

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2024

Evidencia de cobertura:

Los beneficios y servicios de salud de Medicare como miembro de Covenant Health Advantage (HMO)

Este documento proporciona detalles acerca de la cobertura para atención médica de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2024. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con Servicio al Cliente llamando al 1-833-442-2405. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario del 1 de octubre al 31 de marzo es de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (excepto los principales días festivos); y del 1 de abril al 30 de septiembre, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (excepto los principales días festivos). Esta llamada es gratuita.

Este plan, Covenant Health Advantage (HMO), es ofrecido por Baylor Scott & White Care Plan, (una subsidiaria de Baylor Scott & White Health Plan). (Cuando esta *Evidencia de cobertura* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a Baylor Scott & White Health Plan. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Covenant Health Advantage (HMO)).

Este documento está disponible de forma gratuita en español. Esta información está disponible en formatos alternativos (por ejemplo, letra grande).

Los beneficios, las primas, los deducibles, los copagos o el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2025.

La red de proveedores puede cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario. Notificaremos los cambios a las personas inscritas que han sido afectadas con al menos 30 días de antelación.

Este documento explica sus beneficios y derechos. Utilice este documento para comprender acerca de:

- La prima y el costo compartido de su plan;
- Sus beneficios médicos;
- Cómo presentar una queja si no se encuentra satisfecho con un servicio o tratamiento;
- Cómo comunicarse con nosotros si necesita ayuda adicional; y,
- Otras protecciones exigidas por la ley de Medicare.

Evidencia de cobertura de 2024**Índice**

CAPÍTULO 1: <i>Primeros pasos como miembro</i>	4
SECCIÓN 1 Introducción	5
SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan?.....	6
SECCIÓN 3 Materiales importantes para los miembros que recibirá	7
SECCIÓN 4 Sus costos mensuales de Covenant Health Advantage (HMO).....	9
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual	9
SECCIÓN 6 Cómo mantener al día su registro de miembro del plan	10
SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan	10
CAPÍTULO 2: <i>Números de teléfono y recursos importantes</i>	12
SECCIÓN 1 Contactos de Covenant Health Advantage (HMO) (cómo ponerse en contacto con nosotros, lo que incluye cómo comunicarse con Servicio al Cliente).....	13
SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare).....	16
SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP) (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare).....	18
SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad.....	19
SECCIÓN 5 Seguro Social	20
SECCIÓN 6 Medicaid	21
SECCIÓN 7 Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de jubilación para ferroviarios.....	22
SECCIÓN 8 ¿Tiene un seguro grupal u otro seguro médico de un empleador?	22
CAPÍTULO 3: <i>Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos</i>	23
SECCIÓN 1 Datos importantes sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan.....	24
SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red del plan para obtener atención médica.....	26
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cuando tiene una emergencia, una necesidad urgente de recibir atención o durante un desastre.....	29
SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios?	31
SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica?.....	32
SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica	34

SECCIÓN 7	Normas para la posesión de equipo médico duradero	35
CAPÍTULO 4:	<i>Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)</i>	37
SECCIÓN 1	Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos	38
SECCIÓN 2	Utilice la <i>Tabla de beneficios médicos</i> para averiguar qué es lo que está cubierto y cuánto le corresponderá pagar	40
SECCIÓN 3	¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?	88
CAPÍTULO 5:	<i>Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos cubiertos</i>	95
SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos	96
SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que usted recibió	98
SECCIÓN 3	Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no	98
CAPÍTULO 6:	<i>Sus derechos y responsabilidades</i>	100
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan	101
SECCIÓN 2	Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan	108
CAPÍTULO 7:	<i>Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)</i>	110
SECCIÓN 1	Introducción	111
SECCIÓN 2	Dónde obtener más información y asistencia personalizada	111
SECCIÓN 3	¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema?	112
SECCIÓN 4	Guía sobre los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones	113
SECCIÓN 5	Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura	116
SECCIÓN 6	Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que lo están dando de alta demasiado pronto	124
SECCIÓN 7	Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si usted siente que su cobertura está terminando demasiado pronto	132
SECCIÓN 8	Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá	139
SECCIÓN 9	Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes	141

CAPÍTULO 8: <i>Cancelación de su membresía en el plan</i>	145
SECCIÓN 1 Introducción para cancelar su membresía en nuestro plan	146
SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	146
SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	148
SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos y servicios médicos a través de nuestro plan	149
SECCIÓN 5 Covenant Health Advantage (HMO) debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones.....	150
CAPÍTULO 9: <i>Avisos legales</i>	152
SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes.....	153
SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación.....	153
SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare	153
CAPÍTULO 10: <i>Definiciones de palabras importantes</i>	154

CAPÍTULO 1:

Primeros pasos como miembro

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Usted está inscrito en Covenant Health Advantage (HMO), que es un plan HMO de Medicare
--------------------	---

Usted está cubierto por Medicare y ha elegido recibir su atención médica de Medicare a través de nuestro plan, Covenant Health Advantage (HMO). Estamos obligados a cubrir todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso a los proveedores de este plan difieren de los de Original Medicare.

Covenant Health Advantage (HMO) es un plan Medicare Advantage HMO (HMO significa Health Maintenance Organization, Organización para el mantenimiento de la salud) aprobado por Medicare y administrado por una compañía privada. Covenant Health Advantage (HMO) no incluye la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.

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

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

Este documento de *Evidencia de cobertura* describe cómo puede obtener su atención médica. Explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto, la parte que le corresponde pagar a usted como miembro del plan y cómo presentar una queja si no se encuentra satisfecho con una decisión o tratamiento.

Los términos *cobertura* y *servicios cubiertos* hacen referencia a la atención y los servicios médicos a su disposición como miembro de Covenant Health Advantage (HMO).

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

Si hay algún tema que lo confunde o le preocupa, o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con el Servicio al Cliente de nuestro plan.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Sección 1.3 Información legal sobre la Evidencia de cobertura

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo Covenant Health Advantage (HMO) cubre su atención. Las otras partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción y cualquier aviso que reciba de nuestra parte sobre cambios en su cobertura o condiciones que puedan afectar su cobertura. En ocasiones, estos avisos se denominan *cláusulas adicionales* o *enmiendas*.

El contrato estará vigente durante los meses en los que esté inscrito en Covenant Health Advantage (HMO) desde el 1 de enero de 2024 hasta el 31 de diciembre de 2024.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Covenant Health Advantage (HMO) después del 31 de diciembre de 2024. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan, u ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2024.

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

SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan?

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad

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

- Tenga tanto la Parte A como la Parte B de Medicare.
- Viva en nuestra área de servicio geográfica (la Sección 2.3, que se encuentra más abajo, describe el área de servicio). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área geográfica de servicio, aunque se encuentren físicamente en ella.
- Sea ciudadano estadounidense o esté legalmente presente en los Estados Unidos.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Sección 2.2 Esta es el área de servicio del plan para Covenant Health Advantage (HMO)

Covenant Health Advantage (HMO) se encuentra disponible solo para personas que residen en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar viviendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye estos condados de Texas: Crosby, Floyd, Garza, Hale, Hockley, Lubbock, Lynn y Terry.

Si tiene pensado mudarse fuera del área de servicio, no podrá continuar siendo miembro de este plan. Comuníquese con Servicio al Cliente para saber si contamos con un plan en su nueva área. Si se muda, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare disponible en su nueva ubicación.

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

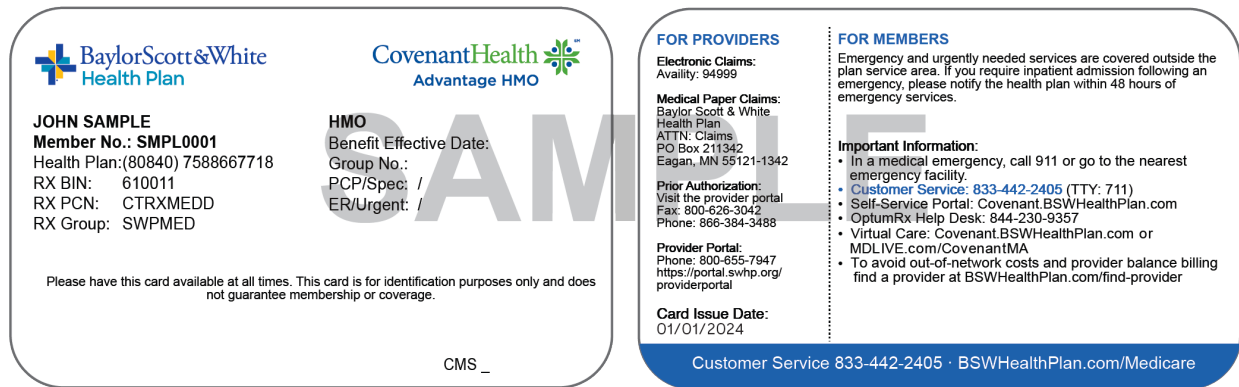
Sección 2.3 Ciudadanía estadounidense o presencia legal

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

SECCIÓN 3 Materiales importantes para los miembros que recibirá

Sección 3.1 Su tarjeta de miembro del plan

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



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

Sección 3.2 Directorio de proveedores

El *Directorio de proveedores* enumera nuestros proveedores actuales de la 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.

Debe utilizar proveedores de la red para obtener su atención y servicios médicos. Si se dirige a cualquier otro sitio sin la debida autorización, deberá pagar el costo total. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios de urgencia cuando la red no se encuentre disponible (es decir, en situaciones en las que no sea razonable o posible obtener servicios dentro de la red), los servicios de diálisis fuera del área y los casos en los que Covenant Health Advantage (HMO) autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

La lista más actualizada de proveedores está disponible en nuestro sitio web [BSWHealthPlan.com/Medicare](https://www.bswhealthplan.com/Medicare).

Si no tiene su copia del *Directorio de proveedores*, puede solicitar una (electrónicamente o en formato impreso) a través de Servicio al Cliente. Las solicitudes de Directorios de proveedores en formato impreso se le enviarán por correo en un plazo de tres días hábiles.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales de Covenant Health Advantage (HMO)

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

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

Las primas de la Parte B de Medicare varían para las personas que tienen distintos ingresos. Si tiene alguna duda sobre estas primas, consulte en su copia del manual *Medicare & You 2024* (Medicare y Usted 2024) la sección titulada *2024 Medicare Costs* (Costos de Medicare de 2024). Si necesita una copia, puede descargarla del sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O bien, puede solicitar una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.1 Prima del plan

No es necesario que pague por separado la prima mensual del plan Covenant Health Advantage (HMO).

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare**Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare**

Usted debe continuar pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan. Esto incluye su prima de la Parte B. También puede incluir una prima de la Parte A que afecta a los miembros que no son elegibles para obtener la parte A sin pagar la prima.

Covenant Health Advantage (HMO) paga \$50 para su prima de la Parte B. Esta reducción se aplica en su cheque del Seguro Social. Si tiene preguntas sobre el seguro social, comuníquese con el Seguro Social o visite SSA.gov para obtener más información.

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual

Sección 5.1 ¿Podemos modificar la prima mensual de su plan durante el año?

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

SECCIÓN 6 Cómo mantener al día su registro de miembro del 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.

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

Infórmenos sobre las siguientes modificaciones:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge o pareja de hecho, compensación laboral o Medicaid).
- Si existe alguna demanda de responsabilidad civil, por ejemplo, por un accidente automovilístico.
- Si fue ingresado en un centro de cuidados.
- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias que se encuentran fuera del área de cobertura o que no pertenecen a la red.
- Si cambia la parte responsable designada por usted (como un cuidador).
- Si está participando en un estudio de investigación clínica (**Nota:** No tiene la obligación de informar a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que pretende participar, pero lo animamos a que lo haga).

Si se produce algún cambio en esta información, llame a Servicio al Cliente.

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

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Otros seguros

Medicare exige que le pidamos información sobre la cobertura de cualquier otro seguro médico o para medicamentos que tenga. Esto se debe a que tenemos que coordinar las demás coberturas que tenga con los beneficios que obtiene de nuestro plan. A esto se lo denomina **Coordinación de beneficios**.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Una vez por año, le enviaremos una carta con el detalle de las demás coberturas médicas o para medicamentos de las que tengamos conocimiento. Lea atentamente esta información. Si es correcta, no será necesario que haga nada. Si la información es incorrecta o si tiene alguna otra cobertura que no está incluida en la lista, llame a Servicio al Cliente. Es posible que sus otros aseguradores le soliciten el número de identificación de miembro del plan (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando tiene otro seguro (como una cobertura de salud grupal del empleador), hay normas establecidas por Medicare que determinan si nuestro plan o su otro seguro paga en primer término. El seguro que paga primero se denomina “pagador principal” y paga hasta el máximo de su cobertura. El que paga en segundo término, denominado “pagador secundario”, solo paga si quedaron costos sin cubrir por la cobertura principal. El pagador secundario puede no pagar todos 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 primario dependerá de su edad, la cantidad de trabajadores del empleador y si usted tiene Medicare debido a su edad, una discapacidad o enfermedad renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD):
 - Si es menor de 65 años y está discapacitado, y usted o un miembro de su familia todavía trabajan, su plan de salud grupal paga en primer lugar si el empleador tiene 100 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 100 empleados.
 - Si es mayor de 65 años y usted o su cónyuge o pareja de hecho todavía trabajan, su plan de salud grupal paga en primer lugar si el empleador tiene 20 empleados o más o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 20 empleados.
- Si usted tiene Medicare debido a una ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses luego de haber sido elegible para Medicare.

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

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

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

CAPÍTULO 2:

*Números de teléfono y
recursos importantes*

SECCIÓN 1 Contactos de Covenant Health Advantage (HMO) **(cómo ponerse en contacto con nosotros, lo que incluye** **cómo comunicarse con Servicio al Cliente)**

Cómo puede ponerse en contacto con Servicio al Cliente del plan

Para obtener ayuda con las reclamaciones o la facturación, o si tiene alguna pregunta sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba a Servicio al Cliente de Covenant Health Advantage (HMO). Con gusto lo ayudaremos.

Método	Servicio al Cliente: información de contacto
LLAME AL	1-833-442-2405 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede comunicarse del 1 de octubre al 31 de marzo, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (excepto los principales días festivos); y del 1 de abril al 30 de septiembre, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (excepto los principales días festivos). Servicio al Cliente también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede comunicarse del 1 de octubre al 31 de marzo, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (excepto los principales días festivos); y del 1 de abril al 30 de septiembre, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (excepto los principales días festivos).
ESCRIBA A	Baylor Scott & White Health Plan Customer Service 1206 West Campus Drive Temple, Texas 76502
SITIO WEB	BSWHealthPlan.com/Medicare

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes**Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura o una 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 pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones sobre su atención médica, consulte el Capítulo 7 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Decisiones de cobertura y apelaciones sobre su atención médica: información de contacto
LLAME AL	1-833-442-2405 Las llamadas a estos números son gratuitas. Puede comunicarse del 1 de octubre al 31 de marzo, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (excepto los principales días festivos); y del 1 de abril al 30 de septiembre, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (excepto los principales días festivos).
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede comunicarse del 1 de octubre al 31 de marzo, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (excepto los principales días festivos); y del 1 de abril al 30 de septiembre, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (excepto los principales días festivos).
ESCRIBA A	Baylor Scott & White Health Plan Appeals and Grievances 1206 West Campus Drive Temple, Texas 76502
SITIO WEB	BSWHealthPlan.com/Medicare

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

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

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Método	Quejas sobre la atención médica: información de contacto
LLAME AL	1-833-442-2405 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede comunicarse del 1 de octubre al 31 de marzo, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (excepto los principales días festivos); y del 1 de abril al 30 de septiembre, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (excepto los principales días festivos).
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede comunicarse del 1 de octubre al 31 de marzo, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (excepto los principales días festivos); y del 1 de abril al 30 de septiembre, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (excepto los principales días festivos).
ESCRIBA A	Baylor Scott & White Health Plan 1206 West Campus Drive Temple, Texas 76502
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre Covenant Health Advantage (HMO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja por Internet ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

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

Si ha recibido una factura o ha pagado por servicios (tal como la factura de un proveedor) que usted considera que nosotros deberíamos pagar, es posible que tenga que solicitarnos el reembolso o el pago de la factura del proveedor. Consulte el Capítulo 5 (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos cubiertos*).

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

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Método	Solicitudes de pago: información de contacto
ESCRIBA A	Baylor Scott & White Health Plan P.O. Box 211342 Eagan, Minnesota 55121-1342
SITIO WEB	BSWHealthPlan.com/Medicare

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

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

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

Método	Medicare: información de contacto
LLAME AL	1-800-MEDICARE o al 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Método	Medicare: información de contacto
SITIO WEB	<p data-bbox="479 304 738 346">www.Medicare.gov</p> <p data-bbox="479 352 1404 609">Este es el sitio web gubernamental oficial de Medicare. Proporciona información actualizada sobre Medicare y cuestiones actuales relacionadas con Medicare. También contiene información sobre hospitales, centros de cuidados, médicos, agencias de atención médica a domicilio y centros de diálisis. Incluye documentos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar la información de contacto de Medicare en su estado.</p> <p data-bbox="479 619 1388 693">El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre las opciones de elegibilidad e inscripción con las siguientes herramientas:</p> <ul data-bbox="527 703 1404 1092" style="list-style-type: none"><li data-bbox="527 703 1299 819">• Herramienta de elegibilidad de Medicare (Medicare Eligibility Tool): Brinda información sobre el estado de elegibilidad de Medicare.<li data-bbox="527 829 1404 1092">• Buscador de planes de Medicare (Medicare Plan Finder): Brinda información personalizada sobre los planes de medicamentos con receta de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas Medigap (seguro complementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas brindan un <i>valor estimativo</i> de los costos que podría pagar de su bolsillo en diferentes planes de Medicare. <p data-bbox="479 1102 1339 1176">También puede utilizar el sitio web para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga de Covenant Health Advantage (HMO):</p> <ul data-bbox="527 1186 1388 1417" style="list-style-type: none"><li data-bbox="527 1186 1388 1417">• Informe a Medicare sobre su queja: Puede presentar una queja sobre Covenant Health Advantage (HMO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas de manera seria y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare. <p data-bbox="479 1428 1388 1690">Si no tiene una computadora, la biblioteca o el centro para personas de edad avanzada locales pueden ayudarlo a ingresar al sitio web con sus computadoras. O bien, puede llamar a Medicare para pedirles la información que está buscando. Ellos buscarán la información en el sitio web y la revisarán junto a usted. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227], las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).</p>

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP) (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Texas, el SHIP se llama Programa de Defensa y Asesoramiento de Información sobre la Salud de Texas (Texas Health Information Counseling and Advocacy Program, HICAP).

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

Los asesores del Programa de Defensa y Asesoramiento de Información sobre la Salud de Texas (HICAP) pueden ayudarlo a que entienda sus derechos en relación con Medicare, a presentar quejas sobre la atención o el tratamiento médicos y a solucionar problemas con las facturas de Medicare. Los asesores del Programa de Defensa y Asesoramiento de Información sobre la Salud de Texas (HICAP) también pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas respecto de Medicare, a comprender las opciones de los planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

MÉTODO PARA ACCEDER AL SHIP y A OTROS RECURSOS:

- Visite <https://www.shiphelp.org> (haga clic en SHIP LOCATOR [LOCALIZADOR DE SHIP] en el centro de la página).
- Seleccione su **ESTADO** en el menú desplegable y haga clic en GO (IR). Esto lo llevará a una página con los números de teléfono y recursos específicos para su estado.

Método	Programa de Defensa y Asesoramiento de Información sobre la Salud de Texas (HICAP): información de contacto
LLAME AL	1-800-252-9240
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	Texas Department of Insurance P.O. Box 149104 Austin, Texas 78714
SITIO WEB	http://www.tdi.texas.gov/consumer/hicap

SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad

En cada estado hay una Organización para la mejora de la calidad designada que trabaja para los beneficiarios de Medicare. Para Texas, la Organización para la mejora de la calidad se llama KEPRO.

KEPRO está integrada por un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a los que les paga Medicare para que controlen y ayuden a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare. KEPRO es una organización independiente. No tiene ninguna relación con nuestro plan.

Si se presenta alguna de las siguientes situaciones, debe comunicarse con KEPRO:

- Si tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió.
- Si cree que la cobertura para su hospitalización finaliza demasiado pronto.
- Si cree que la cobertura de servicios de atención médica a domicilio, servicios en centros de atención de enfermería especializada o servicios en centros de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) finaliza demasiado pronto.

Método	KEPRO (Organización para la mejora de la calidad de Texas): información de contacto
LLAME AL	1-888-315-0636 Días de semana: de 9:00 a. m. a 5:00 p. m. Fines de semana y días festivos: de 11:00 a. m. a 3:00 p. m.
TTY	1-855-843-4776 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	KEPRO 5201 W. Kennedy Blvd., Suite 900 Tampa, Florida 33609
SITIO WEB	https://www.keproqio.com/bene/helpline

SECCIÓN 5 Seguro Social

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

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

Método	Seguro Social: información de contacto
LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m. Puede utilizar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas gestiones las 24 horas.
TTY	1-800-325-0778 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. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m.
SITIO WEB	www.ssa.gov

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.

Los programas que se ofrecen a través de Medicaid ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, tales como las primas de Medicare. Estos **Programas de ahorros de Medicare** incluyen lo siguiente:

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

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

Método	Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas: información de contacto
LLAME AL	1-800-252-8263 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
TTY	711
ESCRIBA A	Texas Health and Human Services Brown-Heatly Building P.O. Box 13247 Austin, Texas 78711-3247
SITIO WEB	http://hhs.texas.gov

SECCIÓN 7 **Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de jubilación para ferroviarios**

La Junta de jubilación para ferroviarios es una agencia federal independiente que administra los programas integrales de beneficios destinados a los trabajadores ferroviarios del país y a sus familias. Si recibe sus beneficios de Medicare a través de la Junta de jubilación para ferroviarios, es importante que les comunique si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios de la Junta de jubilación para ferroviarios, comuníquese con la agencia.

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

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

Si usted (o su cónyuge o pareja de hecho) recibe beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja de hecho) como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios de su empleador o sindicato o a Servicio al Cliente 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 de hecho). (Los números de teléfono de Servicio al Cliente figuran en la contratada de este documento). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare conforme a este plan.

CAPÍTULO 3:

*Cómo utilizar el plan
para obtener servicios médicos*

SECCIÓN 1 Datos importantes sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que usted debe saber sobre cómo utilizar el plan para obtener atención médica cubierta. Aquí se ofrecen definiciones de los términos y se explican las normas que deberá cumplir para obtener los tratamientos médicos, servicios, equipos, medicamentos con receta de la Parte B y otros tipos de atención médica cubiertos por el plan.

Para obtener detalles sobre qué tipo de atención médica cubre nuestro plan y cuánto paga usted del costo de dicha atención, utilice la tabla de beneficios del capítulo siguiente, el Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos [lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar]*).

Sección 1.1 ¿Qué son los 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. Hemos acordado 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 con un proveedor de la red, solo paga la parte que le corresponde del costo de los servicios.
- 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 del Capítulo 4.

Sección 1.2 Normas básicas para obtener la atención médica cubierta por su plan

Como un plan de salud de Medicare, Covenant Health Advantage (HMO) debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y debe seguir las normas de cobertura de Original Medicare.

Covenant Health Advantage (HMO) cubrirá, por lo general, su atención médica, siempre y cuando:

- **La atención que reciba se incluya en la Tabla de beneficios médicos del plan** (la tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este documento).
- **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 y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.

- En la mayoría de los casos, nuestro plan deberá autorizarlo con antelación antes de que pueda acudir a otros proveedores de la red del plan, tales como especialistas, hospitales, centros de atención de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio. A esto se lo denomina darle una *remisión*. Para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.2 de este capítulo.
- Las remisiones de su proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) no son necesarias para la atención de emergencia o los servicios de urgencia.
- **Reciba atención de un proveedor de la red** (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, 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 pagar al proveedor la totalidad de los servicios prestados. *Existen tres excepciones:*
 - El plan cubre los servicios 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 de este capítulo.
 - Si necesita recibir atención médica que Medicare exige que cubra nuestro plan, y no hay especialistas en nuestra red que puedan proveerla, puede obtener la atención de un proveedor fuera de la red por el mismo costo compartido que normalmente paga dentro de la red. En este caso, pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red. Para obtener más información sobre cómo obtener autorización para consultar a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
 - El plan cubre los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando el proveedor que le presta este servicio no se encuentre disponible temporalmente o no sea posible comunicarse con él. El costo compartido que usted paga al plan por la diálisis nunca puede superar el costo compartido de Original Medicare. Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y recibe la diálisis de un proveedor que no forma parte de la red del plan, su costo compartido no puede superar el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de diálisis dentro de la red no se encuentra disponible temporalmente, y usted decide obtener los servicios dentro del área de servicio a través de un proveedor fuera de la red del plan, el costo compartido de la diálisis puede ser mayor.

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

Sección 2.1	Usted puede elegir a un proveedor de atención primaria (PCP) para que brinde y supervise su atención médica
--------------------	--

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

Se alienta a los miembros de Covenant Health Advantage (HMO) a seleccionar un proveedor de atención primaria (PCP), pero no están obligados a obtener remisiones para especialistas. Los PCP son profesionales de la salud que cumplen con ciertos requisitos fijados por el estado y están capacitados para brindarle atención médica básica. Los PCP brindan atención básica o de rutina y coordinan el resto de los servicios cubiertos que obtiene como miembro del plan, incluyendo radiografías, análisis de laboratorio, terapias, atención de médicos especialistas, ingresos hospitalarios y seguimiento médico.

- “Coordinar” sus servicios incluye verificar o consultar con otros proveedores del plan sobre su atención y su progreso. Si necesita ciertos tipos de servicios o suministros cubiertos, su PCP puede ayudarlo a coordinar estos servicios con Baylor Scott & White Health Plan. En algunos casos, su PCP deberá obtener nuestra autorización previa (aprobación previa). Debido a que los PCP brindan y coordinan su atención médica, a menudo es útil que usted, como miembro, se asegure de que su PCP tenga todos sus registros médicos anteriores.

¿Cómo elige al PCP?

Seleccione un PCP de nuestro directorio de proveedores en línea o del directorio impreso y llame a Servicio al Cliente de Baylor Scott & White Health Plan al número de teléfono que figura en la contraportada de este folleto para indicarles su elección. Servicio al Cliente de Baylor Scott & White Health Plan también puede ayudarlo a elegir un PCP si es necesario. Esta información se agregará a su expediente de membresía.

Cómo cambiar de PCP

Usted puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. Además, es posible que su PCP deje la red de proveedores de nuestro plan y usted tenga que encontrar un PCP nuevo.

Llame a Servicio al Cliente de Baylor Scott & White Health Plan al número que figura en la contraportada de este folleto para solicitar información sobre cómo cambiar de PCP. Su solicitud de cambio de PCP entrará en vigor a más tardar 72 horas después de su solicitud.

Sección 2.2 Cómo puede obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red

El especialista es un médico que presta servicios de atención médica en relación con enfermedades específicas o con una parte del cuerpo. Hay muchos tipos de especialistas. A continuación, le damos algunos ejemplos:

- Oncólogos: tratan a los pacientes que tienen cáncer.
- Cardiólogos: tratan a los pacientes que tienen afecciones cardíacas.
- Ortopedistas: tratan a los pacientes que tienen determinadas afecciones óseas, articulares o musculares.
- Usted, su PCP o su representante designado pueden necesitar la aprobación por adelantado de nuestro plan para ciertos servicios (esto se llama obtener “autorización previa”). Si se requiere autorización previa y usted o su médico no la obtienen, Covenant Health Advantage (HMO) no pagará los servicios. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4 para obtener información sobre autorizaciones previas y remisiones. Los especialistas y los centros deben estar en la red de proveedores contratados para que los servicios se procesen bajo su Covenant Health Advantage (HMO). Para obtener más ayuda, llame al 1-833-442-2405 (TTY: 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (excepto los principales días festivos); y del 1 de abril al 30 de septiembre, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (excepto los principales días festivos).

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

Es importante que sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, los médicos y los especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Si su médico o especialista deja de estar en el plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- 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 el plan para que tenga tiempo para elegir un proveedor nuevo.
 - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual deja nuestro plan, se lo notificaremos si ha acudido a ese proveedor en los últimos tres años.
 - Si alguno de sus otros proveedores deja nuestro plan, se lo notificaremos si usted está asignado a ese proveedor, recibe actualmente atención de él o ha acudido a ese proveedor en los últimos tres meses.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado de la red al que pueda acceder para continuar con su atención médica.

- Si actualmente está realizando un tratamiento médico o algún tipo de terapia con su proveedor actual, tiene derecho a hacer una solicitud, y trabajaremos con usted para garantizar que el tratamiento o la terapia médicamente necesario que está recibiendo continúe.
- Le brindaremos información sobre los distintos períodos de inscripción que tiene a su disposición y sobre las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Coordinaremos cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores, pero con los costos compartidos dentro de la red, cuando un proveedor de la red o beneficio no esté disponible o no sea adecuado para satisfacer sus necesidades médicas. Lo alentamos a que trabaje a través de su PCP o especialista de la red cuando realice solicitudes de atención médica fuera de la red. Es probable que su médico pueda explicar mejor su afección médica y pueda proporcionar detalles especiales sobre su solicitud. Para obtener autorización previa, comuníquese con Servicio al Cliente al 1-833-442-2405 (TTY: 711).
- Si se entera de que su médico o especialista dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor para administrar 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 sobre la calidad de la atención ante la Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO), interponer un reclamo sobre la calidad de la atención al plan, o ambas. Consulte el Capítulo 7.

Sección 2.3 Cómo puede obtener atención de proveedores fuera de la red

En términos generales, debe usar proveedores de la red para recibir atención cubierta. Sin embargo, si necesita atención médica que Medicare requiere que nuestro plan cubra y los proveedores de nuestra red no pueden proporcionar esta atención, puede obtenerla de un proveedor fuera de la red. En este caso, pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red. Lo alentamos a que trabaje a través de su PCP o especialista de la red cuando realice solicitudes de atención médica fuera de la red. Es probable que su médico pueda explicar mejor su afección médica y pueda proporcionar detalles especiales sobre su solicitud. Para obtener autorización previa, comuníquese con Servicio al Cliente al 1-833-442-2405 (TTY: 711). Nota: Los miembros tienen derecho a recibir servicios de proveedores fuera de la red para servicios de emergencia o servicios de urgencia fuera del área. Además, los planes deben cubrir los servicios de diálisis para miembros con ESRD que han viajado fuera del área de servicio del plan y no pueden acceder a proveedores de ESRD contratados.

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

Sección 3.1 Cómo puede obtener atención si tiene una emergencia médica

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

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 atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y si es una mujer embarazada, al hijo por nacer), un miembro o la función de un miembro o que sufra la pérdida o deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección 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 del PCP. No es necesario que recurra a un médico de la red. Usted puede obtener atención médica de emergencia cada vez que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, así como cobertura para atención de emergencia y de urgencia en todo el mundo, de cualquier proveedor que posea la licencia estatal correspondiente, incluso si no forma parte de nuestra red. Nuestro plan también incluye un beneficio de emergencia en todo el mundo para todos los miembros. Para obtener más información sobre los Servicios de emergencia/urgencia en todo el mundo, consulte el Capítulo 4.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de avisar al plan acerca de la emergencia.** Necesitamos hacer el seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted u otra persona deberá llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente, en un plazo de 48 horas. (El número para llamar se encuentra en el reverso de la tarjeta de membresía del plan).

¿Qué cobertura tiene en caso de 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 provistos durante la emergencia.

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

Una vez que finaliza la emergencia, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para garantizar que siga estando estable. Los médicos continuarán tratándolo hasta que sus médicos se pongan en contacto con nosotros y planifiquen una atención adicional. El plan cubre la atención de seguimiento.

Si recibe atención de emergencia por parte de proveedores fuera de la red, trataremos de que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su afección y las circunstancias lo permitan.

¿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, puede pensar que necesita atención de emergencia (porque considera que su salud está en grave peligro) y que el médico le diga que 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 adicional *solo* si la recibe de alguna de estas dos formas:

- Acude a un proveedor de la red para obtener atención adicional.
- *O bien*, la atención adicional que recibe se considera servicios de urgencia y usted sigue las normas para obtener esta atención de urgencia (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 3.2 más abajo).

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

¿Qué son los servicios de urgencia?

Un servicio de urgencia se refiere a una enfermedad, lesión o afección imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. Por ejemplo, un brote imprevisto de una afección conocida que usted tenga o un fuerte dolor de garganta que se produzca durante el fin de semana. Los servicios de urgencia pueden ser prestados por proveedores fuera de la red cuando no sea razonable, dadas sus circunstancias, obtener atención inmediata de los proveedores de la red.

Los proveedores de atención urgente contratados se pueden encontrar en nuestro sitio web, BSWHealthPlan.com/Medicare, en el directorio de proveedores en línea, o puede comunicarse con Servicio al Cliente al número que figura en la contraportada de este folleto para obtener ayuda para localizar proveedores de atención urgente contratados.

Nuestro plan cubre servicios de emergencia y atención de urgencia en todo el mundo, fuera de los Estados Unidos. Para obtener más información sobre los Servicios de emergencia/urgencia en todo el mundo, consulte el Capítulo 4.

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 a través de su plan.

Visite el siguiente sitio web: BSWHealthPlan.com/Medicare 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, su plan le permitirá obtener atención médica 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?

Sección 4.1 Puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo de los servicios cubiertos

Si pagó más de lo que le correspondía del costo compartido de su plan por los servicios cubiertos o si recibió una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 5 (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos cubiertos*) para obtener información sobre lo que debe hacer.

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

Covenant Health Advantage (HMO) cubre todos los servicios médicos que son médicamente necesarios, tal como figura en la Tabla de beneficios médicos que se encuentra en el Capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios que no se encuentran cubiertos por el plan, o que han sido obtenidos fuera de la red sin autorización previa, usted es responsable de pagar el costo total de estos.

Para los servicios cubiertos que tienen un límite de beneficios, usted también paga el costo total de los servicios que reciba después de haber utilizado la totalidad del beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Si un servicio no está cubierto, los costos que paga de su bolsillo no se tendrán en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Puede llamar al Servicio al Cliente cuando desee saber cuánto de su límite de beneficios ya ha utilizado.

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica?

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

Un estudio de investigación clínica (también denominado un *ensayo clínico*) es una manera 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. Algunos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare suelen requerir la participación de voluntarios en estos.

Una vez que Medicare apruebe el estudio, y usted exprese su interés, alguien que trabaje en el estudio se pondrá en contacto con usted para explicarle más sobre este y determinar si usted cumple con los requisitos establecidos por los científicos que lo están llevando a cabo. Puede participar en el estudio solo si cumple con los requisitos del estudio y si comprende y acepta plenamente lo que implica participar en el estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayor parte de los costos por los servicios cubiertos que usted reciba como parte del estudio. Si nos informa que se encuentra participando en un ensayo clínico calificado, solo será responsable de los costos compartidos dentro de la red por los servicios provistos en dicho ensayo. Si ha pagado de más, por ejemplo, si ya pagó el monto del costo compartido de Original Medicare, le reembolsaremos la diferencia entre lo que ha pagado y el costo compartido dentro de la red. Sin embargo, deberá presentar la documentación que demuestre el monto que ha pagado. Mientras participe 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 del plan.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* es necesario que nos informe, ni que obtenga nuestra aprobación. *No* es necesario que los proveedores que le brinden atención como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red de proveedores del plan. Tenga en cuenta que esto no abarca los beneficios de los que es responsable nuestro plan, lo que incluye, como componente, un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio. Se incluyen ciertos beneficios especificados en las determinaciones nacionales de cobertura (National Coverage Determinations, NCD) y en las exenciones de dispositivos de investigación (Investigational Device Exemptions, IDE), y pueden estar sujetos a autorización previa y otras normas del plan.

Si bien no es necesario que obtenga la autorización del plan para participar en un estudio de investigación clínica, cubierto por Original Medicare para las personas inscritas en Medicare Advantage, le recomendamos que nos informe por adelantado cuando decida participar en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare.

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

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

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

- Habitación y comida en un hospital que Medicare pagaría incluso si usted no participara en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si forma parte del estudio de investigación.
- El tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones que sean consecuencia de la nueva atención.

Una vez que Medicare haya pagado la parte que le corresponde pagar 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 reciba como parte del estudio, igual que si recibiera estos servicios de nuestro plan. Sin embargo, deberá presentar la documentación que demuestre el monto de costo compartido que ha pagado. Para obtener más información sobre cómo enviar solicitudes de pagos, consulte el Capítulo 5.

A continuación, se muestra un ejemplo de cómo funciona el costo compartido:

Supongamos que tiene un análisis de laboratorio que cuesta \$100 como parte del estudio de investigación. También supongamos que tendría que pagar \$20 como su parte de los costos para este análisis según Original Medicare, pero el análisis sería de \$10 conforme a los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría \$80 por el análisis y usted pagaría el copago de \$20 exigido por Original Medicare. A continuación, deberá notificar a su plan que ha recibido un servicio de ensayo clínico calificado y presentar al plan documentación tal como la factura del proveedor. Entonces el plan le pagaría directamente \$10. Por lo tanto, su pago neto será de \$10, el mismo monto que pagaría según los beneficios del plan. Tenga en cuenta que, para recibir el pago de su plan, deberá presentar al mismo documentación tal como la factura del proveedor.

Cuando usted forma parte de 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 producto o servicio incluso si usted *no* participara en un estudio.
- Los productos o servicios que se proporcionen solo para recabar datos y que no se utilicen en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no cubriría las tomografías computarizadas mensuales que se realicen como parte del estudio si su afección normalmente requiriese una sola tomografía computarizada.

¿Desea obtener más información?

Puede obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica si visita el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación *Medicare and Clinical Research Studies* (Medicare y los estudios de investigación clínica). (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

Sección 6.1	¿Qué es una institución religiosa de atención sanitaria no médica?
--------------------	---

Una institución religiosa de atención sanitaria no médica es un centro que provee atención médica 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 de un miembro, se brindará cobertura para su 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	Recibir 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.
- La atención o el tratamiento médicos **exceptuados** corresponden a la atención o el tratamiento médicos que *no son voluntarios* o que *son obligatorios* según la legislación federal, estatal o local.

Para que el 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.
- La cobertura del plan por los servicios que reciba se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención.

- Si recibe servicios de esta institución que se le proporcionan en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
 - Debe tener una afección que le permitiría recibir los servicios cubiertos correspondientes a atención para pacientes internados en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada.
 - Y debe obtener la autorización del plan por adelantado antes de que lo ingresen en el centro; de lo contrario, su estadía no se cubrirá.

Se aplican los límites de cobertura hospitalaria para pacientes internados de Medicare. Para obtener detalles, consulte el Capítulo 4.

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero

Sección 7.1	¿Puede quedarse con el 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 usar en el hogar. El miembro siempre posee ciertos artículos, como los dispositivos protésicos. En esta sección, analizamos otros tipos de DME que debe alquilar.

En Original Medicare, quienes alquilan ciertos tipos de DME pueden quedarse con el equipo después de realizar el copago del artículo durante 13 meses. Como miembro de Covenant Health Advantage (HMO), sin embargo, generalmente no adquirirá la propiedad de los artículos de DME alquilados, independientemente de la cantidad de copagos que haya realizado por el artículo siendo miembro de nuestro plan, incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por un artículo de DME conforme a Original Medicare antes de unirse a nuestro plan. En determinadas circunstancias limitadas, le transferiremos la posesión del DME. Llame a Servicio al Cliente para obtener más información.

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

Si no adquirió la propiedad del 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 realizados mientras estuvo inscrito en su plan no se tienen en cuenta.

Ejemplo 1: Realizó 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Original Medicare y luego se inscribió en nuestro plan. Los pagos que haya realizado en Original Medicare no se tienen en cuenta. Deberá realizar 13 pagos a nuestro plan antes de poseer el artículo.

Ejemplo 2: Realizó 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Original Medicare y luego se inscribió en nuestro plan. Usted estuvo en nuestro plan, pero no obtuvo la propiedad mientras formaba parte de este. Luego, regresa a Original Medicare. Deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de regresar a Original Medicare para convertirse en propietario del artículo. Todos los pagos anteriores (ya sea a nuestro plan o a Original Medicare) no se tienen en cuenta.

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

¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si reúne los requisitos para recibir cobertura para el equipo de oxígeno de Medicare, Covenant Health Advantage (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 deja Covenant Health Advantage (HMO) o ya no tiene necesidad médica del equipo de oxígeno, deberá devolverlo.

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

Original Medicare exige que el proveedor de oxígeno le preste sus servicios durante cinco años. Durante los primeros 36 meses, deberá alquilar el equipo. Los 24 meses restantes, el proveedor proporcionará el equipo y el mantenimiento (usted seguirá siendo responsable del copago por el oxígeno). Luego de cinco años, podrá elegir entre quedarse en la misma compañía o cambiarse a otra. En este punto, el ciclo de cinco años comienza nuevamente, aunque permanezca en la misma compañía, requiriendo que pague sus copagos durante los primeros 36 meses. Si se inscribe en nuestro plan o lo abandona, el ciclo de cinco años vuelve a comenzar.

CAPÍTULO 4:

*Tabla de beneficios médicos
(lo que está cubierto
y lo que le corresponde pagar)*

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**SECCIÓN 1 Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos**

Este capítulo incluye una Tabla de beneficios médicos que enumera los servicios cubiertos y detalla el monto que deberá pagar por cada servicio cubierto como miembro de Covenant Health Advantage (HMO). Más adelante en este capítulo, encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También se detallan los límites para ciertos servicios.

Sección 1.1 Tipos de costos que puede llegar a tener que pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos

Para que comprenda la información sobre los pagos que incluimos en este capítulo, debe conocer los tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos:

- El **copago** es un monto fijo que usted paga cada vez que recibe algún servicio médico. El copago se abona en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos, que se encuentra en la Sección 2, le brinda más información sobre sus copagos).
- El **coseguro** es un 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, que se encuentra en la Sección 2, le brinda más información sobre su coseguro).

La mayoría de las personas que reúnen los requisitos para Medicaid o para el programa Beneficiario calificado de Medicare (QMB) nunca debe pagar deducibles, copagos ni coseguros. Asegúrese de mostrarle a su proveedor su comprobante de elegibilidad para Medicaid o QMB, si corresponde.

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

Debido a que usted está inscrito en un plan Medicare Advantage, hay un límite en cuanto al monto que debe pagar 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 Amount, MOOP) por servicios médicos. Para el año calendario 2024, este monto será de \$5,600.

Los montos que usted paga por los copagos y el coseguro por los servicios cubiertos dentro de la red se tienen en cuenta para este 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 están marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos. Si llega al monto máximo que paga de su bolsillo de \$5,600, no deberá pagar costos de su bolsillo durante el resto del año por los servicios cubiertos dentro de la red de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, debe

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o un tercero pague su prima de la Parte B).

Sección 1.3 Nuestro plan también limita los costos que paga de su bolsillo para ciertos tipos de servicios

Además del monto máximo que paga de su bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B (consulte la Sección 1.2 arriba), también existe un monto máximo que paga de su bolsillo separado que se aplica solo a ciertos tipos de servicios.

El plan tiene un monto máximo que paga de su bolsillo de \$1,950 para hospitalizaciones por cuadros agudos. Una vez que haya pagado \$1,950 de su bolsillo para hospitalizaciones por cuadros agudos, el plan cubrirá estos servicios sin costo alguno para usted durante el resto de su estadía. Tanto el monto máximo que paga de su bolsillo para los servicios médicos cubiertos de la Parte A y la Parte B como el monto máximo que paga de su bolsillo para hospitalizaciones por cuadros agudos se aplican a las hospitalizaciones por cuadros agudos cubiertas. Esto significa que una vez que haya pagado *ya sea* \$5,600 por los servicios médicos de la Parte A y la Parte B o \$1,950 para sus hospitalizaciones por cuadros agudos, el plan cubrirá sus hospitalizaciones por cuadros agudos sin costo alguno para usted durante el resto de su estadía. La tabla de beneficios que se incluye en la Sección 2 muestra los montos máximos que paga de su bolsillo por categoría de servicios.

Sección 1.4 Nuestro plan no permite que los proveedores le facturen saldos

Como miembro de Covenant Health Advantage (HMO), una protección importante para usted es que solo tiene que pagar la parte que le corresponde del monto del costo compartido cuando obtiene servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden agregar cargos adicionales, 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 esta protección:

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad determinada de dinero, por ejemplo, \$15.00), entonces usted paga solamente ese monto por cualquier servicio cubierto del proveedor de la red.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces usted nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor:
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de reembolso del plan (según se determine en el contrato entre el proveedor y el plan).
 - Si recibe 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. (Recuerde que el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando tiene una remisión, o para emergencias o servicios de urgencia).
 - Si recibe 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. (Recuerde que el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando tiene una remisión, o para emergencias o fuera del área de servicio para servicios de urgencia).
- Si cree que un proveedor le ha *facturado saldos*, llame a Servicio al Cliente.

SECCIÓN 2 Utilice la *Tabla de beneficios médicos* para averiguar qué es lo que está cubierto y cuánto le corresponderá pagar

Sección 2.1	Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan
--------------------	--

En las siguientes páginas, la Tabla de beneficios médicos enumera los servicios que Covenant Health Advantage (HMO) 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 cumple con los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios que cubre Medicare deben prestarse de conformidad con las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros, los equipos y los medicamentos con receta 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 y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- Usted recibe su atención de parte de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de parte de un proveedor fuera de la red no estará cubierta, salvo

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

que se trate de una atención de urgencia o emergencia o que su proveedor le haya dado una remisión. Esto significa que tendrá que pagar al proveedor la totalidad de los servicios prestados.

- Algunos de los servicios mencionados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos *solo* si su médico o los demás proveedores de la red obtienen nuestra aprobación por adelantado (esto suele denominarse autorización previa). Los servicios cubiertos que deben autorizarse por adelantado están marcados en la Tabla de beneficios médicos con una nota.

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*. (Si desea obtener información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare & You 2024* [Medicare y Usted 2024]. Consúltelo en línea, en www.medicare.gov, o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227], las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- 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 preventivo, es posible que se aplique un copago por la atención recibida por la afección existente.
- Si Medicare agrega cobertura para algún nuevo servicio durante el año 2024, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)



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


Tabla de beneficios médicos

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. El 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>Acupuntura para el dolor lumbar crónico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <p>Los beneficiarios de Medicare reciben cobertura para hasta 12 consultas en 90 días en las siguientes circunstancias:</p> <p>A los fines de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define según los siguientes términos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dura 12 semanas o más. • No es específico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no se asocia con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.). • No está relacionado con una cirugía. • No está relacionado con un embarazo. <p>Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que manifiesten mejoría. No se administrarán más de 20 tratamientos de acupuntura por año.</p> <p>El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o si empeora.</p>	<p>Copago de \$45 por cada consulta cubierta por Medicare.</p>




Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Acupuntura para el dolor lumbar crónico (continuación)</p> <p>Requisitos para proveedores:</p> <p>Los médicos (según la definición en la Sección 1861(r)(1) de la Ley del Seguro Social [Social Security Act] [la Ley]) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables.</p> <p>Los asistentes médicos (Physician Assistants, PA), los enfermeros profesionales (Nurse Practitioners, NP)/especialistas en enfermería clínica (Clinical Nurse Specialists, CNS) (como se identifican en la Sección 1861(aa) (5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y tienen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Un título de maestría o doctorado en acupuntura o 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• Una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un Estado, Territorio o Estado Libre Asociado (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos, o en el Distrito de Columbia. <p>El personal auxiliar que proporcione acupuntura debe estar bajo el nivel adecuado de supervisión de un médico, un PA o un NP/CNS, tal y como exigen nuestras normas en el Título 42, Secciones 410.26 y 410.27 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR).</p>	



Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de ambulancia</p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o no, incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el centro apropiado más cercano que pueda brindar atención solo si se trata de un miembro cuya afección es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro su salud o si está autorizado por el plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, debe documentarse 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>Nuestro plan también incluye un beneficio de ambulancia en todo el mundo para todos los miembros. Consulte Servicios de emergencia/urgencia en todo el mundo para obtener más información.</p>	<p>Copago de \$265 por cada servicio de transporte terrestre cubierto por Medicare.</p> <p>Copago de \$265 por cada servicio de transporte aéreo cubierto por Medicare.</p> <p>Los servicios de ambulancia que no sean de emergencia requieren autorización previa.</p> <p>El costo compartido se aplica a cada viaje en una sola dirección.</p>
<p>Examen físico anual</p>	<p>Copago de \$0 para hasta un examen físico cada año.</p>
<p> Consulta anual de bienestar</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 sus factores de riesgo y salud actuales. Se cubre una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: 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 <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 las consultas anuales de bienestar.</p>


Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Medición de la masa ósea</p> <p>Para las personas que reúnan los requisitos (generalmente, son personas en riesgo de pérdida de masa ósea o con riesgo de osteoporosis), están cubiertos los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si se considera médicamente necesario: procedimientos para determinar la densidad ósea, detectar la pérdida de masa ósea o determinar la 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> Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años. • Una mamografía de control cada 12 meses para las mujeres de 40 años o más. • Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses. 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para mamografías de detección cubiertas.</p>
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca</p> <p>Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento están cubiertos para miembros que cumplen con determinadas condiciones con una orden del médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son habitualmente más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p>	<p>Copago de \$0 por cada servicio de rehabilitación cardíaca cubierto por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por cada servicio de rehabilitación cardíaca intensiva cubierto por Medicare.</p>
<p> Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares)</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 de manera saludable.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Análisis para detectar enfermedades cardiovasculares</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 se requiere coseguro, copago ni deducible para el análisis para detectar enfermedades cardiovasculares que se cubre una vez cada 5 años.</p>
<p> Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses. • Si tiene 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. 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios de quiropráctica</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solo cubrimos la manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones. 	<p>Copago de \$20 por cada consulta quiropráctica cubierta por Medicare.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Prueba de detección de cáncer colorrectal</p> <p>Se cubren las siguientes pruebas de detección:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La colonoscopia no tiene límite mínimo ni máximo de edad y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para los pacientes que no presenten un riesgo elevado, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para los pacientes que no presenten un riesgo elevado de sufrir cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para los pacientes de alto riesgo luego de una colonoscopia de detección o un enema de bario previos. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no presenten un riesgo elevado después de haberse realizado una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo a partir de la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario. • Análisis para la detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • Análisis de ADN multiobjetivo en heces para pacientes de 45 a 85 años que no cumplan con criterios de riesgo elevado. Una vez cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años que no cumplan con criterios de riesgo elevado. Una vez cada 3 años. • Enema de bario como alternativa a la colonoscopia para pacientes que corren un riesgo elevado y 24 meses desde el último enema de bario de detección o la última colonoscopia de detección. • Enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes que no corren un riesgo elevado y que tengan 45 años o más. Una vez al menos 48 meses después del último enema de bario de detección o sigmoidoscopia flexible de detección. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal no invasiva basada en heces cubierta por Medicare arroje un resultado positivo. 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare, excluidos los enemas de bario, para los que se aplica el coseguro. Si su médico encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o la sigmoidoscopia flexible, la prueba de detección se convierte en un examen de diagnóstico y se aplicará un copago de \$275.</p> <p>Copago de \$0 por cada enema de bario cubierto por Medicare.</p>



Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>* Servicios odontológicos</p>	
<p>En general, los servicios odontológicos preventivos (como limpiezas, exámenes de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Sin embargo, Medicare paga actualmente los servicios odontológicos en una cantidad limitada de circunstancias, particularmente cuando ese servicio es una parte integral del tratamiento específico de la enfermedad primaria de un beneficiario. Algunos ejemplos son la reconstrucción de la mandíbula tras una fractura o lesión, las extracciones dentales realizadas como preparación para la radioterapia para el cáncer que afecte a la mandíbula o los exámenes orales previos a un trasplante de riñón. Además, cubrimos lo siguiente:</p>	
<p>Odontología preventiva</p>	
<p>Exámenes orales: Un examen cada seis meses.</p>	<p>Copago de \$0 por cada examen oral preventivo.</p>
<p>Profilaxis (limpieza): Una limpieza cada seis meses.</p>	<p>Copago de \$0 por cada limpieza preventiva.</p>
<p>Radiografías dentales: Ciertos servicios de radiografías están cubiertos al 100%, uno cada tres años.</p>	<p>Copago de \$0 por cada radiografía preventiva.</p>
<p>Máximo anual de beneficios:</p>	<p>\$2,500 para todos los servicios odontológicos preventivos e integrales.</p>


Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
* Servicios odontológicos (continuación)	
Servicios odontológicos integrales	
<p>Servicios que no son de rutina: Un servicio que no es de rutina cada seis meses.</p>	Copago de \$0 por cada servicio que no es de rutina.
<p>Servicios de diagnóstico: Un servicio cada tres años.</p>	Copago de \$0 por cada servicio de diagnóstico.
<p>Servicios de restauración: Un par de dentaduras postizas cada cinco años cubiertas al 50%.</p>	Coseguro del 50% por cada servicio de restauración.
<p>Endodoncia: Un tratamiento de conducto por diente de por vida.</p>	Coseguro del 50% por cada servicio de endodoncia.
<p>Periodoncia: Una consulta periodontal cada tres años.</p>	Coseguro del 50% por cada servicio de periodoncia.
<p>Extracciones:</p>	Coseguro del 50% por cada servicio de extracción.
<p>Prostodoncia, otros tipos de cirugía oral/maxilofacial, otros servicios: Un par de dentaduras postizas a través de un prostodoncista cada cinco años cubiertas al 50%.</p>	Coseguro del 50% por cada prostodoncia y otros servicios de cirugía oral/maxilofacial.
<p>Metropolitan Life Insurance Company administra y paga los beneficios para servicios odontológicos. Si un dentista fuera de la red presta un servicio cubierto, basaremos el beneficio en el porcentaje cubierto del cargo máximo permitido.</p>	

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>* Servicios odontológicos (continuación)</p> <p>Los dentistas fuera de la red pueden cobrar más que el cargo máximo permitido. Si un dentista fuera de la red presta un servicio cubierto, usted será responsable de pagar lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cualquier otra parte del cargo máximo permitido por el cual nosotros no pagamos beneficios; y • cualquier monto que exceda el cargo máximo permitido cobrado por el dentista fuera de la red. <p>* Los servicios no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.</p>	
<p> Prueba de detección de depresión</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 remisiones o tratamiento de seguimiento.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta anual de detección de depresión.</p>
<p> Prueba de detección de diabetes</p> <p>Cubrimos esta prueba (incluidas pruebas rápidas de glucosa) si usted tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de triglicéridos y colesterol (dislipidemia), obesidad o antecedentes de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). Los exámenes también pueden estar cubiertos si usted cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Según los resultados de estos exámenes, usted puede ser elegible para realizarse hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.</p>	<p>No se requiere 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 le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos</p> <p>Para todas las personas que padecen diabetes (ya sea que usen insulina o no). Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. • Para las personas que padecen diabetes y enfermedad de pie diabético grave: un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (con los zapatos se incluyen las plantillas ortopédicas) y dos pares extra de plantillas ortopédicas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas ortopédicas (con los zapatos no se incluyen las plantillas ortopédicas extraíbles que no están hechas a medida). La cobertura incluye adaptación. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta, siempre que se cumpla con ciertos requisitos. 	<p>Copago de \$0 por suministros de control para pacientes diabéticos cubiertos por Medicare.</p> <p>Puede ser necesaria una autorización previa.</p> <p>La cobertura para los monitores de glucosa y las tiras reactivas se limita a las marcas Accu-Chek y OneTouch producidas por Roche y Lifescan. La cobertura para los monitores continuos de glucosa (continuous glucose monitors, CGM) se limita a las marcas FreeStyle Libre y Dexcom.</p> <p>Las tiras reactivas y glucómetros no preferidos para la diabetes, las tiras reactivas para la diabetes que superen los límites de cantidad cubiertos por Medicare y los monitores continuos de glucosa (CGM) requieren autorización previa.</p> <p>Copago de \$0 por servicios de capacitación para el autocontrol de la diabetes cubiertos por Medicare.</p>


Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (En el Capítulo 10 de este documento, así como en la Sección 7 del Capítulo 3, encontrará una definición de equipo médico duradero).</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 médicamente necesario cubierto por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no trabaja una marca o un fabricante en particular, puede solicitarle que le realice un pedido especial para usted. La lista más actualizada de proveedores también está disponible en nuestro sitio web, en BSWHealthPlan.com/Medicare.</p> <p>Generalmente, Covenant Health Advantage (HMO) cubre cualquier DME cubierto por Original Medicare de las marcas y los fabricantes que se encuentran en esta lista. No cubriremos otras marcas ni otros fabricantes, a menos que su médico u otro proveedor nos informen que la marca es adecuada para sus necesidades médicas. Sin embargo, si es un miembro nuevo de Covenant Health Advantage (HMO) y utiliza una marca de DME que no figura en nuestra lista, continuaremos con la cobertura de esta marca durante un máximo de 90 días. Durante este período, debe hablar con su médico para decidir qué marca es médicamente adecuada en su caso después de este período de 90 días. (Si no está de acuerdo con su médico, puede pedirle que lo remita para tener una segunda opinión).</p> <p>Si usted (o su proveedor) no están de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, pueden presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor sobre qué producto o marca es adecuada para su afección. (Para obtener más información sobre apelaciones, consulte el Capítulo 7, <i>Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]</i>).</p>	<p>Coseguro del 20% por equipo médico duradero cubierto por Medicare.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p> <p>Su costo compartido para la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare es un coseguro del 20% cada mes.</p> <p>Su costo compartido no cambiará después de estar inscrito durante 36 meses.</p> <p>Si antes de inscribirse en Covenant Health Advantage (HMO) pagó 36 meses de alquiler para la cobertura del equipo de oxígeno, su costo compartido en Covenant Health Advantage (HMO) es un coseguro del 20% cada mes.</p>


Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención de emergencia</p> <p>La atención de emergencia hace referencia a los servicios con estas características:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Son prestados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia. • Son necesarios para evaluar o estabilizar una afección de emergencia. <p>Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y si es una mujer embarazada, al hijo por nacer), un miembro o la función de un miembro o que sufra la pérdida o deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.</p> <p>Los costos compartidos para los servicios de emergencia necesarios que se prestan fuera de la red son iguales que para los mismos servicios que se prestan dentro de la red.</p> <p>Nuestro plan incluye un beneficio de atención de emergencia en todo el mundo para todos los miembros. Consulte Servicios de emergencia/urgencia en todo el mundo para obtener más información.</p>	<p>Copago de \$100 por cada consulta a la sala de emergencias cubierta por Medicare.</p> <p>El copago no se aplica si ingresa en un hospital dentro de las 24 horas siguientes por la misma afección.</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita recibir atención para pacientes internados después de haber estabilizado su afección de emergencia, debe regresar a un hospital dentro de la red para que se siga cubriendo su atención o debe recibir la atención para pacientes internados en un hospital fuera de la red que el plan autorice, y su costo será el costo compartido que pagaría en un hospital dentro de la red.</p>


Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Programas educativos sobre salud y bienestar</p> <p>El Programa de ejercicio y envejecimiento saludable de Silver&Fit®</p> <p>Como miembro de Silver&Fit, tiene las siguientes opciones a su disposición sin costo alguno para usted:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Planes de entrenamiento: responda algunas preguntas en línea sobre sus áreas de interés, para recibir un plan de entrenamiento personalizado, incluyendo instrucciones sobre cómo empezar y sugerencias para videos de entrenamiento digitales. • Clases de entrenamiento digital: acceda a videos bajo demanda a través de la biblioteca de entrenamiento digital, incluidas las clases de la serie de la marca Silver&Fit (Silver&Fit Signature Series Classes®). • Membresía en un centro de acondicionamiento físico: visite un centro de acondicionamiento físico o Asociación Cristiana de Jóvenes (Young Men's Christian Association, YMCA) cerca de usted que participe en el programa*. • También tiene acceso a la red de acondicionamiento premium (Premium Fitness Network), que incluye opciones adicionales de centros y estudios de acondicionamiento físico y experiencias únicas como centros de natación, gimnasios de escalada y centros de remo, cada uno con un precio adicional. Muchos de los centros de acondicionamiento participantes también ofrecen clases de bajo impacto que se enfocan en mejorar y aumentar la fuerza y resistencia muscular, movilidad, flexibilidad, rango de movimiento, equilibrio, agilidad y coordinación. • Kits de acondicionamiento físico en el hogar: usted es elegible para recibir un Kit de acondicionamiento físico en el hogar por año de beneficios de una variedad de categorías de acondicionamiento físico. • Club de bienestar: establezca sus preferencias para los temas de bienestar en el sitio web, y acceda a contenido adaptado a sus intereses y objetivos de envejecimiento saludable, como artículos, videos, clases y eventos virtuales en vivo, y grupos sociales**. 	<p>Copago de \$0 para programas educativos sobre salud y bienestar.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Programas educativos sobre salud y bienestar (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> Entrenamiento personal virtual FitnessCoach®: puede participar en hasta 8 sesiones virtuales en vivo por año de beneficios con un preparador físico personal certificado. Entrenamiento para el envejecimiento saludable (Healthy Aging Coaching): participe de sesiones por teléfono, video o chat con un entrenador capacitado, en las que se pueden tratar temas como el ejercicio, la nutrición, el aislamiento social y la salud cerebral. Silver&Fit Connected!™: asiste en el seguimiento de su actividad. Recompensas: reciba una gorra y pines por alcanzar nuevos hitos de actividad. <p>El programa Silver&Fit tiene Something for Everyone®! (¡Algo para todo el mundo!)</p> <p>* Los servicios de membresía no estándar que requieren una tarifa adicional no forman parte del programa Silver&Fit y no serán reembolsados.</p> <p>** American Specialty Health Fitness, Inc. (ASH Fitness) no tiene afiliaciones, intereses, avales ni patrocinios con ninguna de las organizaciones o clubes. Algunos clubes pueden incluir una tarifa de inscripción. Dicha tarifa no forma parte del programa Silver&Fit y no será reembolsada por ASH Fitness.</p> <p>El programa Silver&Fit está proporcionado por ASH Fitness, una subsidiaria de American Specialty Health Incorporated (ASH). Silver&Fit, Silver&Fit Signature Series Classes, FitnessCoach, Silver&Fit Connected! y Something for Everyone son marcas comerciales de ASH. Es posible que se apliquen limitaciones, tarifas para miembros y restricciones. La participación en los centros de acondicionamiento físico puede variar según la ubicación y está sujeta a cambios. Los kits y las recompensas están sujetos a cambios.</p>	

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>* Servicios auditivos</p> <p>Las evaluaciones auditivas de diagnóstico y las relacionadas con el equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico se cubren como atención para pacientes externos cuando las hace un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes auditivos de rutina Límite de 1 consulta cada año. • Adaptación y evaluación de audífonos Límite de 1 consulta cada año. • Audífonos Un crédito de hasta \$1,000 por ambos oídos combinados cada tres años para audífonos. <p>* Los servicios no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.</p>	<p>Copago de \$40 por cada examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar problemas auditivos y de equilibrio.</p> <p>Copago de \$0 para un examen auditivo de rutina cada año.</p> <p>Copago de \$0 para cada adaptación y evaluación de los audífonos.</p>
<p> Prueba de detección de VIH</p> <p>Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que corren un mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una prueba de detección cada 12 meses. <p>Para mujeres embarazadas, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta tres pruebas de detección durante el embarazo. 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para pruebas de detección de VIH preventivas cubiertas por Medicare.</p>


Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención médica a domicilio</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 preste 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"> • Servicios de enfermería especializada o servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio en forma intermitente o de medio tiempo (para que se cubran en función del beneficio de atención médica a domicilio, los servicios de enfermería especializada y los servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio combinados deben totalizar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana). • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios médicos y sociales. • Equipo médico y suministros. 	<p>Copago de \$0 para los servicios de atención médica a domicilio cubiertos por Medicare.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
<p>Tratamiento de infusión a domicilio</p> <p>El tratamiento de infusión a domicilio implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su hogar. Los componentes necesarios para realizar una infusión a domicilio son el medicamento (por ejemplo, antivíricos, inmunoglobulina), 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"> • Servicios profesionales, entre ellos, servicios de enfermería, prestados de acuerdo con el plan de atención. • Capacitación y educación del paciente que no se cubran de otro modo según el beneficio de equipo médico duradero. • Supervisión remota. • Servicios de supervisión para la prestación del tratamiento de infusión a domicilio y el suministro de medicamentos de infusión a domicilio proporcionados por un proveedor calificado de tratamiento de infusión a domicilio. 	<p>Coseguro del 0%-20% para cada servicio de tratamiento de infusión a domicilio cubierto por Medicare.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención en un hospicio</p> <p>Usted es elegible para el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le han dado un pronóstico terminal que certifica que usted tiene una enfermedad terminal y que tiene una expectativa de vida inferior a 6 meses si su enfermedad sigue el curso normal. Usted puede recibir atención a través de un programa de hospicio certificado por Medicare. Su plan tiene la obligación de ayudarlo a encontrar programas certificados por Medicare en hospicios que se encuentren en el área de servicio del plan, incluidos aquellos que son propios de la organización MA, controlados por ella o en los que tiene un interés financiero. El médico del hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para controlar síntomas y aliviar el dolor. • Atención de alivio a corto plazo. • Atención a domicilio. <p>Cuando lo ingresan en un hospicio, tiene derecho a permanecer en su plan. Si decide hacerlo, deberá continuar pagando las primas del plan.</p> <p><u>Para los servicios de hospicio y para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que se relacionan con su pronóstico terminal:</u> Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor de hospicio por sus servicios en el hospicio y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionado con su pronóstico terminal. Mientras esté en el programa de hospicio, su proveedor de hospicio facturará a Original Medicare por los servicios que Original Medicare cubra. Se le facturará el costo compartido de Original Medicare.</p> <p><u>Para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no se relacionan con su pronóstico terminal:</u> Si necesita servicios que no sean de emergencia ni de urgencia que estén cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no estén relacionados con su <u>pronóstico</u> terminal, el costo de estos servicios depende de si usted utiliza un proveedor de la red de nuestro plan y cumple con las normas del plan (tal como en el caso que se requiera obtener una autorización previa).</p>	<p>Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, los servicios de hospicio y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal los paga Original Medicare, y no Covenant Health Advantage (HMO).</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención en un hospicio (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red, y cumple con las normas del plan para obtener dichos servicios, solo pagará el monto del costo compartido del plan para los servicios dentro de la red. • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, pagará el costo compartido correspondiente al pago por servicio de Medicare (Original Medicare). <p><u>Para los servicios cubiertos por Covenant Health Advantage (HMO), pero que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare:</u> Covenant Health Advantage (HMO) seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos según la Parte A ni la Parte B, ya sea que estén relacionados o no con su pronóstico terminal. Usted paga el monto del costo compartido de su plan por estos servicios.</p> <p>Nota: Si necesita atención médica que no sea en un hospicio (atención que no está relacionada con su pronóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios.</p>	
<p> Inmunizaciones</p> <p>Los servicios de la Parte B cubiertos por Medicare son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacuna contra la neumonía. • Vacunas antigripales, una vez en cada temporada de gripe en el otoño y el invierno, y vacunas antigripales adicionales si son médicamente necesarias. • Vacuna contra la hepatitis B si tiene un riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. • Vacuna contra el COVID-19. • Otras vacunas si su salud está en peligro y si las vacunas cumplen con los requisitos de cobertura de la Parte B de Medicare. 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B y el COVID-19.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención hospitalaria para pacientes internados</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 formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería permanentes. • Costos de las unidades de cuidados especiales (por ejemplo, unidades de cuidados intensivos o coronarios). • Medicamentos. • Análisis de laboratorio. • Radiografías y otros servicios de radiología. • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas. • Costos de la sala de operaciones y de recuperación. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje. • Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes internados. • En determinadas condiciones, se cubren los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón y pulmón, médula ósea, células madre, e intestinos y múltiples vísceras. Si necesita un trasplante, organizaremos la revisión de su caso en un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que decidirá si usted es candidato para un trasplante. • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos (así como de otros componentes de la sangre) comienza a partir de la primera pinta de sangre que usted necesite. • Servicios médicos. 	<p>Para hospitalizaciones cubiertas por Medicare:</p> <p>Días 1-6: Copago de \$325 cada día por estadía.</p> <p>Días 7-90: Copago de \$0 cada día por estadía.</p> <p>Costo por día de reserva de por vida:</p> <p>Días 1-6: Copago de \$325 cada día por estadía.</p> <p>Días 7-60: Copago de \$325 cada día por estadía.</p> <p>El plan cubre 60 días de reserva de por vida.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p> <p>Excepto en una emergencia, su médico debe informarle al plan que usted será ingresado en el hospital.</p> <p>Si obtiene atención autorizada para pacientes internados en un hospital fuera de la red una vez que se ha estabilizado la afección que causó la emergencia, el costo que le corresponde pagar es el costo compartido que pagaría en un hospital dentro de la red.</p> <p>Servicios de sangre</p> <p>Coseguro del 20% comenzando con la primera pinta de sangre que necesite.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación)</p> <p>Nota: Para ser un paciente internado, su proveedor debe hacer una orden por escrito para que lo ingresen formalmente como paciente internado en el hospital. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un <i>paciente externo</i>. Si no está seguro de si es un paciente internado o externo, consulte con el personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada <i>Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask! (¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare - ¡Pregunte!)</i>. Esta hoja de datos se encuentra disponible en Internet, en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf, o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	
<p>Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren hospitalización.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hay un límite de por vida de 190 días para los servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental prestados en una unidad psiquiátrica de un hospital general. • Excepto en una emergencia, su médico debe informarle al plan que usted será ingresado en el hospital. 	<p>Para hospitalizaciones cubiertas por Medicare:</p> <p>Días 1-5: Copago de \$318 cada día por estadía. Días 6-90: Copago de \$0 cada día por estadía.</p> <p>Costo por día de reserva de por vida:</p> <p>Días 1-5: Copago de \$318 cada día por estadía. Días 6-60: Copago de \$318 cada día por estadía.</p> <p>El plan cubre 60 días de reserva de por vida.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>



Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Hospitalización: servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta</p> <p>Si ha agotado sus beneficios para pacientes internados o si la hospitalización no es razonable ni necesaria, no cubriremos su hospitalización. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que reciba 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"> • Servicios médicos. • Análisis de diagnóstico (como los análisis de laboratorio). • Tratamiento con radiografías, radio e isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos. • Vendajes quirúrgicos. • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones. • Dispositivos ortésicos y protésicos (salvo los dentales) que sustituyen una parte o la totalidad de un órgano interno del cuerpo (incluso tejido adyacente), o una parte o la totalidad del funcionamiento de un órgano interno del cuerpo que no funcione bien o que haya dejado de funcionar permanentemente, incluso la sustitución o reparación de dichos dispositivos. • Soportes para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros; y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos los ajustes, las reparaciones y los reemplazos necesarios por rotura, desgaste, pérdida o un cambio en el estado físico del paciente. • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional. 	<p>Servicios médicos Copago de \$0 por cada consulta con un médico de atención primaria cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$25 por cada consulta con un especialista cubierta por Medicare.</p> <p>Procedimientos de diagnóstico, pruebas y servicios de laboratorio Copago de \$0 para servicios de laboratorio cubiertos por Medicare. Se requiere autorización previa.</p> <p>Servicios de radiología de diagnóstico y terapéutica Copago de \$0 para radiografías cubiertas por Medicare. Se requiere autorización previa.</p> <p>Copago de \$75 a \$325 dependiendo de los servicios de radiología de diagnóstico cubiertos por Medicare (sin incluir radiografías) para tomografías computarizadas (CT), resonancias magnéticas (MRI), mielografías, tomografías por emisión de positrones (PET), angiografías por</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Hospitalización: servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta (continuación)</p>	<p>resonancia magnética (MRA), tomografías computarizadas por emisión de fotón único (SPECT), angiografías por tomografía computarizada (CTA), cardiología nuclear y pruebas de esfuerzo. Se requiere autorización previa.</p> <p>Prótesis, órtesis y suministros médicos/terapéuticos para pacientes externos Coseguro del 20% para dispositivos protésicos cubiertos por Medicare. Se requiere autorización previa.</p> <p>Servicios de fisioterapia y terapia del habla Copago de \$35 para consultas de fisioterapia y/o terapia de patología del habla y del lenguaje cubiertas por Medicare. Se requiere autorización previa.</p> <p>Servicios de terapia ocupacional Copago de \$35 por consultas de terapia ocupacional cubiertas por Medicare.</p>


Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Terapia médica nutricional</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 de riñón con una orden del médico.</p> <p>Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que recibe los servicios de terapia médica nutricional en virtud de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier plan Medicare Advantage u Original Medicare) y 2 horas cada año, después de este. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambian, puede recibir más horas de tratamiento con una orden del médico. El médico debe recetar estos servicios y renovar la orden todos los años si hay que continuar con el tratamiento el siguiente año calendario.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare.</p>
<p> Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>Los servicios del Programa de prevención de la diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) se cubrirán para los beneficiarios elegibles de Medicare a través de todos los planes de salud de Medicare.</p> <p>El MDPP es una intervención estructurada de cambio de conducta de salud que brinda capacitación práctica sobre cambios en la dieta a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar 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>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</p> <p>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 los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que, generalmente, el paciente no se autoadministra y que se aplican por medio de una inyección o infusión cuando recibe servicios de un médico, un hospital para pacientes externos o un centro quirúrgico ambulatorio. • Insulina suministrada a través de un equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria). • Otros medicamentos que se administran con equipo médico duradero (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por el plan. • Factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia. • Medicamentos inmunosupresores si usted estaba inscrito en la Parte A de Medicare cuando se le trasplantó el órgano. • Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el médico confirme que se relacionó con la osteoporosis posmenopáusica y no puede administrarse usted mismo el medicamento. • Antígenos. • Determinados medicamentos orales para el tratamiento del cáncer y las náuseas. • Determinados medicamentos para autodiálisis en su hogar, incluidos heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario, anestésicos tópicos y fármacos estimuladores de la eritropoyesis (por ejemplo, Epogen[®], Procrit[®], Epoetin Alfa, Aranesp[®] o Darbepoetin Alfa). • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de deficiencias inmunitarias primarias. 	<p>Coseguro del 0%-20% para los medicamentos de quimioterapia y radiación de la Parte B de Medicare.</p> <p>Los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare pueden estar sujetos al requisito de tratamiento escalonado.</p> <p>Puede ser necesaria una autorización previa.</p> <p>Coseguro del 0%-20% para otros medicamentos de la Parte B de Medicare.</p> <p>Los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare pueden estar sujetos al requisito de tratamiento escalonado.</p> <p>Puede ser necesaria una autorización previa.</p> <p>Usted no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de insulina cubierto, cuando se utiliza en una bomba de insulina.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (continuación)</p> <p>Ciertos medicamentos de la Parte B pueden estar sujetos al tratamiento escalonado de la Parte B. Algunos ejemplos de medicamentos de la Parte B que requieren tratamiento escalonado son, entre otros, ciertos medicamentos de quimioterapia, medicamentos utilizados para la atención de apoyo durante el tratamiento oncológico y medicamentos antiinflamatorios. Puede encontrar una lista de los medicamentos de la Parte B que requieren tratamiento escalonado en nuestro sitio web (BSWHealthPlan.com/Medicare).</p> <p>También cubrimos algunas vacunas en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos con receta de la Parte B.</p>	
<p> Prueba de detección de obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso continua</p> <p>Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento se cubre 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>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios del programa de tratamiento de opioides</p> <p>Los miembros de nuestro plan con un trastorno por consumo de opioides (Opioid Use Disorder, OUD) pueden recibir cobertura para servicios de tratamiento del OUD a través de un Programa de tratamiento de opioides (Opioid Treatment Program, OTP) que incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos agonistas y antagonistas de opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (U.S. Food and Drug Administration, FDA) para el tratamiento asistido con medicamentos (Medically-Assisted Treatment, MAT) • Suministro y administración de medicamentos para el MAT (si corresponde) • Asesoramiento sobre el consumo de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas de toxicología • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas 	<p>Copago de \$45 por cada servicio de tratamiento para el consumo de opioides cubierto por Medicare.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías. • Tratamiento de radiación (radio e isótopos), incluidos los suministros y materiales de los técnicos. • Suministros quirúrgicos, por ejemplo, vendajes. • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones. • Análisis de laboratorio. • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos (así como de otros componentes de la sangre) comienza a partir de la primera pinta de sangre que usted necesite. • Otras pruebas de diagnóstico para pacientes externos. 	<p>Radiografías para pacientes externos Copago de \$0 para servicios cubiertos por Medicare. Se requiere autorización previa.</p> <p>Servicios de radiología terapéutica Coseguro del 20% para servicios cubiertos por Medicare (como la radioterapia para el cáncer). Se requiere autorización previa.</p> <p>Suministros médicos Coseguro del 20% para suministros cubiertos por Medicare. Se requiere autorización previa.</p> <p>Servicios de laboratorio Copago de \$0 para servicios cubiertos por Medicare. Se requiere autorización previa.</p> <p>Servicios de sangre Coseguro del 20% comenzando con la primera pinta de sangre que necesite.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos (continuación)</p>	<p>Pruebas y procedimientos de diagnóstico Copago de \$0 para pruebas y procedimientos de diagnóstico cubiertos por Medicare. Se requiere autorización previa.</p> <p>Servicios de radiología de diagnóstico Copago de \$75 a \$325 dependiendo de los servicios de radiología de diagnóstico cubiertos por Medicare (sin incluir radiografías) para tomografías computarizadas (CT), resonancias magnéticas (MRI), mielografías, tomografías por emisión de positrones (PET), angiografías por resonancia magnética (MRA), tomografías computarizadas por emisión de fotón único (SPECT), angiografías por tomografía computarizada (CTA), cardiología nuclear y pruebas de esfuerzo. Se requiere autorización previa.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Observación hospitalaria para pacientes externos</p> <p>Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes externos proporcionados para determinar si necesita ser ingresado como paciente internado o puede ser dado de alta.</p> <p>Para que los servicios hospitalarios de observación para pacientes externos tengan cobertura, deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación se cubren solo cuando se prestan a partir de la orden de un médico o de otra persona autorizada por la ley de licencias del estado y los reglamentos para el personal del hospital para ingresar a pacientes al hospital u ordenar pruebas para pacientes externos.</p> <p>Nota: 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, puede ser considerado un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada <i>Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask! (¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare - ¡Pregunte!)</i>. Esta hoja de datos se encuentra disponible en Internet, en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf, o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	<p>Coseguro del 20% para servicios de observación cubiertos por Medicare.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios hospitalarios para pacientes externos</p> <p>Cubrimos servicios médicamente necesarios que se le hayan brindado en el departamento de pacientes externos de un 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"> • Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes externos, como servicios de observación o cirugía para pacientes externos. • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital. • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento con internación podría ser requerido sin esta atención. • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital. • Suministros médicos, como entablillados y yesos. • Algunos medicamentos y productos biológicos que no se pueden autoadministrar. <p>Nota: 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, puede ser considerado un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada <i>Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask! (¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare - ¡Pregunte!)</i>. Esta hoja de datos se encuentra disponible en Internet, en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf, o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	<p>Centro quirúrgico ambulatorio</p> <p>Copago de \$250 por cada consulta al centro quirúrgico ambulatorio cubierta por Medicare.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p> <p>Servicios hospitalarios para pacientes externos</p> <p>Copago de \$275 para estadías hospitalarias para pacientes externos cubiertas por Medicare. Se aplicará un coseguro del 20% a los servicios de transfusión.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p> <p>Medicamentos con receta de la Parte B</p> <p>Coseguro del 0%-20% para quimioterapia para pacientes externos, medicamentos de la Parte B y otros servicios para pacientes externos.</p> <p>Los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare pueden estar sujetos al requisito de tratamiento escalonado.</p> <p>Puede ser necesaria una autorización previa.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención de salud mental para pacientes externos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <p>Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, asistente social clínico, especialista en enfermería clínica, consejero profesional certificado (licensed professional counselor, LPC), terapeuta familiar y matrimonial certificado (licensed marriage and family therapist, LMFT), enfermero practicante (NP), asistente médico (PA) u otro profesional de atención de salud mental calificado según Medicare, de conformidad con lo permitido por la legislación estatal aplicable.</p>	<p>Copago de \$30 por cada consulta de terapia individual con o sin un psiquiatra cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$30 por cada consulta de terapia grupal con o sin un psiquiatra.</p>
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes externos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje.</p> <p>Los servicios de rehabilitación para pacientes externos se prestan en varios entornos para pacientes externos, como departamentos ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y centros de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF).</p>	<p>Copago de \$35 por cada consulta de terapia ocupacional cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$35 por cada consulta de fisioterapia o terapia del habla cubierta por Medicare.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
<p>Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes externos</p> <p>Usted está cubierto para el tratamiento del abuso de sustancias tóxicas, como lo cubre Original Medicare.</p> <p>* Excepto en una emergencia, su proveedor debe obtener autorización de Covenant Health Advantage (HMO). El tratamiento por abuso de sustancias químicas incluye servicios médicos para la desintoxicación aguda y la rehabilitación para pacientes externos de acuerdo con las pautas de Medicare.</p>	<p>Copago de \$45 por cada consulta de terapia individual cubierta por Medicare.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p> <p>Copago de \$45 por cada consulta de terapia grupal cubierta por Medicare.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios</p> <p>Nota: Si se someterá a una cirugía en un centro hospitalario, consulte con el proveedor si lo considerarán un paciente internado o externo. A menos que el proveedor deje por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por cirugía para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un <i>paciente externo</i>.</p>	<p>Centro quirúrgico ambulatorio Copago de \$250 por los servicios quirúrgicos cubiertos por Medicare. Se requiere autorización previa.</p> <p>Servicios hospitalarios para pacientes externos Copago de \$275 para estadias hospitalarias para pacientes externos cubiertas por Medicare. Se aplicará un coseguro del 20% a los servicios de transfusión. Se requiere autorización previa.</p> <p>Observación hospitalaria para pacientes externos Coseguro del 20% por consulta de observación hospitalaria para pacientes externos cubierta por Medicare.</p>
<p>Artículos de venta libre</p>	<p>Asignación deslice y ahorre de \$30 por trimestre para artículos de venta libre, como medicamentos o productos relacionados con el cuidado de los ojos, el bienestar o el cuidado personal. Los saldos no se transfieren. La tarjeta de venta libre será proporcionada por InComm por correo.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes externos</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 comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del médico o del terapeuta y es una alternativa a la hospitalización.</p> <p>El <i>servicio intensivo para pacientes externos</i> es un programa estructurado de tratamiento terapéutico activo para la salud conductual (mental) suministrado en un departamento ambulatorio de un hospital, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud federalmente calificado o una clínica de salud rural, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del médico o del terapeuta, pero menos intenso que la hospitalización parcial.</p>	<p>Copago de \$40 por día por servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare. Se requiere autorización previa.</p>
<p>Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios quirúrgicos o de atención médica necesarios llevados a cabo en un consultorio médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento para pacientes externos de un hospital o cualquier otra ubicación. • Consultas con un especialista, y diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista. • Exámenes auditivos básicos y relacionados con el equilibrio realizados por su especialista, si el médico así lo indica, para determinar si usted necesita tratamiento médico. • Ciertos servicios de telesalud, incluyendo: <ul style="list-style-type: none"> ○ Resfríos o gripes. ○ Alergias/problemas relacionados con los senos nasales. ○ Condiciones de la piel. ○ Dejar de fumar. ○ Problemas estomacales y digestivos. ○ Afecciones oculares menores. ○ La salud de la mujer. 	<p>Copago de \$0 por cada consulta en el consultorio del PCP cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$25 por cada consulta en el consultorio del especialista cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por cada consulta de telesalud con un PCP, especialista o psiquiatra.</p>


Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Tiene la opción de recibir estos servicios mediante una consulta en persona o por telesalud. Si elige recibir uno de estos servicios por telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca ese servicio. ○ Se puede acceder a los servicios de telesalud con proveedores participantes a través de MDLIVE. Se puede acceder a MDLIVE a través del portal para miembros Covenant.BSWHealthPlan.com o la aplicación MyBSWHealth disponible en la tienda de aplicaciones o Google Play. ● Algunos servicios de telesalud, incluyendo la consulta, el diagnóstico y el tratamiento por parte de un médico o profesional, para pacientes de determinadas zonas rurales u otros lugares aprobados por Medicare. ● 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. ● Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de una apoplejía, independientemente de su ubicación. ● Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación. ● Servicios de telesalud para el diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental si: <ul style="list-style-type: none"> ○ Tiene una consulta en persona durante los 6 meses previos a su primera consulta de telesalud. ○ Tiene una consulta en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud. ○ Se pueden realizar excepciones a lo mencionado anteriormente en determinadas circunstancias. 	


Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios de telesalud para consultas de salud mental proporcionados por las Clínicas de salud rurales y los Centros de salud federalmente calificados.• Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat de video) de 5 a 10 minutos con su médico <u>en los siguientes casos:</u><ul style="list-style-type: none">○ Usted no es un paciente nuevo y○ El control no está relacionado con una consulta en el consultorio de los últimos 7 días y○ El control no da lugar a una consulta en el consultorio dentro de las próximas 24 horas o a la cita disponible más cercana.• Evaluación de videos o imágenes que usted envíe a su médico, incluida la interpretación y el seguimiento del médico dentro de las 24 horas <u>en los siguientes casos:</u><ul style="list-style-type: none">○ Usted no es un paciente nuevo y○ La evaluación no está relacionada con una consulta en el consultorio de los últimos 7 días y○ La evaluación no da lugar a una consulta en el consultorio dentro de las próximas 24 horas o a la cita disponible más cercana.• Consultas que su médico tenga con otros médicos por teléfono, Internet o registro de salud electrónico.• Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía.• Atención odontológica que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, corrección de fracturas de la mandíbula o de huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para aplicar radioterapia por una enfermedad neoplásica o servicios que estarían cubiertos si los prestara un médico).	


Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de podiatría</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos). • Cuidado de rutina de los pies para los miembros que padecen determinadas afecciones que comprometen las extremidades inferiores. 	<p>Copago de \$40 por cada consulta cubierta por Medicare.</p> <p>Las consultas de podiatría cubiertas por Medicare son para el cuidado de los pies medicamente necesario.</p>
<p> Pruebas de detección de cáncer de próstata</p> <p>Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes estudios una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tacto rectal. • Análisis del antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA). 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para un análisis anual del PSA.</p> <p>Copago de \$0 por un tacto rectal anual cubierto por Medicare.</p>
<p>Dispositivos protésicos y suministros relacionados</p> <p>Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros, bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, férulas, zapatos protésicos, miembros artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Se incluyen determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos, así como la reparación o sustitución de estos dispositivos. También se proporciona cierto grado de cobertura después de la extracción de cataratas o de una cirugía de cataratas (para obtener más detalles, consulte Atención de la vista más adelante en esta sección).</p>	<p>Coseguro del 20% para dispositivos protésicos cubiertos por Medicare.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p> <p>Coseguro del 20% para suministros relacionados cubiertos por Medicare.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>


Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Los programas intensivos de rehabilitación pulmonar se cubren para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave y tienen una orden del médico que atiende su enfermedad respiratoria crónica para comenzar una terapia de rehabilitación pulmonar.</p>	<p>Copago de \$0 por cada servicio de rehabilitación pulmonar cubierto por Medicare.</p>
<p> Prueba de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol</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>Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, usted puede obtener hasta cuatro sesiones breves de asesoramiento personales por año (si demuestra ser competente y estar alerta durante el asesoramiento) brindadas por un médico o profesional de atención primaria calificado en un establecimiento de atención primaria.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)</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>Los miembros elegibles deben cumplir con los siguientes requisitos: tener entre 50 y 77 años y no tener signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero tener antecedentes como fumadores de tabaco de, al menos, 20 años/paquete y ser fumadores actualmente o haber dejado de fumar en los últimos 15 años, y recibir una orden por escrito de parte de un médico o un profesional no médico calificado para realizarse una LDCT durante una consulta de asesoramiento sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón y de toma de decisiones compartidas, que cumpla con los criterios de Medicare para dichas consultas.</p> <p><i>Para poder realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT después de la prueba de detección con LDCT inicial:</i> el miembro debe recibir una orden por escrito para realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con 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 sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón 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 ni para la LDCT.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenirlas</p> <p>Cubrimos pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) como clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección se cubren para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que corren un mayor riesgo de tener ETS cuando un proveedor de atención primaria las solicita. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertas etapas durante el embarazo.</p> <p>También cubrimos hasta dos sesiones personales superintensivas de asesoramiento conductual de 20 a 30 minutos por año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de sufrir infecciones por ETS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si las brinda un proveedor de atención primaria y se realizan en un establecimiento de atención primaria, como en el consultorio de un médico.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para pruebas de detección de ETS y asesoramiento para prevenirlas cubiertos por Medicare.</p>


Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios para tratar enfermedades renales</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 seis sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal de por vida. • 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 esté disponible o no sea posible comunicarse con él temporalmente). • Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si se lo ingresa al hospital para recibir atención especial). • Preparación para autodiálisis (incluye su preparación y la de cualquier otra persona que lo ayude con los tratamientos de diálisis en su hogar). • Equipos y suministros para autodiálisis en su hogar. • Determinados servicios de apoyo a domicilio (por ejemplo, cuando sea necesario, visitas de trabajadores especializados 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). <p>Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por los beneficios de cobertura para medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare.</p>	<p>Copago de \$0 para servicios educativos sobre la enfermedad renal cubiertos por Medicare.</p> <p>Coseguro del 20% para servicios de diálisis cubiertos por Medicare.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (SNF)</p> <p>(En el Capítulo 10 de este documento, encontrará una definición de centro de atención de enfermería especializada. En ocasiones, los centros de atención de enfermería especializada se denominan “SNF”).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería especializada. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Medicamentos administrados como parte del plan de atención (esto incluye sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de la coagulación de la sangre). • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos (así como de otros componentes de la sangre) comienza a partir de la primera pinta de sangre que usted necesite. • Suministros médicos y quirúrgicos que suelen proporcionar los SNF. • Análisis de laboratorio que suelen hacerse en los SNF. • Radiografías y otros servicios de radiología que suelen hacerse en los SNF. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que suelen proporcionar los SNF. • Servicios de médicos o profesionales. 	<p>Para estadías en un SNF cubiertas por Medicare:</p> <p>Días 1-20: Copago de \$0 cada día.</p> <p>Días 21-100: Copago de \$200 cada día.</p> <p>El plan cubre hasta 100 días cada período de beneficios.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (SNF) (continuación)</p> <p>Generalmente, los servicios en un SNF los obtendrá en centros de la red. No obstante, en determinadas condiciones que se detallan más abajo, usted podrá 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"> • Un centro de cuidados o una comunidad de atención continua para jubilados donde estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre que preste servicios de un centro de atención de enfermería especializada). • Un SNF donde su cónyuge o pareja de hecho esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital. 	
<p> Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco)</p> <p><u>Si consume tabaco, pero no tiene signos ni síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco:</u> cubrimos dos tentativas de orientación para dejarlo en un período de 12 meses como un servicio preventivo sin costo para usted. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas en persona.</p> <p><u>Si consume tabaco y le diagnosticaron una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando algún medicamento que pueda resultar afectado por el tabaco:</u> cubrimos servicios de asesoramiento para abandonar el hábito. Cubrimos dos tentativas de orientación para dejarlo en un período de 12 meses; no obstante, usted pagará el costo compartido aplicable. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas en persona.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.</p>


Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Tratamiento con ejercicios supervisados (SET)</p> <p>El tratamiento con ejercicios supervisados (Supervised Exercise Therapy, SET) se cubre para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica (peripheral artery disease, PAD) sintomática y una remisión para PAD del médico responsable del tratamiento de la PAD.</p> <p>Se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET.</p> <p>El programa de SET debe cumplir con lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consistir en sesiones que duren entre 30 y 60 minutos y que consten de un programa de kinesioterapia para PAD en pacientes con claudicación. • Llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes externos o en el consultorio de un médico. • Ser proporcionado por el personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen a los daños y que esté capacitado en kinesioterapia para la PAD. • Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínica, que debe estar capacitado en reanimación cardiopulmonar básica y avanzada. <p>El SET podría cubrirse por 36 sesiones adicionales en un período de tiempo extendido, más allá de las 36 sesiones en 12 semanas, si un proveedor de atención médica considera que es médicamente necesario.</p>	<p>Copago de \$0 por cada consulta para SET cubierta por Medicare.</p>


Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de urgencia</p> <p>Los servicios de urgencia se prestan para tratar una enfermedad, lesión o afección imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata pero, dadas sus circunstancias, no es posible ni razonable obtener estos servicios de proveedores de la red. Si no es razonable, dadas sus circunstancias, obtener la atención médica de un proveedor de la red de forma inmediata, su plan cubrirá los servicios de urgencia de un proveedor fuera de la red. Los servicios deben ser de necesidad inmediata y médicamente necesarios. Algunos ejemplos de servicios de urgencia que el plan debe cubrir fuera de la red pueden ser los siguientes: Usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan y necesita servicios médicos inmediatos por una afección imprevista, pero no se trata de una emergencia médica; o no es razonable, dadas sus circunstancias, obtener la atención médica de un proveedor de la red de forma inmediata. Los costos compartidos para los servicios de urgencia necesarios que se prestan fuera de la red son iguales que para los mismos servicios prestados dentro de la red.</p> <p>Nuestro plan incluye un beneficio de atención de urgencia en todo el mundo para todos los miembros. Consulte Servicios de emergencia/urgencia en todo el mundo para obtener más información.</p>	<p>Copago de \$50 por cada consulta cubierta por Medicare.</p> <p>El copago no se aplica si ingresa en un hospital dentro de las 24 horas siguientes por la misma afección.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Atención de la vista</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de médicos para pacientes externos para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de la vista de rutina (refracción de la vista) para anteojos o lentes de contacto. • Para las personas que tienen alto riesgo de padecer glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas que tienen alto riesgo de padecer glaucoma son las personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas diabéticas, los afroamericanos de 50 años o más y los hispanoamericanos de 65 años o más. • Para las personas con diabetes, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética por año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la colocación de una lente intraocular. (Si se somete a dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía ni comprar dos pares de anteojos después de la segunda cirugía). • * Examen de la vista de rutina. <ul style="list-style-type: none"> ○ Límite de 1 consulta cada año. • Lentes y accesorios de rutina adicionales. <ul style="list-style-type: none"> ○ * Se aplican hasta \$200 para todos los tipos de lentes y accesorios, incluidos anteojos, marcos, lentes y lentes de contacto. Esto se aplica tanto si se trata de una cantidad determinada como de un monto ilimitado. Cualquier mejora, como el tintado de lentes, no está incluida en la asignación para lentes y accesorios y no está cubierta por el plan. ○ Límite de 12 pares de lentes de contacto cada año. ○ Límite de 1 par de anteojos (lentes y marcos) cada año. <p>* Los servicios no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.</p>	<p>Copago de \$40 por cada examen de la vista cubierto por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por un par de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas.</p> <p>Copago de \$0 para hasta un examen de la vista de rutina cada año.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Consulta preventiva Bienvenido a Medicare</p> <p>El plan cubre la consulta preventiva única Bienvenido a Medicare. La consulta incluye una revisión de su salud, como así también educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas), y remisiones a otro tipo de atención si fuera necesario.</p> <p>Importante: Cubrimos la consulta preventiva Bienvenido a Medicare solo dentro de los primeros 12 meses de tener la Parte B de Medicare. Cuando solicite la cita, infórmele al personal del consultorio de su médico que le gustaría programar su consulta preventiva Bienvenido a Medicare.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva Bienvenido a Medicare.</p>
<p>* Servicios de emergencia y atención de urgencia en todo el mundo</p> <p>La cobertura mundial está disponible fuera de los 50 Estados Unidos o sus territorios. Cuando se realizan reclamaciones, los miembros deben pagar los cargos del proveedor y, a continuación, presentar una reclamación de reembolso a Baylor Scott & White Health Plan utilizando nuestro formulario de reclamación médica estándar. También debe incluirse una copia de la factura del proveedor y el comprobante de pago. Puede encontrar un formulario de reclamación médica en nuestro sitio web, en BSWHealthPlan.com, en la sección Recursos para los miembros, luego en Formularios y Enlaces útiles.</p> <p>* Los servicios no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por cada consulta de atención de emergencia en todo el mundo.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por cada consulta de atención de urgencia en todo el mundo.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por cada servicio de transporte de emergencia/urgencia en todo el mundo.</p> <p>Monto máximo de cobertura de beneficios del plan de \$5,000 para servicios de emergencia, servicios de urgencia y servicio de transporte combinados.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

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

Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones)

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

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

Si usted obtiene servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos por su cuenta, salvo determinadas circunstancias que se enumeran a continuación. Incluso si recibe los servicios excluidos en una sala de emergencia, igualmente no se cubrirán y nuestro plan no los pagará. La única excepción es si se apela el servicio y se decide en la apelación que se trata de 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 de este documento).

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

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna circunstancia	Cubiertos solo en situaciones específicas
<p>Cuidado asistencial.</p> <p>El cuidado asistencial es aquel cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, por ejemplo, ayuda con las actividades de la vida cotidiana, como bañarse o vestirse.</p>	<p>No cubiertos en ninguna circunstancia</p>	
<p>Procedimientos, equipos y medicamentos médicos y quirúrgicos experimentales.</p> <p>Los productos y los procedimientos experimentales son aquellos que Original Medicare determina que, generalmente, no son aceptados por la comunidad médica.</p>		<p>Original Medicare podría cubrirlos en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan.</p> <p>(Para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica, consulte la Sección 5 del Capítulo 3).</p>
<p>Cargos cobrados por la atención por sus familiares inmediatos o miembros de su hogar.</p>	<p>No cubiertos en ninguna circunstancia</p>	
<p>Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar.</p>	<p>No cubiertos en ninguna circunstancia</p>	
<p>Entrega de comidas a domicilio.</p>	<p>No cubiertos en ninguna circunstancia</p>	
<p>Servicios de empleada doméstica que incluyen ayuda básica en el hogar, incluso tareas domésticas sencillas o preparación de comidas livianas.</p>	<p>No cubiertos en ninguna circunstancia</p>	

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna circunstancia	Cubiertos solo en situaciones específicas
Servicios de un naturoterapeuta (emplean tratamientos naturales o alternativos).	No cubiertos en ninguna circunstancia	
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies.		Zapatos que forman parte de un soporte de pierna y están incluidos en el costo del soporte. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético.
Objetos personales en su habitación del hospital o centro de atención de enfermería especializada, por ejemplo, un teléfono o televisor.	No cubiertos en ninguna circunstancia	
Habitación privada en el hospital.		Solo se cubre cuando es médicamente necesario.
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros anticonceptivos no recetados.	No cubiertos en ninguna circunstancia	
Atención quiropráctica de rutina.		Se cubre la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación.
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para baja visión.	No cubiertos en ninguna circunstancia	
Cuidado de rutina de los pies.		Se brinda cierta cobertura limitada conforme a las pautas de Medicare (por ejemplo, si tiene diabetes).
Servicios considerados no razonables ni necesarios, según las normas de Original Medicare.	No cubiertos en ninguna circunstancia	

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Exclusiones adicionales:

- Servicios prestados a veteranos en instalaciones de Asuntos de Veteranos (Veterans Affairs, VA). Sin embargo, cuando se reciben servicios de emergencia en un hospital de VA y el costo compartido de VA es mayor que el costo compartido de nuestro plan, reembolsaremos a los veteranos la diferencia. Los miembros siguen siendo responsables por nuestros montos de costo compartido.
- La cobertura de medicamentos se limita a los medicamentos recetados u ordenados por un proveedor y utilizados por el suscriptor mientras está en el hospital. Los medicamentos para llevar a la casa no están cubiertos, excepto en la medida en que están cubiertos por Medicare, como los medicamentos contra las náuseas después de la quimioterapia.
- Exámenes e informes físicos para cualquier propósito que no sea la atención médica necesaria, como para utilizar en su empleo, para licencias, seguros, escuela o viajes.
- Servicios por los cuales estaría disponible el reembolso para un suscriptor para el cuidado de una lesión o enfermedad ocupacional en circunstancias cubiertas por la ley de responsabilidad de cualquier empleador.
- Pruebas psicológicas u otras pruebas que no son médicamente necesarias y que son para fines educativos o de desarrollo.
- Salvo que la ley exija lo contrario, Baylor Scott & White Health Plan no pagará a ningún proveedor ni reembolsará al suscriptor por ningún servicio cubierto por el cual el suscriptor no tendría obligación de pagar en ausencia de cobertura bajo este acuerdo.
- Tratamiento de lesiones o enfermedades como resultado de la guerra.
- Los servicios descritos anteriormente que no están cubiertos permanecerán sin cobertura, incluso si se reciben en un centro de emergencia.
- Ayudas artificiales, aparatos correctivos y suministros médicos, como baterías, condones, apósitos, jeringas, dentaduras postizas, audífonos, anteojos y lentes correctivos (a menos que se especifiquen en el Capítulo 4).
- Costos/cargos asociados con rellenar y/o copiar formularios médicos u otros formularios relacionados.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Seguro dental: Exclusiones

- Servicios que no son necesarios desde el punto de vista dental, aquellos que no cumplen con los estándares de atención generalmente aceptados para el tratamiento de una afección dental particular, o que consideremos de naturaleza experimental.
- Servicios por los cuales una persona cubierta no estaría obligada a pagar en ausencia de un seguro dental.
- Servicios o suministros recibidos por una persona cubierta antes de que comience el seguro para tal persona.
- Servicios que no son prestados ni recetados por un dentista, excepto aquellos servicios prestados por un higienista dental con licencia, los cuales son supervisados y facturados por un dentista y que son para la eliminación del sarro o el pulido de los dientes o el tratamiento con flúor.
- Servicios que son principalmente cosméticos, a menos que sean necesarios para el tratamiento o la corrección de un defecto congénito de un recién nacido.
- Servicios que no son prestados ni recetados por un dentista, excepto aquellos servicios prestados por un higienista dental con licencia, los cuales son supervisados y facturados por un dentista y que son para la eliminación del sarro o el pulido de los dientes o el tratamiento con flúor.
- Servicios o aparatos que restauran o alteran la dimensión vertical (oclusión).
- Restauración de la estructura dental dañada por desgaste, abrasión o erosión, a menos que sea causada por una enfermedad.
- Restauraciones o aparatos utilizados con el fin de crear una férula periodontal.
- Asesoramiento o instrucciones sobre higiene oral, control de placas, nutrición y tabaco.
- Suministros o dispositivos personales, incluidos, entre otros: irrigadores bucales, cepillos de dientes o hilo dental.
- Decoración o inscripción de cualquier diente, dispositivo, aparato, corona u otro trabajo dental.
- Citas perdidas.
- Servicios cubiertos por cualquier ley de compensación laboral o enfermedad laboral.
- Decoración o inscripción de cualquier diente, dispositivo, aparato, corona u otro trabajo dental.
- Citas perdidas.
- Servicios cubiertos por cualquier ley de compensación laboral o enfermedad laboral.
- Decoración o inscripción de cualquier diente, dispositivo, aparato, corona u otro trabajo dental.
- Citas perdidas.
- Servicios cubiertos por cualquier ley de compensación laboral o enfermedad laboral.
- Servicios cubiertos por cualquier ley de responsabilidad del empleador.
- Servicios que el empleador de la persona que reciba dichos servicios no tiene la obligación de pagar.
- Servicios prestados en un centro administrado por el titular de la póliza, sindicato laboral, asociación de beneficio mutuo u hospital de VA.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

- Servicios cubiertos bajo otra cobertura proporcionada por el titular de la póliza.
- Restauraciones temporales o provisionales.
- Aparatos temporales o provisionales.
- Medicamentos con receta.
- Servicios para los cuales la documentación presentada indica un pronóstico desfavorable.
- Servicios, en la medida en que dichos servicios, o los beneficios de estos, estén disponibles bajo un plan del gobierno. Esta exclusión se aplicará independientemente de si la persona que reciba los servicios está inscrita o no en el plan del gobierno. No excluirémos el pago de beneficios por dichos servicios si el plan del gobierno requiere que el Seguro dental bajo la póliza grupal pague primero.
- Los siguientes procedimientos, cuando el dentista le cobra por separado: llenado del formulario de reclamaciones; control de infecciones, como con guantes, máscaras o esterilización de suministros; o anestesia local, sedación consciente que no sea intravenosa o analgesia, como con óxido nítrico.
- Servicios dentales necesarios para tratar lesiones accidentales en los dientes y las estructuras de apoyo, salvo en el caso de lesiones en los dientes producidas por masticar y morder alimentos.
- Pruebas de susceptibilidad a caries.
- Accesorios de precisión asociados con prótesis fijas y removibles.
- Ajuste de una dentadura postiza realizada dentro de los 6 meses de su colocación, por parte del mismo dentista que la colocó.
- Dispositivos o aparatos protésicos duplicados.
- Reemplazo, por pérdida o robo, de un aparato, restauración de yeso o dentadura postiza.
- Imágenes fotográficas intraorales y extraorales.
- Aparatos fijos y removibles para la corrección de hábitos perjudiciales.
- Aparatos o tratamientos para el bruxismo (rechinar los dientes), incluidos, entre otros, protectores oclusales y protectores nocturnos.
- Tratamiento del trastorno de la articulación temporomandibular. Esta exclusión no se aplica a los residentes de Minnesota.
- Servicios o aparatos de ortodoncia.
- Reparación o reemplazo de un aparato de ortodoncia.
- Servicios o aparatos de ortodoncia.
- Reparación o reemplazo de un aparato de ortodoncia.
- Tratamientos con flúor.
- Análisis de laboratorio y otras pruebas.
- Aplicación del material de sellado.
- Espaciadores dentales.
- Tratamiento paliativo de emergencia.
- Restauración con molde dentario, incluidos incrustaciones, recubrimientos y coronas.
- Coronas prefabricadas.
- Reparaciones.
- Recementaciones.
- Cementaciones de coronas; perno y muñón.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

- Puentes fijos.
- Endodoncia.
- Periodoncia.
- Anestesia general/sedación intravenosa.
- Consultas.
- Servicios generales.
- Ajustes oclusales.

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 pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos

A veces, cuando reciba atención médica, es posible que deba pagar el costo total. Otras veces, se dará cuenta de que ha pagado más de lo que pensaba que debía pagar según las normas de cobertura del plan o puede recibir una factura de un proveedor. En estos casos, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (a la acción de devolver el dinero a menudo se la llama *reembolsar*). Es su derecho que nuestro plan le haga un reembolso cada vez que usted pague más del monto que le corresponde de los costos por servicios médicos que estén cubiertos por el plan. Es posible que haya plazos que deba cumplir para que le devuelvan el dinero. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

También habrá veces en las que recibirá una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que se le prestó, o tal vez por más de la parte que le corresponde pagar del costo compartido, tal como se indica en este documento. Primero, intente resolver la factura con el proveedor. Si esto 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 directamente al proveedor. Si decidimos no pagarla, se lo notificaremos al proveedor. Nunca debería pagar más del costo compartido permitido por el plan. Si se trata de un proveedor contratado, usted sigue teniendo derecho a recibir tratamiento.

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

1. Cuando haya recibido atención médica de emergencia o de urgencia de un proveedor que no pertenezca a la red de nuestro plan

Fuera del área de servicio, usted puede recibir servicios de emergencia o de urgencia de cualquier proveedor, independientemente de que este sea parte de nuestra red o no.

- Usted solo debe pagar la parte del costo que le corresponde por servicios de emergencia o de urgencia. Los proveedores de emergencias están legalmente obligados a prestar atención de emergencia. Si paga el monto total en el momento de recibir el servicio, pídanos que le reembolsemos la parte del costo que nos corresponde pagar. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado.
- Podría recibir una factura del proveedor en la que le pida pagar un monto que usted considera que no debe. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que ya haya efectuado.
 - Si al proveedor se le debe algo, le pagaremos directamente.
 - Si ya ha pagado más de lo que le corresponde pagar del costo del servicio, determinaremos cuánto debía y le reembolsaremos la parte del costo que nos corresponde pagar.

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

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

Los proveedores de la red siempre deben facturar directamente al plan y pedirle a usted solo su parte del costo. Sin embargo, 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, lo que se denomina *facturación de saldos*. Esta protección (en la que usted 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, envíenosla. Nos pondremos en contacto directamente con el proveedor y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya le ha pagado una factura a un proveedor de la red, pero cree que pagó demasiado, envíenosla junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado y pídaenos que le reembolsemos la diferencia entre el monto que pagó y el que debe según el plan.

3. Si se inscribe retroactivamente en nuestro plan

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

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

Si hay circunstancias en las que debe pagar el costo total de los servicios cubiertos en el momento en que se prestan los servicios, como si busca servicios de un proveedor o centro que no factura a Medicare, deberá obtener una factura detallada de los servicios prestados y presentárnosla con comprobante de su pago para el reembolso bajo sus beneficios Covenant Health Advantage (HMO-POS).

Todos los ejemplos anteriores corresponden a tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que, si rechazamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 7 de este documento posee información sobre cómo presentar una apelación.

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

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

Usted puede pedirnos un reembolso enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, incluya su factura junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es aconsejable hacer una copia de su factura y de los recibos para sus registros. **Debe presentarnos la reclamación dentro de los 12 meses** a partir de la fecha en que recibió el servicio o artículo.

Para asegurarse de que nos esté proporcionando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, 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. La información requerida incluye lo siguiente: Número de identificación del miembro, nombre, dirección, teléfono, fecha de nacimiento, fecha del servicio, proveedor, reclamación detallada del proveedor y comprobante de pago.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (BSWHealthPlan.com/Medicare) o llame a Servicio al Cliente y pida el formulario.

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

Baylor Scott & White Health Plan
MS-A4-126
1206 West Campus Drive
Temple, Texas 76502

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

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

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

- Si decidimos que la atención médica está cubierta y que usted ha cumplido con todas las normas, pagaremos la parte que nos corresponde del costo. Si usted ya ha pagado el servicio, le enviaremos por correo su reembolso de la parte que nos corresponde del costo. Si aún no ha pagado el servicio, le enviaremos por correo el pago directamente al proveedor.

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

- 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 explicando las razones por las que no le enviaremos el pago y su derecho a apelar esa decisión.

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

Si piensa que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o con el monto que le pagaremos, puede presentar una apelación. Si 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 de este documento.

CAPÍTULO 6:

Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 6 Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan

Sección 1.1	Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted y conforme a sus sensibilidades culturales (en otros idiomas que no sean el inglés o en tamaño de letra grande)
--------------------	--

Su plan tiene la obligación de garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se presten de forma culturalmente competente y sean accesibles para todos los miembros, incluidos los que tienen un dominio limitado del inglés, una capacidad limitada de lectura, una incapacidad auditiva o un origen cultural y étnico diverso. Algunos ejemplos de cómo un plan puede cumplir estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la prestación de servicios de traducción, servicios de intérprete, 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. Este documento está disponible de forma gratuita en español. También podemos proporcionarle información en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos, sin costo alguno, si lo necesita. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios del 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 Servicio al Cliente.

Nuestro plan tiene la obligación de ofrecer a las mujeres inscritas la opción de acceder directamente a un especialista en salud de las mujeres dentro de la red para servicios de atención médica preventivos y de rutina.

Si los proveedores de una especialidad determinada no se encuentran disponibles en la red del plan, es responsabilidad del plan localizar proveedores de la especialidad fuera de la red que le proporcionen la atención necesaria. En este caso, solo pagará los costos compartidos 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 usted necesita, comuníquese con el plan para que le informen sobre dónde acudir para obtener este servicio con un costo compartido 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 con un especialista en salud de las mujeres o encontrar un especialista dentro de la red, llámenos para presentar un reclamo ante el Servicio al Cliente de Baylor Scott & White Health Plan al 1-833-442-2405. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) al 1-800-368-1019 o al TTY 1-800-537-7697.

Your plan is required to ensure that all services, both clinical and non-clinical, are provided in a culturally competent manner and are accessible to all enrollees, including those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and

Capítulo 6 Sus derechos y responsabilidades

ethnic backgrounds. Examples of how a plan may meet these accessibility requirements include, but are not limited to provision of translator services, interpreter services, teletypewriters, or TTY (text telephone or teletypewriter phone) connection.

Our plan has free interpreter services available to answer questions from non-English speaking members. We can also give you information in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We are required to give you information about the plan's benefits in a format that is accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, please call Customer Service.

Our plan is required give female enrollees the option of direct access to a women's health specialist within the network for women's routine and preventive health care services.

If providers in the plan's network for a specialty are not available, it is the plan's responsibility to locate specialty providers outside the network who will provide you with the necessary care. In this case, you will only pay in-network cost sharing. If you find yourself in a situation where there are no specialists in the plan's network that cover a service you need, call the plan for information on where to go to obtain this service at in-network cost sharing.

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, please call to file a grievance with Baylor Scott & White Health Plan Customer Service at 1-866-334-3141. (TTY users should call 711.) You may also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights at 1-800-368-1019 or TTY 1-800-537-7697.

Chương trình của quý vị phải đảm bảo rằng tất cả dịch vụ, gồm cả lâm sàng và phi lâm sàng, được cung cấp theo cách thể hiện được trình độ về mặt văn hóa và có thể tiếp cận được với tất cả người ghi danh, bao gồm cả những người có trình độ tiếng Anh hạn chế, kỹ năng đọc hạn chế, bị khiếm thính hoặc những người có văn hóa và nguồn gốc dân tộc khác biệt. Một số ví dụ về cách mà chương trình có thể đáp ứng các yêu cầu về khả năng tiếp cận này bao gồm, nhưng không giới hạn trong việc cung cấp dịch vụ biên - phiên dịch, máy chữ điện báo hoặc kết nối TTY (điện thoại văn bản hoặc điện thoại có máy chữ điện báo).

Chương trình của chúng tôi có dịch vụ phiên dịch viên miễn phí để trả lời câu hỏi của các thành viên không nói tiếng Anh. Chúng tôi cũng có thể cung cấp thông tin cho quý vị dưới dạng bản chữ in lớn hoặc các dạng khác miễn phí nếu quý vị cần. Chúng tôi phải cung cấp cho quý vị thông tin về các lợi ích của chương trình ở dạng có thể tiếp cận và phù hợp cho quý vị. Để nhận thông tin từ chúng tôi theo cách phù hợp, vui lòng gọi cho bộ phận Dịch vụ Khách hàng.

Chương trình của chúng tôi phải cung cấp cho thành viên nữ lựa chọn tiếp cận trực tiếp với chuyên gia sức khỏe phụ nữ trong mạng lưới dịch vụ chăm sóc sức khỏe dự phòng và thường quy cho phụ nữ.

Nếu thiếu nhà cung cấp cho một chuyên khoa trong mạng lưới của chương trình, thì chương trình có trách nhiệm tìm kiếm các nhà cung cấp chuyên khoa bên ngoài mạng lưới để cung cấp

Capítulo 6 Sus derechos y responsabilidades

cho quý vị sự chăm sóc cần thiết. Trong trường hợp này, quý vị chỉ phải trả một phần chi phí trong mạng lưới. Nếu quý vị gặp trường hợp không có bác sĩ chuyên khoa nào trong mạng lưới của chương trình cung cấp dịch vụ quý vị cần, hãy gọi cho chương trình để biết nơi cần đến để nhận được dịch vụ này theo cơ chế chia sẻ chi phí trong mạng lưới.

Nếu quý vị nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi ở dạng khó tiếp cận hoặc không phù hợp với quý vị, vui lòng gọi điện để khiếu nại với Dịch vụ Khách hàng của Baylor Scott & White Health Plan Customer Service theo số 1-866-334-3141. (Người dùng TTY hãy gọi số 711.) Giờ làm việc từ 7 giờ sáng - 8 giờ tối, 7 ngày/tuần (trừ các ngày lễ lớn). Quý vị cũng có thể khiếu nại với Medicare bằng cách gọi đến 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) hoặc trực tiếp gọi đến Văn Phòng Quyền Dân Sự theo số 1-800-368-1019 hoặc 1-800-537-7697 dành cho người dùng TTY.

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

Tiene derecho a elegir un proveedor de la red del plan que proporcione y coordine los servicios cubiertos. Usted también tiene derecho a consultar con un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin necesidad de una remisión. No le pedimos que obtenga una remisión para acudir a proveedores de la red.

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

Si usted considera que no está recibiendo su atención médica dentro de un plazo 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.
- Usted 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.

Capítulo 6 Sus derechos y responsabilidades

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- Salvo por las circunstancias enumeradas a continuación, si tenemos la intención de suministrar su información de salud a otra persona que no le brinde atención ni pague por ella, *tenemos la obligación de pedir por escrito su autorización, o de quien haya dado poder legal para tomar decisiones en su nombre, 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 agencias del gobierno que controlan la calidad de la atención.
 - 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 una investigación u otros usos, lo hará de acuerdo con las leyes y reglamentaciones federales. Generalmente esto requiere que la información que lo identifica de manera exclusiva no se comparta.

Usted puede ver la información en sus registros y saber cómo se ha compartido con otros

Usted tiene derecho a ver sus registros médicos conservados en el plan y a obtener una copia de ellos. Estamos autorizados a cobrarle un cargo por hacer las copias. Usted también tiene derecho a pedirnos que agreguemos información o que corrijamos sus registros médicos. Si nos pide que hagamos esto, trabajaremos junto su proveedor de atención médica para decidir si los cambios deben realizarse o no.

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

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información de salud personal, llame a Servicio al Cliente.

Sección 1.4	Debemos proporcionarle información acerca del plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos
--------------------	--

Como miembro de Covenant Health Advantage (HMO), usted tiene derecho a obtener de nosotros varios tipos de información.

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicio al Cliente.

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan.

Capítulo 6 Sus derechos y responsabilidades

- **Información sobre nuestros proveedores de la red.** Usted tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores de nuestra red y cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información acerca de su cobertura y de las normas que debe cumplir para usarla.** Los Capítulos 3 y 4 proporcionan información sobre los servicios médicos.
- **Información sobre los motivos por los que algo no se cubre y lo que puede hacer al respecto.** El Capítulo 7 proporciona información sobre cómo solicitar una explicación por escrito de por qué un servicio médico no se encuentra cubierto o su cobertura está restringida. El Capítulo 7 también ofrece información sobre cómo pedirnos que modifiquemos una decisión, lo que también se denomina “apelación”.

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

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

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

Usted también tiene derecho a participar plenamente en las 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 derecho a que le informen todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, independientemente de su precio o de si nuestro plan las cubre.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que le informen los riesgos involucrados en su atención médica. Deben informarle 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.
- **Poder decir “no”.** Tiene derecho a negarse a recibir un tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja quedarse. Desde luego que, si rechaza un tratamiento, usted acepta la responsabilidad plena de lo que le ocurra a su cuerpo como consecuencia de ello.

Capítulo 6 Sus derechos y responsabilidades

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacerse si no puede tomar decisiones médicas por sí 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*, puede hacer lo siguiente:

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

Los documentos legales que puede utilizar para dar sus instrucciones con anticipación en estos casos se denominan **instrucciones anticipadas**. Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas y nombres diferentes para ellas. Los documentos como el **testamento vital** y el **poder de representación para la atención médica** son ejemplos de instrucciones anticipadas.

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

- **Obtener el formulario.** Puede obtener un formulario de instrucciones anticipadas de su abogado, de un asistente social o de algunas tiendas de artículos para oficina. A veces, se pueden obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare. También puede comunicarse con Servicio al Cliente para solicitar los formularios.
- **Completarlo y firmarlo.** Independientemente del lugar donde obtenga este formulario, tenga en cuenta que se trata de un documento legal. Debería considerar solicitarle a un abogado que lo ayude a prepararlo.
- **Entregarles copias a las personas pertinentes.** Debe entregarles una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario capaz de tomar las decisiones por usted si usted no puede. Quizás desee darles copias a algunos amigos cercanos o a miembros de la familia. Guarde una copia en casa.

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

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

Capítulo 6 Sus derechos y responsabilidades

Recuerde que usted decide si desea llenar un formulario de instrucciones anticipadas (inclusive si desea firmar uno estando en el hospital). Según la ley, nadie puede negarse a brindarle atención ni puede discriminarlo por haber firmado o no instrucciones anticipadas.

¿Qué sucede si no se siguen sus instrucciones?

Si ha firmado instrucciones anticipadas y cree que un médico u hospital no han respetado las instrucciones que allí se indican, puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas.

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

Si tiene algún problema, inquietud o queja y necesita realizar una solicitud de 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 o presentar una apelación o una queja, **estamos obligados a tratarlo con imparcialidad.**

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

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

Si siente que no se le ha tratado con imparcialidad o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad, orientación sexual o nacionalidad, debe llamar 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.

¿Se trata de algo diferente?

Si siente que no lo han tratado con imparcialidad o que no se han respetado sus derechos, *y no se trata de discriminación*, puede obtener ayuda para tratar el problema que esté enfrentando:

- Puede **llamar a Servicio al Cliente.**
- Puede **llamar al SHIP.** Para obtener más detalles, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- O bien, **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Capítulo 6 Sus derechos y responsabilidades

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

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

- Puede **llamar a Servicio al Cliente**.
- Puede **llamar al SHIP**. Para obtener más detalles, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación *Medicare Rights & Protections* (Derechos y protecciones de Medicare). (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).
 - O bien, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

Lo que tiene que hacer como miembro del plan se enumera a continuación. Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y con las normas que debe cumplir para obtenerlos.** Utilice este documento de *Evidencia de cobertura* para obtener información sobre lo que se cubre y las normas que debe cumplir para obtener estos servicios cubiertos.
 - Los Capítulos 3 y 4 contienen información sobre los servicios médicos.
- **Si, además de nuestro plan, tiene cobertura de otro seguro de salud u otra cobertura para medicamentos con receta, debe comunicárnoslo.** El Capítulo 1 le brinda información sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Dígales al médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre la tarjeta de miembro del 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 atención médica sobre sus problemas de salud. Siga las instrucciones y los planes de tratamiento que usted y sus médicos hayan acordado.
 - Asegúrese de que los médicos conozcan todos los medicamentos que esté tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.

Capítulo 6 Sus derechos y responsabilidades

- Si tiene preguntas, no dude en hacerlas y obtener una respuesta que sea capaz de comprender.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos 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, de los hospitales y de otras oficinas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
 - Debe continuar pagando la prima de su Parte B de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
 - Para algunos de sus servicios médicos cubiertos por el 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, debemos estar al tanto de esto** para mantener actualizado su registro de miembro y para saber cómo podemos comunicarnos con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro del plan.**
- Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de jubilación para ferroviarios).

CAPÍTULO 7:

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

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

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Lo que debe hacer si tiene un problema o una inquietud

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

- Para algunos 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 han sido autorizados por Medicare. Cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

La guía de la Sección 3 lo ayudará a identificar el proceso correcto a seguir y lo que debería hacer.

Sección 1.2 Acerca de los términos legales

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

- Utiliza palabras más simples, en vez de utilizar ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo, aparece presentar una queja en lugar de interponer un reclamo, decisión de cobertura en lugar de determinación de la organización y organización de revisión independiente en lugar de Entidad de revisión independiente.
- También se evita al máximo el uso de abreviaturas.

No obstante, puede resultarle útil, y a veces es bastante importante, conocer los términos legales correctos. Saber qué términos emplear le permitirá comunicarse con mayor precisión y obtener la ayuda o información adecuadas para usted. Para ayudarlo a saber qué términos utilizar, incluimos términos legales cuando damos los detalles para el manejo de determinados tipos de situaciones.

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 brindamos, tenemos la obligación de respetar su derecho a reclamar. Por lo tanto, siempre debe dirigirse al servicio al cliente para obtener ayuda. Sin embargo, en algunas situaciones, es posible que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. A continuación, se incluyen dos entidades que pueden ayudarlo.

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

Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP)

Cada estado cuenta con un programa gubernamental conformado por 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. Encontrará números de teléfono y URL de sitios web en la Sección 3 del Capítulo 2 de este documento.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda. Para comunicarse con Medicare:

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

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

Si tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes del capítulo que se aplican a su situación. La guía siguiente le será útil.

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

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

Sí.

Vaya a la sección siguiente de este capítulo, **Sección 4, Guía sobre los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones.**

No.

Vaya a la **Sección 9**, al final de este capítulo: **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 sobre los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones

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

Las decisiones de cobertura y las apelaciones tratan los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos con receta de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar las cosas, generalmente hacemos referencia a artículos y servicios médicos y a medicamentos con receta de la Parte B de Medicare como **atención médica**. Usted recurre al proceso de apelaciones o sobre decisión de cobertura para asuntos tales como determinar si algo tiene cobertura o no y la forma en que se cubre.

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir los beneficios

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 su atención médica. Por ejemplo, si el médico de la red de su plan lo remite a un especialista que no pertenece a la red, esta remisión se considera una decisión de cobertura favorable, a menos que su médico de la red pueda demostrar que usted recibió un aviso de denegación estándar para este especialista, o que la *Evidencia de cobertura* deje claro que el servicio remitido no está cubierto en ninguna condición. Usted o su médico también puede contactarnos y pedirnos una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico particular o se rehúsa a brindarle la atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, si quiere saber si cubriremos una atención médica antes de recibirla, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. En circunstancias limitadas, la solicitud de una decisión de cobertura será rechazada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de casos en los que se rechazará una solicitud son: si la solicitud está incompleta; si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo; o si usted pide que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos un aviso explicando por qué se ha rechazado la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

Tomamos una decisión de cobertura para usted cada vez que decidimos lo que cubre y cuánto pagamos. 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.

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

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de recibir un beneficio, y usted no se siente satisfecho, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hayamos 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, se denomina “apelación de Nivel 1”. En este tipo de apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para comprobar si cumplimos con las normas de forma correcta. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas la solicitud de apelación de Nivel 1 será rechazada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de casos en los que se rechazará una solicitud son: si la solicitud está incompleta; si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo; o si usted pide que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de apelación de Nivel 1, le enviaremos un aviso explicando por qué se ha rechazado la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

Si rechazamos la totalidad o parte de su apelación de Nivel 1 para atención médica, esta pasará automáticamente al Nivel 2, donde la evaluará una organización de revisión independiente que no está relacionada con nosotros.

- No es necesario que haga nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las normas de Medicare exigen que enviemos automáticamente su apelación para atención médica al Nivel 2 si no estamos completamente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.
- Para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2, consulte la **Sección 5.4** de este capítulo.

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda avanzar a niveles adicionales de apelación (la Sección 8 de ese capítulo explica los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5).

Sección 4.2	Cómo obtener ayuda para pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación
--------------------	--

A continuación, se incluyen algunos recursos si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Puede comunicarse con nosotros llamando a Servicio al Cliente.**
- **Puede obtener ayuda gratuita** de su SHIP.

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

- **Su médico puede realizar la solicitud por usted.** Si su médico lo asiste con una apelación más allá del Nivel 2, tendrá que ser designado como su representante. Comuníquese con Servicio al Cliente y solicite el formulario *Appointment of Representative* (Nombramiento de un representante). (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare, en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf).

 - Su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre para la atención médica o los medicamentos con receta de la Parte B. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, se enviará automáticamente al Nivel 2.

- **Puede solicitar que alguien actúe en su nombre.** Si así lo desea, puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su *representante* para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.

 - Si quiere que un amigo, un familiar, u otra persona sea su representante, llame a Servicio al Cliente y pida el formulario *Appointment of Representative* (Nombramiento de un representante). (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare, en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf). El formulario le otorga a esa persona la autorización de actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Usted debe darle al plan una copia del formulario firmado.
 - Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni terminar nuestra revisión si no lo recibimos. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días calendario después de recibir la solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), se rechazará su solicitud de apelación. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicará su derecho de pedirle a la 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 pedir algún tipo de decisión de cobertura o la apelación de una decisión.

Sección 4.3	¿En qué sección de este capítulo se incluyen detalles de su situación?
--------------------	---

Existen tres situaciones diferentes que suponen decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene diferentes normas y plazos, damos los detalles de cada una en una sección aparte:

- **Sección 5** de este capítulo: Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

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

- **Sección 6** de este capítulo: Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que lo están dando de alta demasiado pronto
- **Sección 7** de este capítulo: Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo ciertos servicios médicos si usted siente que su cobertura está terminando demasiado pronto (*se aplica solo a estos servicios*: servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos [CORF])

Si no está seguro de qué sección debe usar, llame a Servicio al Cliente. También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales como su SHIP.

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

Sección 5.1	Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo de su atención
--------------------	---

En esta sección, se describen los beneficios que usted tiene en cuanto a atención médica. Estos beneficios se detallan en el Capítulo 4 de este documento: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*. En algunos casos, se aplican diferentes normas a una solicitud de medicamentos con receta 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 cinco situaciones siguientes:

1. No está recibiendo la atención médica que quiere y cree que el plan cubre dicha atención. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2**
2. Nuestro plan no autoriza la atención médica que desea brindarle su médico u otro proveedor médico, y usted cree que el plan cubre dicha atención. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2**
3. Recibió atención médica que cree que el plan debería cubrir, pero le hemos comunicado que no pagaremos dicha atención. **Presente una apelación. Sección 5.3**
4. Recibió y pagó atención médica que cree que el plan debería cubrir, por lo que quiere solicitar que el plan le reembolse el costo de esta atención. **Envíenos la factura. Sección 5.5**

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

5. Se le comunica que la cobertura que tenía para determinados servicios de atención médica que estaba recibiendo se reducirá o se interrumpirá, y usted cree que esto podría perjudicar su salud. **Presente una apelación. Sección 5.3**

Nota: Si la cobertura que se interrumpirá 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 (CORF), debe leer las Secciones 6 y 7 de este capítulo. Se aplican normas especiales para estos tipos de atención.

Sección 5.2 Paso a paso: 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 suele tomarse en un plazo de 14 días o 72 horas para medicamentos de la Parte B. Una decisión de cobertura rápida generalmente se toma en un plazo de 72 horas para servicios médicos o de 24 horas para medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:

- *Solo puede solicitar la cobertura de artículos o servicios de atención médica (no puede hacer solicitudes de pago de artículos o servicios ya recibidos).*
- *Puede obtener una decisión de cobertura rápida solo si los plazos estándares podrían poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional.*

Si su médico nos dice que su salud exige una decisión de cobertura rápida, aceptaremos automáticamente proporcionarle una decisión de cobertura rápida.

Si nos pide la decisión de cobertura rápida usted mismo, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud exige que tomemos una decisión de cobertura rápida. Si no aprobamos la decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:

- Explique que utilizaremos los plazos estándar.
- Explique que, si su médico pide la decisión de cobertura rápida, se la proporcionaremos automáticamente.

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

- Explique que 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: Pida 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 la cobertura para atención médica que usted desea. Usted, su médico o su representante pueden hacer esto. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

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

Para decisiones de cobertura estándar, usamos los plazos estándares

Esto significa que le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de que recibamos su solicitud **de un artículo o servicio médico**. Si solicita un **medicamento con receta de la Parte B de Medicare**, le daremos una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de que recibamos su solicitud.

- **No obstante**, si solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si usted solicita un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si considera que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una *queja rápida*. Le daremos 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 de este capítulo para obtener más información sobre quejas).

Para las decisiones de cobertura rápida, utilizamos un calendario acelerado

Una decisión de cobertura rápida significa que le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas, si solicita un artículo o servicio médico. Si solicita un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas.

- **No obstante**, si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días adicionales**. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si usted solicita un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

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

- Si considera que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una *queja rápida*. (Consulte la Sección 9 de este capítulo para obtener más información sobre 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 en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud.

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

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa solicitar nuevamente la cobertura de atención médica que usted quiere. Si presenta una apelación, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 5.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales

Una apelación al 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.

Una apelación estándar generalmente se realiza en un plazo de 30 días o de 7 días para los medicamentos de la Parte B. Una apelación rápida por lo general se realiza en un plazo de 72 horas.

- Si apelaré una decisión que tomamos sobre la cobertura para atención médica que todavía no ha recibido, usted o su médico deberá decidir si necesita una *apelación rápida*. Si su médico nos dice que su salud exige 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: Solicite una apelación o una apelación rápida a nuestro plan.

- Si solicita una apelación estándar, preséntela por escrito. También puede llamarnos para solicitar una apelación. El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- Para solicitar una apelación rápida, preséntela por escrito o comuníquese con nosotros. El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- Debe presentar su solicitud de apelación en el plazo de 60 días calendario a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra

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

respuesta sobre 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. Algunos ejemplos de una causa justificada pueden ser una enfermedad muy grave que le impidió contactarnos, o que le hayamos brindado 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 más información para sustentar su apelación.**

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

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, realizamos una revisión cuidadosa de toda la información. Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- En caso de ser necesario, recopilaremos más información comunicándonos con usted o con 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 así lo exige.
 - No obstante, si solicita más tiempo o si necesitamos 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 tomarnos tiempo adicional si solicita un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
 - Si no le damos una respuesta en 72 horas (o al final de la extensión del plazo, en caso de que tomemos días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 5.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **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 que recibamos su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos nuestra decisión por escrito y automáticamente remitiremos 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.

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

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 haber recibido su apelación. Si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare que todavía no ha recibido, le daremos una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibida su apelación. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - No obstante, si solicita más tiempo o si necesitamos 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 tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si usted solicita un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
 - Si considera que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una *queja rápida*. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas. (Consulte la Sección 9 de este capítulo para obtener más información sobre quejas).
 - Si no le damos una respuesta en el plazo establecido (o al final de la extensión del plazo), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2, en el que será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 5.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **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 con receta de la Parte B de Medicare.
- **Si nuestro plan rechaza una parte o la totalidad de su apelación**, la enviaremos automáticamente a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

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

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 contratada por Medicare**. No tiene ninguna relación con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es la correcta o si se debería cambiar. Medicare supervisa su trabajo.

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

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 más información para sustentar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente 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

- En el caso de la *apelación rápida*, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** de haber recibido su apelación.
- Sin embargo, 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 está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

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 debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** de haber recibido su apelación. Si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe comunicarle su respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación.
- Sin embargo, 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 está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

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

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

- **Si la organización de revisión acepta una parte o la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de la atención médica en el plazo de 72 horas o proporcionar el servicio en el plazo de 14 días calendario de recibida

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

la decisión de la organización de revisión para las solicitudes estándares. En el caso de las solicitudes aceleradas, tenemos un plazo de 72 horas a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.

- **Si la organización de revisión acepta una parte o la totalidad de una solicitud de medicamentos con receta de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento con receta de la Parte B en un plazo de **72 horas** después de recibida la decisión de la organización de revisión para las **solicitudes estándares**. En el caso de las **solicitudes aceleradas**, tenemos un plazo de **24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si esta organización rechaza una parte o la totalidad de su apelación**, significa que están de acuerdo con nosotros en que su solicitud de cobertura para atención médica (o parte de ella) no se debe autorizar. (Esto se llama *confirmar la decisión o rechazar su apelación*). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:
 - Explicando su decisión.
 - Notificándole su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura para atención médica alcanza un determinado mínimo. El aviso por escrito que reciba de la organización de revisión independiente le indicará el monto en dólares que debe alcanzar para continuar con el proceso de apelaciones.
 - Indicándole 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 tres niveles en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibirá después de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 8 de este capítulo explica los procesos de apelaciones de los Niveles 3, 4 y 5.

Sección 5.5	¿Qué sucede si nos pide que le paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de atención médica?
--------------------	---

En el Capítulo 5, se describen las situaciones en las cuales es posible que usted 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 solicitando un reembolso, está pidiendo una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, comprobaremos si la atención médica que pagó

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

está cubierta. También comprobaremos si usted ha cumplido con todas las normas para el uso de su cobertura para atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud:** Si la atención médica tiene cobertura, y usted cumplió con todas las normas, le enviaremos el pago de la parte que nos corresponde del costo en un plazo de 60 días calendario después de que recibamos su solicitud. Si aún no ha pagado la atención médica, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si rechazamos su solicitud:** Si la atención médica *no* está cubierta, o usted *no* cumplió con todas las normas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que le informaremos 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.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones que se describe en la Sección 5.3. En el caso de las apelaciones relativas al reembolso, tenga en cuenta:

- Debemos darle una respuesta en un plazo de 60 días calendario después de haber recibido su apelación. Si nos solicita reembolsarle 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, tendremos que enviarle el pago a usted o al proveedor en un plazo de 30 días calendario. Si aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 6 **Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que lo están dando de alta demasiado pronto**

Cuando lo ingresan en un hospital, usted 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 personal del hospital se la comunicará.

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

- 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 dos días siguientes a su ingreso en el hospital, recibirá un aviso por escrito denominado *An Important Message from Medicare about Your Rights* (Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos). Todos los miembros de Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien del hospital (por ejemplo, un asistente social o una enfermera), pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita asistencia, llame al Servicio al Cliente o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

- 1. Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga.** Le informa sobre:
 - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante su hospitalización y después de esta, según lo indique 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 del alta hospitalaria si considera que lo están dando de alta del hospital demasiado pronto. Esta constituye una manera legal y formal de pedir un retraso en la fecha del alta para que su atención hospitalaria se cubra por 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 usted ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no indica su fecha del alta. Firmar el aviso **no significa** que usted esté de acuerdo con la fecha del alta.
- 3. Guarde la copia** del aviso en un lugar práctico para tener acceso a 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 dos días antes de su fecha del alta, recibirá otra copia antes de la fecha programada para el alta.

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

- Para consultar una copia de este aviso por adelantado, puede llamar a Servicio al Cliente o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver el aviso en Internet, en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.

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

Si desea pedir que cubramos los servicios hospitalarios para pacientes internados durante un tiempo más prolongado, tendrá que recurrir al 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 en cualquier momento, llame a Servicio al Cliente. O llame al SHIP, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Compruebe si su fecha prevista del alta es médicamente apropiada para usted.

- La **Organización para la mejora de la calidad** se compone de un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a los que les paga Medicare para que controlen y ayuden a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar las fechas del alta del hospital para las personas que tienen Medicare. 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 rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

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

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

Actúe rápido:

- Para presentar la apelación, debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad *antes* de que se vaya del hospital y **no después de la medianoche el día de su alta**.
 - **Si usted cumple con este plazo**, podrá permanecer en el hospital *después* de la fecha del alta *sin que deba pagar por ello* mientras espera la decisión de la Organización para la mejora de la calidad.
 - **Si no cumple con este plazo** y decide quedarse en el hospital después de la fecha prevista del alta, *es posible que deba pagar todos los costos* correspondientes a la atención hospitalaria que reciba después de la fecha prevista del alta.
 - Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad sobre su apelación, y aún desea presentar una apelación, debe presentarla directamente ante nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 6.4.

Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta del hospital, la Organización para la mejora de la calidad se comunicará con nosotros. Antes del mediodía del día siguiente a que hayamos sido contactados, le entregaremos un **Aviso detallado del alta**. En este aviso se indica su fecha prevista del alta y se explican 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.

Para obtener una muestra del **Aviso detallado del alta**, puede llamar a Servicio al Cliente o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver un aviso de muestra en línea, en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.

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 creen 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 y nosotros les hayamos dado.
- Antes del mediodía del día después de que los revisores nos informen sobre su apelación, usted recibirá de parte nuestra un aviso por escrito en el que se le indicará su fecha prevista del alta. 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.

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

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 de su apelación.

¿Qué sucede si la aceptan?

- Si la organización de revisión la *acepta*, **debemos seguir prestándole servicios hospitalarios cubiertos para pacientes internados 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 la *rechaza*, significa que la fecha prevista del alta 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 la respuesta de su apelación.
- Si la organización de revisión *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 al día en que la Organización para la mejora de la calidad le dé la respuesta de su apelación.

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 avanzará al *Nivel 2* del proceso de apelaciones.

Sección 6.3

Paso a paso: 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 su decisión sobre su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que usted deba pagar el costo total de la hospitalización posterior a la fecha prevista del alta.

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

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad nuevamente 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 *haya rechazado* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en que finalizó su cobertura para atención médica.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud para una apelación de Nivel 2, los revisores de la Organización para la mejora de la calidad decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.

Si la organización de revisión 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 en que la Organización para la mejora de la calidad rechazó su primera apelación. **Debemos seguir brindando la cobertura de atención hospitalaria para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos, y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión la rechaza:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron sobre 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 desea continuar con el proceso de revisión.

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

- Hay otros tres niveles en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibirá después de su decisión de apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 8 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Capítulo 7 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas).**Sección 6.4 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital?****Término legal**

A la revisión rápida (o apelación rápida) también se la denomina **apelación acelerada**.

Puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explicó anteriormente, deberá actuar con rapidez para iniciar la apelación de Nivel 1 de su fecha de alta hospitalaria. Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad, hay otra forma de presentar su apelación.

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

Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 *alternativa***Paso 1: Comuníquese con nosotros y pídanos una revisión rápida.**

- **Pida una revisión rápida.** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos *rápidos* en lugar de los *estándares*. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

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

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su hospitalización. Verificamos si su fecha prevista del alta era médicamente apropiada. Observamos si la decisión sobre cuándo debería irse del hospital fue justa y cumplió con todas las normas.

Paso 3: Le comunicaremos nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas después de que usted pida una revisión rápida.

- **Si aceptamos su apelación,** significa que estamos de acuerdo con que usted sigue necesitando la hospitalización después de la fecha del alta. Continuaremos prestándole servicios hospitalarios cubiertos para pacientes internados durante el tiempo que sean médicamente necesarios. También significa que aceptamos reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Usted debe pagar la parte que le corresponde de los costos, y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).

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

- **Si rechazamos su apelación**, estamos diciendo que su fecha prevista del alta era médicamente adecuada. Nuestra cobertura de los servicios hospitalarios para pacientes internados finaliza el día en que dijimos que finalizaría la cobertura.
 - Si permaneció en el hospital *después* de su fecha prevista del alta, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha prevista del alta.

Paso 4: Si rechazamos su apelación rápida, su caso se enviará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de apelaciones de Nivel 2 *alternativo*

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 contratada por Medicare. No tiene ninguna relación con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es la correcta o si se debería cambiar. Medicare supervisa su trabajo.

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

- Estamos obligados a enviar la información de su apelación de Nivel 2 a la organización de revisión independiente dentro de un plazo de 24 horas a partir del momento en que le hayamos informado que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar una queja. La Sección 9 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

Paso 2: La organización de revisión independiente hace una revisión rápida de su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación del alta del hospital.
- **Si esta organización acepta su apelación**, debemos reembolsarle la parte que nos corresponde de la atención hospitalaria que usted recibió desde la fecha prevista del alta. También debemos seguir brindando la cobertura del plan para sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante el tiempo que sean médicamente necesarios. Usted deberá seguir pagando la parte que le corresponde de los costos. Si tiene limitaciones de cobertura, estas podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.

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

- Si esta organización **rechaza su apelación**, significa que están de acuerdo en que la fecha prevista del alta era médicamente apropiada.
 - El aviso por escrito que reciba de la organización de revisión independiente le indicará cómo iniciar una apelación de Nivel 3 con el proceso de revisión, que es manejada por un juez administrativo o un mediador.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, usted decide si desea aceptar su decisión, o avanzar hacia la apelación de Nivel 3.
- La Sección 8 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si usted siente que su cobertura está terminando demasiado pronto

Sección 7.1	<i>Esta sección trata solo acerca de tres servicios: servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF)</i>
--------------------	---

Cuando recibe **servicios de atención médica a domicilio, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (centro de rehabilitación integral para pacientes externos)** 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 los tres tipos de atención, estamos obligados a decírselo por anticipado. Cuando finalice su cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar la parte que nos corresponde del costo de 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 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas).

Sección 7.2 Le comunicaremos por adelantado cuándo finalizará su cobertura

Término legal

Aviso de no cobertura de Medicare. Le informa sobre 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. **Usted recibirá un aviso por escrito**, al menos, dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. El aviso le informará sobre:
 - La fecha en la que dejaremos de cubrir su atención.
 - Cómo solicitar una *apelación rápida* para pedirnos que continuemos cubriendo su atención durante un período más prolongado.
2. **Se le pedirá a usted o a alguien que actúe en su nombre, que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.** Firmar el aviso *solo* demuestra que usted ha recibido la información sobre cuándo finalizará su cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con la decisión del plan de suspender la atención.

Sección 7.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más prolongado

Si desea pedirnos que cubramos su atención durante un período más prolongado, deberá usar 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.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicio al Cliente. O llame al SHIP, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente adecuada.

- La **Organización para la mejora de la calidad** se compone de un grupo de médicos y otros expertos de la salud a los que le paga Medicare para que controlen y ayuden a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare. Esto incluye la revisión 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.

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

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 rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*Aviso de no cobertura de Medicare*) le explica cómo puede comunicarse con esta organización. O 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 previo a la fecha de entrada en vigencia** que figura en el *Aviso de no cobertura de Medicare*.
- Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad, y aún desea presentar una apelación, debe presentarla directamente ante nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 7.5.

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

Término legal
Explicación detallada de no cobertura. Aviso que brinda detalles sobre los motivos de la finalización de 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 creen 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 también consultará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que le haya dado nuestro plan.
- Al final del día en que los revisores nos informan sobre su apelación, usted recibirá la **Explicación detallada de no cobertura** de parte nuestra donde se explicarán detalladamente las razones por las cuales queremos finalizar la cobertura de sus servicios.

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

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

¿Qué sucede si los revisores la aceptan?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, entonces **debemos seguir prestándole los 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 la 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 (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, puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 7.4	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más prolongado
--------------------	---

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión sobre su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que usted 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 (CORF) *después* de la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad nuevamente para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad *haya rechazado* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta

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

revisión solo si siguió recibiendo la atención después de la fecha en que finalizó su cobertura.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días después de recibir su solicitud de apelación, los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión la acepta?

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. **Debemos seguir brindando la 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 la rechaza?

- Significa que están de acuerdo con la decisión tomada sobre 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 avanzar hacia el siguiente nivel de apelación, que es manejado por un juez administrativo o un mediador.

Paso 4: Si la rechaza, usted tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación.

- Hay otros tres niveles de apelación después del Nivel 2 (lo que representa un total de cinco niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibirá después de su decisión de apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 8 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

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

Sección 7.5 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?

Puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explicó anteriormente, deberá actuar con rapidez para iniciar la apelación de Nivel 1 (en uno o dos días, como máximo) Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad, hay otra forma de presentar su apelación. Si usa esta otra forma de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes*.

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

Término legal

A la *revisión rápida* (o *apelación rápida*) también se la denomina **apelación acelerada**.

Paso 1: Comuníquese con nosotros y pídanos una revisión rápida.

- **Pida una revisión rápida.** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos *rápidos* en lugar de los *estándares*. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

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

- Durante esta revisión, volvemos a analizar toda la información sobre su caso. Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando establecimos la fecha para finalizar la cobertura del plan para los servicios que usted estaba recibiendo.

Paso 3: Le comunicaremos nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas después de que usted pida una revisión rápida.

- **Si aceptamos su apelación,** significa que estamos de acuerdo con que usted necesita esos servicios durante más tiempo, y seguiremos prestándole los servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios. También significa que aceptamos reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Usted debe pagar la parte que le corresponde de los costos, y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación,** entonces su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esa fecha.
- Si continuó 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 (CORF) *después* de la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura, **usted deberá pagar el costo total** de esta atención.

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

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

Término legal
El nombre formal para la <i>organización de revisión independiente</i> es Entidad de revisión independiente . A veces se la denomina IRE (del inglés “Independent Review Entity”).

Paso a paso: Proceso de apelaciones de Nivel 2 *alternativo*

Durante la apelación de Nivel 2, una **organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos sobre su *apelación rápida*. Esta organización determina si la decisión se debe cambiar. **La organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare**. Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Es una empresa que Medicare elige para que sea la organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Enviamos automáticamente su caso a la organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información de su apelación de Nivel 2 a la organización de revisión independiente dentro de un plazo de 24 horas a partir del momento en que le hayamos informado que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar una queja. La Sección 9 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

Paso 2: La organización de revisión independiente hace una revisión rápida de su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización *acepta* su apelación**, debemos reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que usted recibió desde la fecha en que le informamos que finalizaría su cobertura. También debemos seguir cubriendo la atención mientras sea médicamente necesaria. Usted deberá seguir pagando la parte que le corresponde de los costos. Si tiene limitaciones de cobertura, estas podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación**, significa que está de acuerdo con la decisión que tomó nuestro plan sobre su primera apelación y no la cambiará.
- En el aviso que reciba de la organización de revisión independiente, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea avanzar a una apelación de Nivel 3.

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

Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibirá después de su decisión de apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es revisada por un juez administrativo 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 al Nivel 3 y más allá

Sección 8.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

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

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico por el que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda avanzar hacia otros niveles de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. La respuesta por escrito que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

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

Apelación de Nivel 3 Un juez administrativo 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 una decisión tomada en una apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted. Si decidimos apelar, avanzará a una apelación de Nivel 4.
 - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o brindarle la atención médica en un plazo de 60 días calendario después de que recibamos 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. Podemos esperar la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindarle la atención médica en cuestión.

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

- **Si el juez administrativo o mediador rechaza su apelación, el proceso de apelaciones puede concluir o no.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión de rechazar 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 en el caso de una apelación de Nivel 4.

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

- **Si se acepta su apelación o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable para una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones puede concluir o no.** A diferencia de una 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 brindarle la atención médica en un plazo de 60 días calendario después de que recibamos la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
 - Si se rechaza su apelación o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.
 - Si usted decide aceptar esta decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo continuar con una apelación de Nivel 5.

Apelación de Nivel 5 Un juez del Tribunal Federal de Distrito 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 después del Tribunal Federal de Distrito.

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

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 *solo* se aplica a determinados tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden tratarse a través del proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	¿Está insatisfecho con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otro comportamiento negativo	¿Alguien ha sido descortés o le ha faltado el respeto? ¿Está insatisfecho con la manera en que lo han tratado en Servicio al Cliente? ¿Le parece que lo están alentando a dejar nuestro plan?
Tiempos de espera	¿Está teniendo problemas para conseguir una cita o tiene que esperar demasiado para conseguirla? ¿Ha tenido que esperar demasiado a médicos u otros profesionales de la salud? ¿O ha tenido que esperar demasiado por Servicio al Cliente u otro personal de nuestro plan? <ul style="list-style-type: none"> ○ Entre los ejemplos, se incluye esperar demasiado en el teléfono, en la sala de espera o de consulta.
Limpieza	¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o el consultorio de un médico?
Información que obtiene de nosotros	¿No le hemos dado un aviso con la debida antelación? ¿Nuestra información escrita es difícil de comprender?

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

Queja	Ejemplo
<p>Puntualidad (Estos tipos de quejas se relacionan con la <i>puntualidad</i> de nuestras medidas respecto de las decisiones de cobertura y las apelaciones).</p>	<p>Si ha pedido una decisión de cobertura o ha presentado una apelación, y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido puede presentar una queja por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos:</p> <p>Nos ha pedido una <i>decisión de cobertura rápida</i> o ha solicitado una <i>apelación rápida</i>, y rechazamos su pedido; puede presentar una queja.</p> <p>Considera que no estamos cumpliendo con los plazos para las decisiones de cobertura o apelaciones, puede presentar una queja.</p> <p>Considera que no estamos cumpliendo con los plazos para reembolsarle o cubrir determinados artículos o servicios médicos que fueron aprobados; puede presentar una queja.</p> <p>Considera que no hemos cumplido los plazos exigidos para remitir su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.</p>

Sección 9.2 Cómo presentar una queja

Términos legales

- Una **queja** también se denomina **reclamo**.
- **Presentar una queja** también se denomina **interponer un reclamo**.
- **Utilizar el proceso de quejas** también se denomina **usar el proceso para interponer un reclamo**.
- Una **queja rápida** también se denomina **reclamo acelerado**.

Sección 9.3 Paso a paso: Presentación de una queja

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

- **Habitualmente, el primer paso consiste en llamar a Servicio al Cliente.** Si debe hacer algo más, Servicio al Cliente 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.

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

- Si no podemos resolver su queja por teléfono, tenemos un procedimiento formal para revisar su queja. A esto lo llamamos el Procedimiento de reclamos formales de Baylor Scott & White Health Plan. Todos los reclamos formales relacionados con la calidad de la atención recibirán una respuesta por escrito. Para que Baylor Scott & White Health Plan revise su reclamo formal, debe presentarlo en un plazo de sesenta (60) días calendario después del evento o incidente sobre el cual tiene una queja.
 - Baylor Scott & White Health Plan reconocerá, investigará y resolverá todos los reclamos formales tan rápido como sea necesario según su estado de salud, pero a más tardar treinta (30) días calendario después de la fecha de recibir su reclamo formal. Baylor Scott & White Health Plan puede extender el plazo de 30 días hasta catorce (14) días si usted solicita la extensión o si Baylor Scott & White Health Plan justifica la necesidad de obtener información adicional y justifica que esta demora sería para su beneficio. Cuando Baylor Scott & White Health Plan extienda el plazo, le notificaremos inmediatamente por escrito el motivo del retraso.
- Baylor Scott & White Health Plan responderá a más tardar veinticuatro (24) horas después de recibir el reclamo que implique el rechazo de otorgar una solicitud de determinación de cobertura rápida o una redeterminación rápida, si aún no ha comprado o recibido el medicamento, si corresponde a su plan que está en disputa.
- El **plazo** para presentar una queja es de **60 días calendario** a partir del momento en que tuvo el problema sobre el que se quiere quejar.

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 en esa misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia, o si usted pide más tiempo, podemos demorar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque se rechazó su solicitud de una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida, le concederemos automáticamente 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 la totalidad o una parte de la queja o si no nos hacemos responsables del problema por el que se está quejando, incluiremos nuestras razones en la respuesta que le brindemos.

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

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

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

- **Puede presentar su queja directamente a la Organización para la mejora de la calidad.** La Organización para la mejora de la calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos de la salud a quienes el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes con Medicare. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

O

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

Sección 9.5 También puede informarle a Medicare acerca de su queja

Puede presentar una queja sobre Covenant Health Advantage (HMO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. 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 el
plan*

SECCIÓN 1 Introducción para cancelar su membresía en nuestro plan

Cancelar su membresía en Covenant Health Advantage (HMO) puede ser algo **voluntario** (cuando lo decide usted) o **involuntario** (cuando no es usted quien lo decide):

- Es posible que deje nuestro plan porque usted ha decidido que *quiere* dejarlo. Las Secciones 2 y 3 proporcionan información sobre la cancelación voluntaria de su membresía.
- También existen situaciones limitadas en las que nos vemos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 describe situaciones en las que debemos cancelar su membresía.

Si usted deja nuestro plan, este debe seguir proporcionándole atención médica y usted seguirá pagando su costo compartido 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 anual

Usted puede cancelar su membresía en nuestro plan durante el **Período de inscripción anual** (también conocido como *Período de inscripción abierta anual*). Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y medicamentos y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- **El Período de inscripción anual** es desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**.
- **Elija si desea mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año.** Si decide cambiarse a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura para medicamentos con receta.
 - Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
 - Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
- **Su membresía en nuestro plan se cancelará** cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

Capítulo 8 Cancelación de su membresía en el plan**Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage**

Tiene la oportunidad de hacer *un* cambio en su cobertura médica durante el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

- **El Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage** es desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo.
- **Durante el Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage** usted puede:
 - Cambiarse a otro plan de Medicare Advantage con o sin cobertura para medicamentos con receta.
 - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare durante 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 otro plan de Medicare Advantage o de que recibamos su solicitud para cambiarse a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos con receta 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 Covenant Health Advantage (HMO) pueden ser elegibles para cancelar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período de inscripción especial**.

Usted puede ser elegible para cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial si alguna de las siguientes situaciones aplica a su caso. Estos son solo ejemplos, para obtener la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):

- En general, cuando se muda.
- Si tiene Medicaid.
- Si rompemos nuestro contrato con usted.
- Si recibe atención en una institución, como un centro de cuidados o un hospital de atención a largo plazo (Long Term Care, LTC).
- Si está inscrito en el Programa de atención integral para personas de edad avanzada (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

Los períodos de inscripción varían según cada caso.

Capítulo 8 Cancelación de su membresía en el plan

Para saber si es elegible para un Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para 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:

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

Generalmente, su membresía se cancelará el primer día del mes después de que se reciba su solicitud para cambiar de plan.

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

Si tiene alguna pregunta sobre la cancelación de su membresía, puede:

- **Comunicarse con Servicio al Cliente.**
- Encontrar la información en el manual *Medicare & You 2024* (Medicare y Usted 2024).
- Comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 **¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?**

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

Si desea cambiarse de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
<ul style="list-style-type: none"> • Otro plan de salud de Medicare. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. • Su inscripción en Covenant Health Advantage (HMO) se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura en el nuevo plan.
<ul style="list-style-type: none"> • Original Medicare <i>con</i> un plan separado de medicamentos con receta de Medicare. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare. <p>Su inscripción en Covenant Health Advantage (HMO) se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura en el nuevo plan.</p>

Capítulo 8 Cancelación de su membresía en el plan

Si desea cambiarse de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
<ul style="list-style-type: none"> Original Medicare <i>sin</i> un plan separado de medicamentos con receta de Medicare. 	<ul style="list-style-type: none"> Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicio al Cliente. También puede comunicarse con Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana y solicitar que le cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Su inscripción en Covenant Health Advantage (HMO) se cancelará cuando comience su cobertura de Original Medicare.

Nota: Si también cuenta con una cobertura acreditable para medicamentos con receta (por ejemplo, un plan de medicamentos con receta [Prescription Drug Plan, PDP] independiente) y cancela la inscripción de esa cobertura, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si luego se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare después de haber estado sin cobertura acreditable para medicamentos con receta durante 63 días seguidos o más.

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

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

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

SECCIÓN 5 Covenant Health Advantage (HMO) debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?

Covenant Health Advantage (HMO) debe cancelar su membresía en el plan en cualquiera de los siguientes casos:

- Si ya no tiene la Parte A ni la Parte B de Medicare.
- Si se muda fuera del área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
 - Si se muda o realiza un viaje largo, comuníquese con Servicio al Cliente para averiguar si el lugar al que se mude o al que viaje está en el área de nuestro plan.
- Si lo encarcelan (va a prisión).
- Si ya no es ciudadano de los Estados Unidos o no está legalmente presente en los Estados Unidos.
- Si intencionalmente nos brinda información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para ser miembro de nuestro plan. (No podemos hacer que deje nuestro plan por esta razón, a menos que primero recibamos permiso de Medicare).
- Si permanentemente se comporta de una forma que sea perturbadora y nos dificulte brindarles atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos hacer que deje nuestro plan por esta razón, a menos que primero recibamos permiso de Medicare).
- Si deja que otra persona use su tarjeta de miembro para obtener atención médica. (No podemos hacer que deje nuestro plan por esta razón, a menos que primero recibamos permiso de Medicare).
 - Si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el Inspector general investigue su caso.
- Si no paga las primas del plan durante dos meses calendario.
 - Debemos avisarle por escrito que tiene dos meses calendario para pagar la prima del plan antes de que cancelemos su membresía.

Capítulo 8 Cancelación de su membresía en el plan

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, llame a Servicio al Cliente.

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

Covenant Health Advantage (HMO) no está autorizado a pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si le parece que le están pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con su salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

Sección 5.3	Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan
--------------------	---

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, tenemos la obligación de darle por escrito nuestros motivos para dicha cancelación. Además, debemos explicarle cómo puede presentar un reclamo o una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

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 (CMS). Además, es posible que se apliquen otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no están incluidas ni explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

No discriminamos por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historia médica, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud de Bajo Costo, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o norma que se aplique por cualquier otra razón.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud en cuanto a discriminación o un trato que no ha sido imparcial, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del 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 consultar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en <https://www.hhs.gov/ocr/index.html>.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos a Servicio al Cliente. Si tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, Servicio al Cliente puede ayudarlo.

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare en los que Medicare no es el pagador principal. Según las regulaciones de los CMS en el Título 42, Secciones 422.108 y 423.462 del CFR, Covenant Health Advantage (HMO), 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.

CAPÍTULO 10:

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 10 Definiciones de palabras importantes

“Ayuda adicional”: un programa de Medicare o del Estado que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

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

Área de servicio: zona geográfica en la que debe vivir para inscribirse en un determinado plan de salud. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales usted puede utilizar, también suele ser el área en la que puede obtener servicios de rutina (que no sean de emergencia). El plan debe cancelar su inscripción si usted se muda fuera del área de servicio del plan de manera permanente.

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

Autorización previa: aprobación por adelantado para obtener servicios. En la Tabla de beneficios del Capítulo 4, se señalan los servicios cubiertos que necesitan autorización previa.

Auxiliar de atención médica a domicilio: una persona que presta servicios que no necesitan las habilidades de enfermeros o terapeutas certificados, como ayudar con la atención personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse o realizar ejercicios prescritos).

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

Centro de atención de enfermería especializada (SNF): servicios de atención de enfermería especializada y rehabilitación especializada prestados todos los días de manera continua en un centro de atención de enfermería especializada. Algunos ejemplos de atención incluyen fisioterapia o las inyecciones intravenosas que solo puede aplicar un enfermero matriculado o un médico.

Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF): un centro que presta principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y del lenguaje, y servicios de evaluación del entorno en el hogar.

Centro quirúrgico ambulatorio: un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que opera exclusivamente con el propósito de prestar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y cuya estadía prevista en el centro no supera las 24 horas.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): es la agencia federal que administra Medicare.

Capítulo 10 Definiciones de palabras importantes

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 para medicamentos con receta estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando pasan a ser elegibles para Medicare, por lo general, pueden mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse en un plan de cobertura para medicamentos con receta de Medicare más adelante.

Cobertura para medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare): seguro que lo ayuda a pagar los medicamentos con receta para pacientes externos, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no cubren la Parte A ni la Parte B de Medicare.

Copago: un monto que pueden pedirle que pague como la parte que le corresponde del costo de un servicio o suministro médico, como una consulta con el médico, una consulta hospitalaria como paciente externo o un medicamento con receta. Un copago es un monto fijo (por ejemplo, \$10), más que un porcentaje.

Coseguro: un monto que pueden pedirle que pague, expresado en forma de porcentaje (por ejemplo, 20%), como la parte que le corresponde de los costos de los servicios.

Costo compartido: se refiere a los montos que un miembro tiene que pagar cuando recibe servicios. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) un deducible que el plan puede imponer antes de cubrir los servicios; (2) un *copago* fijo que un plan exige cuando se recibe un servicio específico; o (3) un *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 de 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 que se brinda en un centro de cuidados, un hospicio u otro centro cuando usted no requiere atención médica especializada o atención de enfermería especializada. El cuidado asistencial que pueden brindar personas que no tienen habilidades ni preparación profesionales incluye ayuda con actividades cotidianas como bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse y levantarse de la cama o sentarse y levantarse de la silla, desplazarse, e ir al baño. También puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas realizan por sí mismas, como ponerse gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado asistencial.

Deducible: el monto que usted 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 servicios o artículos están cubiertos o cuánto le corresponde pagar a usted por los servicios o artículos cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan *decisiones de cobertura* en este documento.

Capítulo 10 Definiciones de palabras importantes

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 atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y si es una mujer embarazada, al hijo por nacer), un miembro o la función de un miembro o que sufra la pérdida o deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.

Equipo médico duradero (DME): ciertos equipos médicos indicados por su médico por razones médicas. Algunos ejemplos son 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 de saldos: cuando un proveedor (como un médico u hospital) le factura al paciente más que el monto del costo compartido permitido del plan. Como miembro de Covenant Health Advantage (HMO), usted 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* ni que le cobren, de otra manera, más que el monto del costo compartido que su plan indica que usted debe pagar.

Hospicio: un beneficio que proporciona un tratamiento especial a un miembro que ha sido certificado médicamente como enfermo terminal, lo que significa que tiene una esperanza de vida de 6 meses o menos. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si elige un hospicio y continúa pagando las primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Podrá seguir recibiendo todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Hospitalización: es cuando lo ingresan formalmente al hospital para que reciba servicios médicos especializados. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un *paciente externo*.

Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (Supplemental Security Income, SSI): un beneficio mensual que paga el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que son discapacitadas, están ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son iguales a los beneficios del Seguro Social.

Medicaid (o asistencia médica): un programa conjunto estatal y federal que ayuda a solventar los costos médicos de ciertas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid pueden variar, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y Medicaid.

Capítulo 10 Definiciones de palabras importantes

Medicamento necesario: servicios, suministros o medicamentos que 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 han confirmado los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Monto máximo que paga de su bolsillo: el monto máximo que usted 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 paga por las primas de la Parte A y de la Parte B de Medicare no se tienen en cuenta en el monto máximo que paga de su bolsillo. Además del monto máximo que paga de su bolsillo para los servicios médicos cubiertos de la Parte A y la Parte B, también existe un monto máximo que paga de su bolsillo para ciertos tipos de servicios.

Organización para la mejora de la calidad (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 con Medicare.

Original Medicare (Medicare Tradicional o plan de Medicare con pago por servicio): Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no por planes de salud privados tales como los planes de 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. Puede consultar con cualquier médico, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga la parte que le corresponde del monto aprobado por Medicare, y usted paga la parte que le corresponde a usted. Original Medicare tiene dos partes: La Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todas partes de los Estados Unidos.

Parte C: consulte Plan Medicare Advantage (MA).

Parte D: el Programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare.

Capítulo 10 Definiciones de palabras importantes

Período de beneficios: la manera en que nuestro plan y Original Medicare miden su uso de los servicios de los hospitales y el centro de atención de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficios comienza el día en el que ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no haya recibido atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. No hay un límite en la cantidad de períodos de beneficios.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: el plazo de tiempo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de marzo en que los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar sus inscripciones en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage, u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare durante 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.

Período de inscripción anual: período comprendido entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año, en el que los miembros pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos o cambiarse a Original Medicare.

Período de inscripción especial: un tiempo establecido para que los miembros puedan cambiar sus planes 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 las siguientes: si se muda fuera del área de servicio, si se muda a un centro de cuidados o si no cumplimos 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 por primera vez para recibir Medicare. Si es elegible para Medicare cuando cumpla 65 años, el Período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza tres meses antes del mes en que cumpla 65 años, incluye el mes en que cumpla 65 años y termina tres meses después del mes en que cumpla 65 años.

Plan de necesidades especiales para afecciones crónicas (Chronic-Care Special Needs Plan, C-SNP): los C-SNP son Planes para necesidades especiales (Special Needs Plans, SNP) que restringen la inscripción a personas elegibles de Medicare Advantage que sufren una o más afecciones crónicas severas o incapacitantes, según la definición de la sección 422.2 del Título 42 del CFR, incluida la restricción de la inscripción en función de varias agrupaciones de afecciones por lo general comórbidas y relacionadas clínicamente especificadas en la sección 422.4(a)(1)(iv) del Título 42 del CFR.

Plan de necesidades especiales: un tipo especial de plan de Medicare Advantage que proporciona una atención médica más específica para determinados grupos de personas, como aquellas que tienen Medicare y Medicaid, que viven en centros de cuidados o que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Capítulo 10 Definiciones de palabras importantes

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare ofrecido por 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 inscriban en el plan. Incluye todos los planes de Medicare Advantage, los planes de Medicare Cost, los planes de necesidades especiales, los Programas piloto/de demostración y los Programas de atención integral para personas de edad avanzada (PACE).

Plan de una Organización de proveedores preferidos (PPO): un plan de una Organización de proveedores preferidos es un plan de Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros del plan por un monto de pago específico. Un plan de PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, independientemente de si los brindan proveedores dentro o fuera de la red. El costo compartido del miembro será generalmente superior cuando reciba los beneficios del plan de proveedores fuera de la red. Los planes de PPO tienen un límite anual de costos que paga de su bolsillo por servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite más alto de total combinado de costos que paga de su bolsillo por servicios de proveedores de la red (preferidos) y fuera de la red (no preferidos).

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 (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 (Medical Savings Account, MSA) de Medicare. 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 llaman planes de **Medicare Advantage con cobertura para medicamentos con receta**. Covenant Health Advantage (HMO) no ofrece cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

Plan PACE: un plan PACE combina servicios médicos y sociales y servicios y apoyos 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 sus beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

Planes de necesidades especiales de elegibilidad doble (Dual Eligible Special Needs Plans, D-SNP): los D-SNP inscriben a personas que tienen derecho tanto a Medicare (título XVIII de la Ley de Seguridad Social) como a la asistencia médica de un plan estatal de Medicaid (título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, dependiendo del estado y de la elegibilidad del individuo.

Póliza Medigap (seguro complementario de Medicare): seguro complementario de Medicare que venden compañías de seguros privadas para cubrir los **períodos sin cobertura** de Original Medicare. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan de Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Capítulo 10 Definiciones de palabras importantes

Prima: el pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de salud por cobertura de salud o de medicamentos con receta.

Prótesis y órtesis: dispositivos médicos que incluyen, entre otros, dispositivos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o una función interna del cuerpo, como suministros para ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Proveedor de atención primaria (PCP): el médico u otro proveedor con quien 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 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 están autorizados o certificados por Medicare y el 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 ha celebrado un contrato con nuestro plan para coordinar o prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no emplea, reconoce ni dirige nuestro plan.

Queja: el nombre formal para *presentar una queja es interponer un reclamo*. El proceso de quejas se aplica *solo* a determinados tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También incluye las quejas si su plan no respeta los plazos en el proceso de apelación.

Reclamo: tipo de queja que usted presenta sobre nuestro plan o proveedores, por ejemplo, una queja relacionada con la calidad de su atención. No involucra disputas de cobertura ni de pago.

Servicio al Cliente: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía, sus beneficios, sus reclamos y sus apelaciones.

Servicios cubiertos por Medicare: son los 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 visión, cuidado dental o audición, que puede ofrecer un plan de Medicare Advantage.

Servicios cubiertos: el término que utilizamos para referirnos a todos los suministros y servicios de atención médica cubiertos por nuestro plan.

Capítulo 10 Definiciones de palabras importantes

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Servicios de urgencia: servicios cubiertos que no son de emergencia, prestados cuando los proveedores de la red no se encuentran disponibles, no es posible comunicarse con ellos temporalmente, o cuando el afiliado se encuentra fuera del área de servicio. Por ejemplo, si necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser de necesidad inmediata y médicamente necesarios.

Subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS): consulte “Ayuda adicional”.



Multi-Language
Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-833-442-2405. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-833-442-2405. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-833-442-2405。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-833-442-2405。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-833-442-2405. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-833-442-2405. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-833-442-2405 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-833-442-2405. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-833-442-2405 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-833-442-2405. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم بمساعدتك. هذه خدمة مجانية. سيقوم شخص ما يتحدث العربية 1-833-442-2405 فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-833-442-2405 पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-833-442-2405. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portugués: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-833-442-2405. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-833-442-2405. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-833-442-2405. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-833-442-2405 にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。



Baylor Scott & White
Health Plan

CovenantHealth 
Advantage

Aviso de No Discriminación

Baylor Scott & White Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Baylor Scott & White Health Plan no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Baylor Scott & White Health Plan:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - Información escrita en otros formatos (letra grande y formatos electrónicos accesibles)
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes capacitados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Oficial de Cumplimiento de Baylor Scott & White Health Plan al 1-214-820-8888 o envíe un correo electrónico a HPCCompliance@BSWHealth.org

Si cree que Baylor Scott & White Health Plan no ha brindado estos servicios o ha sido discriminado de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal con:

Baylor Scott & White Health Plan, Compliance Officer
1206 West Campus Drive, Suite 151
Temple, Texas 76502

Línea de ayuda de cumplimiento; 1-888-484-6977 o
<https://app.mycompliancereport.com/report?cid=swhp>

Puede presentar una queja en persona o por correo, en línea o por correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, el Oficial de Cumplimiento está disponible para ayudarlo.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web
<https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html>.

Servicio al Cliente de Covenant Health Advantage (HMO)

Método	Servicio al Cliente: información de contacto
LLAME AL	<p>1-833-442-2405</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Puede comunicarse del 1 de octubre al 31 de marzo, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (excepto los principales días festivos); y del 1 de abril al 30 de septiembre, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (excepto los principales días festivos).</p> <p>Servicio al Cliente también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Puede comunicarse del 1 de octubre al 31 de marzo, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (excepto los principales días festivos); y del 1 de abril al 30 de septiembre, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (excepto los principales días festivos).</p>
ESCRIBA A	<p>Baylor Scott & White Health Plan Customer Service 1206 West Campus Drive Temple, Texas 76502</p>
SITIO WEB	<p>BSWHealthPlan.com/Medicare</p>

Programa de Defensa y Asesoramiento de Información sobre la Salud de Texas (HICAP)

El Programa de Defensa y Asesoramiento de Información sobre la Salud de Texas (HICAP) es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Método	Información de contacto
LLAME AL	1-800-252-9240
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	Texas Department of Insurance P.O. Box 149104 Austin, Texas 78714
SITIO WEB	http://www.tdi.texas.gov/consumer/hicap

Declaración sobre la divulgación de la Ley de Reducción de Papel (PRA). De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona tiene la obligación de responder a una recopilación de información, a menos que esta tenga 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.