta después de que comience su nueva cobertura médica).

**Capítulo 8 Cancelación de su membresía en nuestro plan**

---

**SECCIÓN 5 Wellcare Patriot Simple (HMO) Debemos cancelar la membresía en nuestro plan en ciertas situaciones**

---

**Wellcare Patriot Simple (HMO) debe cancelar su membresía en nuestro plan si ocurre cualquiera de los siguientes casos:**

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de 6 meses
  - Si se muda o realiza un viaje largo, llame a Servicios para los miembros al 1-800-977-7522 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para averiguar si el lugar al que se muda o al que viaja está en el área de nuestro plan.
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si ya no es ciudadano estadounidense o no reside legalmente en los Estados Unidos.
- Si intencionalmente nos da información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad en nuestro plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si permanentemente se comporta de una manera que es perturbadora y nos dificulta la tarea de brindarles atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si deja que otra persona use su tarjeta de miembro para obtener atención médica. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
  - Si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el Inspector general investigue su caso

Si tiene preguntas o desea recibir más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, llame a Servicios para los miembros al 1-800-977-7522 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

**Sección 5.1 No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud**

Wellcare Patriot Simple (HMO) no está autorizado a pedirle que deje nuestro plan por algún motivo relacionado con su salud.

## **Capítulo 8 Cancelación de su membresía en nuestro plan**

---

### **¿Qué debe hacer si sucede esto?**

Si usted considera que se le está pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

### **Sección 5.2 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, tenemos que explicarle cómo puede presentar un reclamo o una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

**Capítulo 9 Avisos legales**

---

# CAPÍTULO 9:

## Avisos legales

### SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes

---

La ley principal que se aplica a este documento de *Evidencia de Cobertura* 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, pueden aplicarse otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que reside. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no se incluyen ni se explican en este documento.

### SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

---

**No discriminamos** por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en reclamaciones, 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 a un trato que no ha sido imparcial, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en [www.HHS.gov/ocr/index.html](http://www.HHS.gov/ocr/index.html).

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llame a Servicios para los miembros 1-800-977-7522 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Si tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, Servicios para los miembros puede ayudarlo.

## Capítulo 9 Avisos legales

---

### **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 Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) en el Título 42, secciones 422.108 y 423.462 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), nuestro plan, como una organización 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 beneficios pagados por nuestro plan en virtud de su plan Wellcare Patriot Simple (HMO)**

---

#### **Cuando sufre una lesión**

Si alguna vez sufre una lesión, se enferma o desarrolla una afección como consecuencia de las acciones de otra persona, de una empresa o de usted mismo (“parte responsable”), nuestro plan le proporcionará beneficios por los servicios cubiertos que reciba. Sin embargo, si recibe dinero o tiene derecho a recibir dinero debido a su lesión, enfermedad o afección, ya sea a través de un acuerdo, sentencia o cualquier otro pago asociado a su lesión, enfermedad o afección, nuestro plan y/o los proveedores de tratamiento conservan el derecho a recuperar el valor de cualquier servicio que se le haya prestado a través de este plan de acuerdo con la legislación estatal aplicable.

En esta disposición, el término “parte responsable” hace referencia a cualquier persona o entidad que sea real o potencialmente responsable de su lesión, enfermedad o afección. El término parte responsable incluye a la aseguradora de responsabilidad civil o de otro tipo de la persona o entidad responsable.

Algunos ejemplos de cómo podría sufrir una lesión, enfermarse o desarrollar una afección como consecuencia de las acciones de una parte responsable incluyen, entre otros:

- Tiene un accidente automovilístico;
- Se resbala y 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 todos y cada uno de los montos que reciba de la parte responsable, incluidos, entre otros:

- Pagos realizados por un tercero o cualquier compañía de seguros en nombre del tercero;
- Cobertura de automovilista sin seguro o con seguro insuficiente;

## Capítulo 9 Avisos legales

---

- Protección contra daños personales, sin culpa o cualquier otra cobertura de seguro individual (sobre la propiedad/persona del asegurado);
- Compensación laboral o liquidación o indemnización por incapacidad;
- Cobertura de pagos médicos en virtud de cualquier póliza de automóvil, cobertura de seguro para propietarios de vivienda o de instalaciones o cobertura sombrilla;
- Cualquier acuerdo o sentencia recibidos de una demanda u otra acción legal; o
- Cualquier otro pago de cualquier otra fuente recibido como compensación por las acciones u omisiones de la parte responsable.

Al aceptar beneficios en virtud de este plan, usted acepta que nuestro plan tiene un derecho de subrogación y reembolso de primera prioridad 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 recupera, o tiene derecho a recuperar, cualquier monto de una parte responsable.

Al aceptar beneficios en virtud de este plan, usted también (i) cede a nuestro plan su derecho a recuperar gastos médicos de cualquier cobertura disponible hasta el costo total de todos los servicios cubiertos prestados por el plan en relación con su lesión, enfermedad o afección, y (ii) acepta indicar específicamente a la parte responsable que le reembolse directamente al plan en su nombre.

Al aceptar beneficios en virtud de este plan, usted también otorga a nuestro plan un derecho de retención de primera prioridad sobre cualquier recuperación, acuerdo o sentencia, u otra fuente de compensación y todo reembolso por el costo total de los beneficios correspondientes a servicios cubiertos pagados en virtud del plan que estén relacionados 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 identifiquen específicamente como una recuperación de gastos médicos e independientemente de que se le indemnice o compense plena o totalmente por su pérdida. Nuestro plan puede recuperar el costo total de todos los beneficios proporcionados por este plan sin tener en cuenta cualquier reclamación de culpa por su parte, ya sea por negligencia comparativa o de otro modo. No podrán deducirse honorarios de abogados de la recuperación de nuestro plan, y nuestro plan no está obligado a pagar ni a contribuir al pago de costos judiciales ni de honorarios de abogados correspondientes al abogado contratado para llevar adelante la reclamación o demanda contra cualquier parte responsable.

### Medidas que debe tomar

Si sufre una lesión, se enferma o desarrolla una afección a causa de una parte responsable, usted debe cooperar con nuestro plan y/o con los esfuerzos del proveedor de tratamiento para recuperar sus gastos, lo que incluye:

- Comunicar a nuestro plan o al proveedor de tratamiento, según corresponda, el nombre y la dirección de la parte responsable y/o de su abogado, si los conoce; el nombre y la dirección de su abogado; si recurre a un abogado, el nombre y la dirección de cualquier compañía de seguros implicada; y una descripción de cómo se produjo la lesión, enfermedad o afección.

## Capítulo 9 Avisos legales

---

- Completar cualquier documentación que nuestro plan o el proveedor de tratamiento puedan requerir razonablemente para ayudar a aplicar el derecho de recuperación o retención.
- Responder con prontitud a las preguntas de nuestro plan o del proveedor de tratamiento sobre el estado del caso o la reclamación y sobre cualquier conversación relacionada con un acuerdo.
- Notificar a nuestro plan inmediatamente después de que usted o su abogado reciban cualquier suma de dinero de la(s) parte(s) responsable(s) o de cualquier otra fuente.
- Pagar el derecho de retención por atención médica o el monto de recuperación del plan de cualquier recuperación, acuerdo o sentencia, u otra fuente de compensación, incluido el pago de todo reembolso adeudado a nuestro plan por el costo total de los beneficios pagados en virtud del plan que estén relacionados con su lesión, enfermedad o afección causada, por una parte, responsable, independientemente de que se identifique específicamente como recuperación por gastos médicos e independientemente de que se le restablezca o compense plena o totalmente por su pérdida;
- No hacer nada que perjudique los derechos de nuestro plan según se establece anteriormente. Esto incluye, sin limitación, abstenerse de cualquier intento de reducir o excluir de la liquidación o recuperación el costo total de todos los beneficios pagados por el plan o cualquier intento de negar a nuestro plan su derecho de recuperación o de retención de primera prioridad.
- Conservar cualquier suma de dinero que usted o su abogado reciban de la(s) parte(s) responsable(s), o de cualquier otra fuente, en depósito, y reembolsar a nuestro plan o al proveedor de tratamiento, según corresponda, el monto de la recuperación adeudada al plan tan pronto como se le pague a usted y antes del pago de cualquier otro posible titular de derecho de retención o tercero que reclame un derecho de recuperación
- Se requiere que usted coopere con nosotros en lo que respecta a procurar obtener dichas recuperaciones o pagos excesivos.

## SECCIÓN 5 Tarjeta de miembro

---

Una tarjeta de miembro expedida por nuestro plan que figura en esta *Evidencia de cobertura* es solamente con fines de identificación. La posesión de una tarjeta de miembro no confiere ningún derecho a servicios que se mencionan en esta *Evidencia de cobertura*. Para tener derecho a los servicios o beneficios que se mencionan en esta *Evidencia de Cobertura*, el tenedor de la tarjeta debe reunir los requisitos para cobertura y estar inscrito como miembro de *Evidencia de Cobertura*. Cualquier persona que recibe servicios a los que no tiene derecho según esta *Evidencia de Cobertura*, será responsable del pago de esos servicios. Un miembro debe presentar la tarjeta de miembro, no una tarjeta de Medicare, al momento del servicio. Llame a Servicios para los miembros al 1-800-977-7522 (TTY: 711) si necesita que se reemplace su tarjeta de miembro.

Nota: Cualquier miembro que permita conscientemente el abuso o mal uso de la tarjeta de membresía podrá ver cancelada su membresía por justa causa. Nuestro plan está obligado a informar a la Oficina del Inspector General (Office of the Inspector General) sobre una expulsión que resulte del abuso o mal uso de la tarjeta de membresía, lo que podría derivar en un proceso penal.

## Capítulo 9 Avisos legales

---

### 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 ni agentes de nuestro plan; además, ni nuestro plan, ni ningún empleado de nuestro plan, es empleado o agente de un proveedor participante. En ningún caso nuestro plan será responsable de la negligencia, el acto ilícito o la omisión de cualquier proveedor de atención médica participante o de otro tipo. Los médicos participantes, y no nuestro plan, mantienen la relación médico-paciente con el miembro. Nuestro plan no es un proveedor de atención médica.

### SECCIÓN 7 Fraude al plan de salud

---

**El fraude al plan de salud se define como un engaño o una tergiversación al plan por parte de un proveedor, un miembro, un empleador o cualquier persona que actúe en su nombre. Es un delito que puede ser procesado legalmente. Cualquier persona que participe deliberadamente y a sabiendas en una actividad destinada a defraudar al plan de salud, por ejemplo, presentando una reclamación que contenga una declaración falsa o engañosa, podría ser culpable de fraude al plan de salud.**

Si le preocupa alguno de los cargos que aparecen en una factura o en un formulario de Explicación de beneficios, o si sabe o sospecha de alguna actividad ilegal, llame gratis a la Línea directa contra el fraude de nuestro plan al 1-866-685-8664 (TTY: 711). La Línea directa contra el fraude funciona las 24 horas del día, los siete días de la semana. Todas las llamadas son estrictamente confidenciales.

### SECCIÓN 8 Circunstancias ajenas al plan

---

En la medida en que circunstancias tales como una catástrofe natural, una guerra, un motín, una insurrección civil, una epidemia, la destrucción total o parcial de instalaciones, una explosión atómica u otra liberación de energía nuclear, la incapacidad de personal importante del grupo médico, un estado de emergencia u otros acontecimientos similares que no estén bajo el control de nuestro plan causen que las instalaciones o el personal de nuestro plan no estén disponibles para proporcionar o disponer de los servicios o beneficios en virtud de esta *Evidencia de cobertura*, la obligación del plan de proporcionar dichos servicios o beneficios se limitará al requerimiento de que nuestro plan haga un esfuerzo de buena fe para proporcionar o disponer de dichos servicios o beneficios dentro de la disponibilidad actual de sus instalaciones o personal.

# CAPÍTULO 10:

## Definiciones

**Apelación:** una apelación es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con la decisión de denegarle una solicitud de cobertura para servicios de atención médica o pagos por servicios que ya ha recibido. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo.

**Área de servicio:** un área geográfica donde usted debe vivir para unirse a un plan de de salud en particular. Para los planes que limitan los médicos y los hospitales que puede usar, generalmente también es el área donde puede obtener servicios de rutina (que no sean de emergencia). Nuestro plan debe cancelar su inscripción si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan de manera permanente.

**Atención de emergencia:** servicios cubiertos que son: 1) proporcionados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia; y 2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

**Autorización previa:** aprobación por adelantado para obtener servicios según criterios específicos. En la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4, se indican los servicios cubiertos que necesitan autorización previa.

**Auxiliar de atención de la salud a domicilio:** una persona que brinda servicios que no necesitan las habilidades de enfermeros o terapeutas certificados, como ayudar con la atención personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o realizar ejercicios prescritos).

**Cancelar o cancelación de la inscripción:** es el proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan.

**Centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF):** servicios de atención de enfermería especializada o rehabilitación especializada brindados todos los días en un centro de atención de enfermería especializada. Ejemplos de la atención incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por un enfermero matriculado o un médico.

**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 cuya estadía en el centro se espera que no exceda las 24 horas.

## Capítulo 10 Definiciones

---

**Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS):** es la agencia federal que administra Medicare.

**Cobertura acreditable para medicamentos con receta:** cobertura para medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura estándar para medicamentos con receta de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura, cuando pasan a ser elegibles para Medicare, pueden normalmente mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más tarde en un plan de cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

**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, una consulta hospitalaria como paciente externo o una receta. Un copago es un monto establecido (por ejemplo, \$10), en lugar de un porcentaje.

**Coseguro:** un monto que se le puede solicitar que pague, expresado como un porcentaje (por ejemplo, 20%) como su parte del costo por los servicios.

**Costo compartido:** el costo compartido se refiere a los montos que un miembro debe pagar al recibir servicios. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes 3 tipos de pagos: 1) cualquier monto deducible que puede imponer un plan antes de cubrir 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 más arriba. 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, brindado por personas que no tienen preparación profesional ni preparación profesional, incluye ayudar con actividades cotidianas como bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse y levantarse de la cama o de la silla, desplazarse y utilizar el baño. Puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas realizan por sí mismas, como usar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado asistencial.

**Deducible:** es el monto que debe pagar por la atención médica antes de que nuestro plan pague.

**Determinación de la organización:** una decisión que toma nuestro plan acerca de si los artículos o servicios están cubiertos o sobre cuánto le corresponde pagar a usted por servicios o artículos cubiertos. Las determinaciones de la organización se *denominan decisiones* de cobertura en este documento.

**Dispositivos ortésicos y protésicos:** dispositivos médicos que incluyen, pero no están limitados a los dispositivos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o una función interna del cuerpo, como los suministros para ostomía y terapia nutricional enteral y parenteral.

## Capítulo 10 Definiciones

---

**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 (y, si está embarazada, la pérdida del feto), una extremidad o la función de una extremidad, o la pérdida o el deterioro grave de una parte del cuerpo. 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 ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar.

**Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) y Divulgación de información:** 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.

**Facturación del saldo:** cuando un proveedor (un médico o el hospital) factura al paciente más que el monto de costo compartido permitido de nuestro plan. Como miembro de nuestro plan, solo tiene que pagar los montos del costo compartido del plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le **facturen el saldo** o cobren, de otra manera, más que el monto del costo compartido que nuestro plan indica que debe pagar.

**Grupo médico:** una asociación de médicos, incluidos médicos PCP y especialistas, y otros proveedores de atención médica, incluidos hospitales, que tienen contrato con un plan para brindar servicios a los miembros. Consulte la Sección 3.2 del Capítulo 1.

**Hospicio:** un beneficio que brinda un trato especial a un miembro que ha sido certificado médicamente como enfermo terminal, lo que significa tener una expectativa de vida de 6 meses o menos. Nuestro plan, debe 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 médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

**Hospitalización:** una hospitalización es cuando es ingresado formalmente al hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, podría ser considerado un *paciente externo*.

**Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (Supplemental Security Income, SSI):** es 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 Medical Assistance):** un programa conjunto federal y Estado que ayuda a solventar los costos médicos de ciertas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de

## Capítulo 10 Definiciones

---

Medicaid varían, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y Medicaid.

**Medicamento necesario:** significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena 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).

**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 (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS).

**Monto máximo que paga de su bolsillo:** es el monto máximo que paga de su bolsillo durante el año calendario por los servicios cubiertos dentro de la red de la Parte A y la Parte B. Los montos que usted paga por sus primas de la Parte A y la Parte B de Medicare no se toman en cuenta para el monto máximo que usted 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.

**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 con receta. 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 2 partes: La Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todas partes en los Estados Unidos.

**Parte C:** consulte Plan Medicare Advantage (MA).

**Período de inscripción abierta de Medicare Advantage:** el período de tiempo desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo para que los miembros de un plan Medicare Advantage puedan cancelar sus inscripciones en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage, u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiar a Original Medicare en este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento. El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible durante un período de 3 meses después de que una persona es elegible para Medicare por primera vez.

## Capítulo 10 Definiciones

---

**Período de inscripción abierta:** el período de tiempo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año en el que los miembros pueden cambiar de planes de medicamentos o de salud, o elegir Original Medicare.

**Período de inscripción especial:** tiempo determinado para que los miembros puedan cambiar su plan de salud y de medicamentos o volver a Original Medicare. Las situaciones en las que usted puede ser elegible para un Período de Inscripción Especial son: si se muda fuera del área de servicio, si se muda a un centro de cuidados, o si rompemos nuestro contrato con usted.

**Período de inscripción inicial:** el tiempo en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare, cuando es elegible para recibir Medicare. Si es elegible para Medicare al cumplir 65 años, el Período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza tres meses antes del mes en el que cumple 65 años, incluye el mes en el que cumple 65 años y termina tres meses después del mes en el que cumple 65 años.

**Plan de salud de Medicare:** un plan de salud de Medicare que ofrece una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindar los beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes Medicare Cost, los de Necesidades Especiales, 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):** a veces llamado 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 i) una Organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO); ii) una Organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO); iii) un Plan privado de pago por servicio (Private Fee-for-Service, PFFS); o iv) un plan de Cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare (Medicare Medical Savings Account, MSA). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Plan de Necesidades Especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D (cobertura para medicamentos con receta) de Medicare. Estos planes se denominan **planes Medicare Advantage con cobertura para medicamentos con receta**. Nuestro plan no incluye cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

**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 y apoyos médicos, sociales y de atención a largo plazo (Long-Term Services and Supports, LTSS) 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. Las personas inscritas en los planes PACE reciben los beneficios de Medicare y Medicaid a través de nuestro 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

## Capítulo 10 Definiciones

---

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 compañía de seguros o a un plan de salud para una cobertura de salud o de medicamentos con receta.

**proveedor de atención primaria (PCP):** el médico u otro proveedor a quien usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar con su proveedor de atención primaria antes de consultar con cualquier otro proveedor de atención médica.

**Proveedor de la red: proveedor** es el término general 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 médica. Los **proveedores de la red** tienen un contrato con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan **proveedores del plan**.

**Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red:** un proveedor o centro que no tiene un contrato con nuestro plan para 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.

**Queja:** el nombre formal para presentar una queja es **interponer un reclamo**. El proceso de quejas se utiliza *solamente* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También incluye quejas si nuestro plan no sigue los períodos de tiempo en el proceso de apelaciones.

**Reclamo:** tipo de queja que usted presenta sobre nuestro plan o proveedores, como, por ejemplo, una queja relacionada con la calidad de la atención brindada. Esto no implica disputas de cobertura ni de pago.

**Remisión:** una orden escrita de su médico de atención primaria para que usted acuda con un especialista para obtener determinados servicios médicos. Sin una remisión, nuestro plan podría no pagar los servicios proporcionados por un especialista.

**Servicios cubiertos por Medicare:** servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. El término Servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como servicios de la vista, dentales o auditivos, que puede ofrecer un plan Medicare Advantage.

**Servicios cubiertos:** es el término que usamos para incluir todos los suministros y servicios de atención médica cubiertos por nuestro plan.

**Servicios de rehabilitación:** estos servicios incluyen atención de rehabilitación para pacientes internados, fisioterapia (para pacientes externos), terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

## Capítulo 10 Definiciones

---

**Servicios de urgencia:** un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata que no consiste en una emergencia; se trata un servicio de urgencia si usted está temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, o bien si no es razonable dados el momento, el lugar y las circunstancias, que usted obtenga este servicio a través de proveedores de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son las enfermedades y las lesiones imprevistas o bien, las exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. Las consultas de rutina con proveedores (como los exámenes anuales) que sean médicamente necesarias no se consideran de urgencia, incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.

**Servicios para los miembros:** un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas y apelaciones.

**Servicios preventivos:** atención médica para prevenir enfermedades o detectar enfermedades en una etapa temprana, cuando es probable que el tratamiento funcione mejor (por ejemplo, los servicios preventivos incluyen pruebas de Papanicolau, vacunas contra la influenza y mamografías de diagnóstico).

**Tarjeta Wellcare Spendables®:** una tarjeta de débito, precargada por el plan, que se puede utilizar para pagar los artículos según se describe en la Tabla de beneficios médicos.

## Wellcare Patriot Simple (HMO) Servicios para los miembros

Método	Servicios para los miembros: información de contacto
<b>Llame al</b>	1-800-977-7522 Llamadas gratis. Los representantes están lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m.; 1 de octubre a 31 de marzo, y lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.; 1 de abril a 30 de sept. Fuera del horario regular, fines de semana y feriados federales, del 1 de abril al 30 de sept., el sistema automático atenderá su llamada. Deje mensaje de voz, con nombre y teléfono para que el equipo le llame en 1 día hábil. Servicios para los miembros 1-800-977-7522 (TTY: 711) con servicio gratis de interpretación para quienes no hablan inglés.
<b>TTY</b>	711 Llamadas gratis. Los representantes están lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m.; 1 de octubre al 31 de marzo, y lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.; 1 de abril a 30 de sept.
<b>Escriba a</b>	Wellcare By Allwell PO Box 10420 Van Nuys, CA 91410-0420
<b>Sitio web</b>	<a href="http://go.wellcare.com/AllwellTX">go.wellcare.com/AllwellTX</a>

### Texas Department of Aging and Disability Services (HICAP)

Texas Department of Aging and Disability Services (HICAP) programa estatal con fondos del gobierno federal para asesorar de seguros médicos, de forma local y gratuita, a personas con Medicare.

Método	Información de contacto
<b>Llame al</b>	1-800-252-9240
<b>TTY</b>	1-800-735-2989 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultad auditiva o del habla.
<b>Escriba a</b>	Texas Department of Aging and Disability Services 701 West 51st Street MC: W275 Austin, TX 78751-3146
<b>Sitio web</b>	<a href="https://www.hhs.texas.gov/services/health/medicare">https://www.hhs.texas.gov/services/health/medicare</a>

**Declaración sobre divulgación de la Ley de Reducción de Papel (Paperwork Reduction Act, 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.