

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2023

Evidencia de Cobertura:

Sus beneficios y servicios de salud de Medicare como asegurado de UT CARE™ Medicare PPOSM

Este documento le proporciona los detalles sobre su cobertura médica de Medicare del 1 de abril al 31 de diciembre de 2023.

Este es un documento legal importante. Consérvelo en un lugar seguro.

Si tiene preguntas acerca de este documento, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente al 1-877-842-7562 para obtener más información. (Los usuarios de TTY deben llamar a 711.) Los horarios son las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

HCSC ofrece este plan, UT CARE™ Medicare PPOSM. (Cuando en esta *Evidencia de Cobertura* se mencionan las palabras “nosotros”, “nos” o “nuestro”, esto hace referencia a HCSC. Cuando se mencionan las palabras “el plan” o “nuestro plan”, significa UT CARE™ Medicare PPO).

Las coberturas PPO son proporcionadas por Blue Cross and Blue Shield of Texas, que se refiere a HCSC Insurance Services Company (HISC) y GHS Insurance Company (GHSIC). Los planes PPO para grupos de empleados/sindicatos son proporcionados por Health Care Service Corporation (HCSC), una compañía mutua de reserva legal. HCSC, HISC y GHSIC son concesionarios independientes de Blue Cross and Blue Shield Association. HCSC, HISC y GHSIC son organizaciones de Medicare Advantage con un contrato de Medicare. La inscripción en estos planes depende de la renovación del contrato.

Este documento está disponible de forma gratuita en español.

Los beneficios, las primas, los deducibles o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1.º de enero de 2023.

La red de proveedores puede cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario. Notificaremos a los inscritos afectados sobre los cambios con al menos 30 días de anticipación.

Este documento explica sus beneficios y derechos. Utilice este documento para comprender los siguientes puntos:

- La prima y los gastos compartidos de su plan;
- Sus beneficios médicos;
- El procedimiento para presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento;
- La forma de comunicarse con nosotros si necesita más ayuda; y,
- Otras protecciones exigidas por la ley de Medicare.

Tabla de contenidos**Evidencia de cobertura para 2023****Tabla de contenidos**

CAPÍTULO 1:	<i>Inicio como miembro</i>	4
SECCIÓN 1	Introducción	5
SECCIÓN 2	¿Qué requisitos debe reunir para ser elegible como miembro del plan?	6
SECCIÓN 3	Materiales importantes de membresía que recibirá	7
SECCIÓN 4	Sus costos mensuales para UT CARE Medicare PPO	8
SECCIÓN 5	Más información sobre su prima mensual	10
SECCIÓN 6	Mantenga actualizado su registro de asegurados	10
SECCIÓN 7	Funcionamiento de un plan médico adicional con nuestro plan	11
CAPÍTULO 2:	<i>Números telefónicos y recursos importantes</i>	13
SECCIÓN 1	Contactos de UT CARE™ Medicare PPO (cómo comunicarse con nosotros, e incluye cómo contactarse con el Servicio de Atención al Cliente)	14
SECCIÓN 2	Medicare (cómo recibir asistencia e información directamente del programa federal de Medicare)	20
SECCIÓN 3	Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (asistencia gratuita, información y respuestas a sus consultas sobre Medicare)	22
SECCIÓN 4	Organización para el Mejoramiento de la Calidad	22
SECCIÓN 5	Seguro Social	23
SECCIÓN 6	Medicaid	24
SECCIÓN 7	Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario	24
SECCIÓN 8	¿Tiene algún "seguro grupal" o algún otro seguro de gastos médicos proporcionado por un empleador?	25
CAPÍTULO 3:	<i>Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos</i>	26
SECCIÓN 1	Conceptos que usted debe conocer acerca de cómo obtener cobertura para atención médica como miembro de nuestro plan	27
SECCIÓN 2	Utilizar profesionales que están dentro y fuera de la red para obtener su atención médica	28

Tabla de contenidos

SECCIÓN 3	Cómo obtener servicios cubiertos si tiene una emergencia o requiere atención necesaria de urgencia o durante un desastre	32
SECCIÓN 4	Cómo proceder si usted recibe la factura directamente por los gastos totales de los servicios	34
SECCIÓN 5	¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando usted participa en un “estudio de investigación clínica”?	35
SECCIÓN 6	Normas para obtener atención cubierta en un “centro religioso no médico dedicado a la salud”	37
SECCIÓN 7	Normas para la adquisición de propiedad de equipo médico duradero	38
CAPÍTULO 4:	<i>Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)</i>	40
SECCIÓN 1	Explicación de los gastos de su bolsillo por servicios cubiertos	41
SECCIÓN 2	Use la <i>Tabla de Beneficios Médicos</i> para saber qué está cubierto y cuánto pagará	43
SECCIÓN 3	¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?	44
CAPÍTULO 5:	<i>Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos incluidos</i>	49
SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe solicitarnos el pago de nuestra parte del costo de sus servicios incluidos	50
SECCIÓN 2	Cómo solicitar un reintegro o pago de una factura que usted ha recibido	52
SECCIÓN 3	Consideraremos su solicitud de pago y le responderemos afirmativa o negativamente	53
CAPÍTULO 6:	<i>Sus derechos y responsabilidades</i>	54
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como asegurado del plan	55
SECCIÓN 2	Usted tiene ciertas responsabilidades como miembro del plan	70
CAPÍTULO 7:	<i>¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)</i>	72
SECCIÓN 1	Introducción	73
SECCIÓN 2	Dónde puede obtener más información y asistencia personalizada	73
SECCIÓN 3	¿Qué proceso debe utilizar para tratar sus problemas?	74

Tabla de contenidos

SECCIÓN 4	Una guía de los conceptos básicos de decisiones de cobertura y apelaciones	75
SECCIÓN 5	Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura	78
SECCIÓN 6	Cómo solicitarnos la cobertura de una internación en el hospital más prolongada si usted considera que el médico le está dando el alta demasiado pronto	87
SECCIÓN 7	Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que la cobertura finaliza demasiado pronto	94
SECCIÓN 8	Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más	101
SECCIÓN 9	Cómo presentar un reclamo por la calidad de atención, tiempos de espera, atención al cliente u otros reclamos	103
CAPÍTULO 8:	<i>Finalización de su membresía en el plan</i>	108
SECCIÓN 1	Introducción a la finalización de su membresía en nuestro plan	109
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede finalizar su membresía a nuestro plan?	109
SECCIÓN 3	¿Cómo terminar su membresía en nuestro plan?	112
SECCIÓN 4	Hasta que finalice su membresía, debe continuar recibiendo sus servicios médicos a través de nuestro plan	113
SECCIÓN 5	UT CARE™ Medicare PPO debe cancelar su membresía a nuestro plan en ciertos casos	113
CAPÍTULO 9:	<i>Avisos legales</i>	115
SECCIÓN 1	Aviso de leyes aplicables	116
SECCIÓN 2	Aviso sobre no discriminación	116
SECCIÓN 3	Aviso sobre sus derechos de subrogación para pagadores secundarios de Medicare	116
CAPÍTULO 10:	<i>Definiciones de términos importantes</i>	118

CAPÍTULO 1:

Inicio como miembro

Capítulo 1. Inicio como miembro

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Usted está inscrito en UT CARE™ Medicare PPO, que es un PPO de Medicare

Usted tiene cobertura de Medicare y ha optado por obtener cobertura por atención médica de Medicare a través de nuestro plan, UT CARE™ Medicare PPO. Estamos obligados a cubrir todos los servicios de la parte A y la parte B. Sin embargo, los gastos compartidos y el acceso a proveedores en este plan difieren de Original Medicare.

UT CARE™ Medicare PPO es una cobertura PPO de Medicare Advantage (PPO significa Organización de Proveedores Participantes). Este plan no incluye la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.

La cobertura conforme a este Plan califica como una Cobertura Médica Calificada (QHC, en inglés) y cumple con el requerimiento de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, en inglés). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS, en inglés) en: www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Sección 1.2 ¿Qué información incluye el documento de *Evidencia de Cobertura*?

Este documento de *Evidencia de Cobertura* le indica cómo obtener su atención médica. Explica sus derechos y responsabilidades, qué está cubierto, qué paga como asegurado del plan y cómo presentar una queja si no está satisfecho con una decisión o tratamiento.

Los términos “cobertura” y “servicios incluidos” se refieren a la atención y servicios médicos que tiene disponibles como asegurado de UT CARE™ Medicare PPO.

Es importante que se informe sobre las reglas del plan y qué servicios están disponibles para usted. Le sugerimos que se tome un momento para familiarizarse con este documento de *Evidencia de Cobertura*.

Si tiene alguna confusión, preocupación o simplemente una pregunta, comuníquese con Servicio de Atención al Cliente.

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de Cobertura*

Esta *Evidencia de Cobertura* es parte de nuestro contrato con usted acerca de cómo UT CARE™ Medicare PPO le brinda cobertura para su atención. Las demás partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción y los avisos que recibe de nosotros sobre cambios en su cobertura o condiciones que la afectan. Estos avisos a veces se llaman “cláusulas adicionales” o “enmiendas”.

Capítulo 1. Inicio como miembro

El contrato tiene vigencia durante los meses en los que está inscrito en UT CARE™ Medicare PPO entre el 1 de enero de 2023 y el 31 de diciembre de 2023.

Cada año natural, Medicare nos permite hacer cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de UT CARE™ Medicare PPO después del 31 de diciembre 2023. También podemos elegir dejar de ofrecer el plan u ofrecerlo en un área de servicio diferente, luego del 31 de diciembre de 2023.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar el plan UT CARE™ Medicare PPO cada año. Puede seguir con la cobertura de Medicare cada año como un asegurado de nuestro plan solo si decidimos continuar ofreciendo el plan y Medicare renueva su aprobación del plan.

SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos debe reunir para ser elegible como miembro del plan?

Sección 2.1 Requisitos que debe reunir

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan si cumple con los siguientes requisitos:

- Tiene Medicare Parte A y Medicare Parte B.
- -- y -- vive en nuestra área geográfica de cobertura de servicios (en la Sección 2.2 que se encuentra a continuación, se detalla nuestra área de servicio). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área geográfica de servicios, incluso si están ubicadas físicamente en él.
- -- y -- es ciudadano estadounidense o reside legalmente en los Estados Unidos.

Sección 2.2 Este es el área de cobertura de servicios del plan UT CARE™ Medicare PPO

UT CARE™ Medicare PPO está disponible solo para las personas que viven en nuestra área de servicio del plan.

Debido a que su cobertura se brinda a través de un contrato con su empleador o sindicato actual o anterior, su plan tiene un área de servicio nacional, definida como cualquier lugar de los Estados Unidos. Para continuar siendo miembro de nuestro plan, debe seguir residiendo en el área de servicio del plan nacional.

Si planea mudarse fuera del área de servicio, llame al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento) para proporcionarnos su nueva dirección postal.

Capítulo 1. Inicio como miembro

También es importante que llame al Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Puede encontrar los números telefónicos y la información de contacto para el Seguro Social en el Capítulo 2, Sección 5.

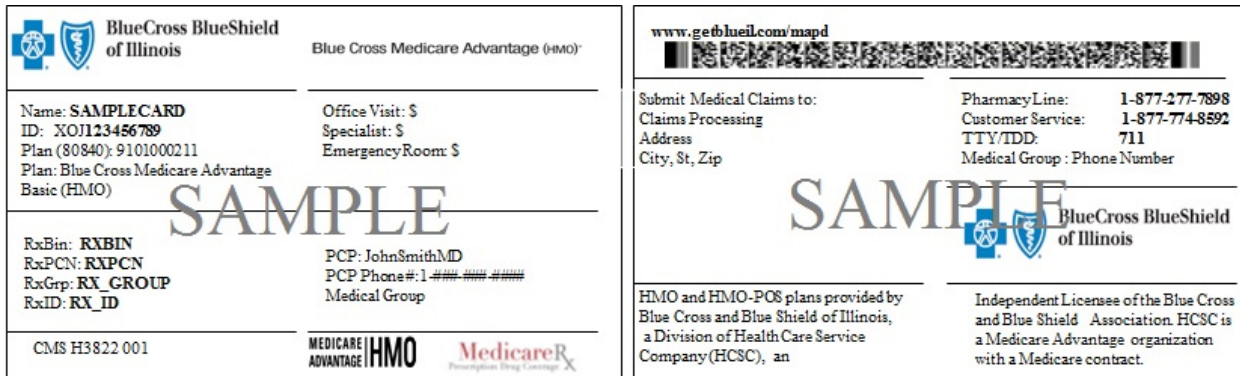
Sección 2.3 U.S. Ciudadano o Residente Legal

Un miembro de un plan de salud de Medicare debe ser ciudadano estadounidense o residir legalmente en Estados Unidos. Medicare (los Centros de servicios de Medicare y Medicaid) le enviará una notificación a UT CARE™ Medicare PPO si usted no es elegible para permanecer como asegurado sobre esta base. UT CARE™ Medicare PPO cancelará su inscripción si no cumple con los requisitos.

SECCIÓN 3 Materiales importantes de membresía que recibirá

Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan

Mientras sea asegurado de nuestro plan, debe presentar su tarjeta de membresía cuando reciba servicios incluidos por este plan. Además, deberá mostrar al proveedor su tarjeta de Medicaid, si corresponde. Este es un modelo de tarjeta de membresía para que vea cómo será la suya:



No utilice su tarjeta de Medicare roja, blanca ni azul para los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa la tarjeta de Medicare en lugar de la tarjeta de membresía de UT CARE™ Medicare PPO , es posible que usted mismo deba pagar el costo total de los servicios médicos. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que le soliciten mostrar su tarjeta si necesita servicios hospitalarios, servicios en centros de cuidados paliativos o si necesita participar en los estudios de investigación clínica de rutina, también llamados ensayos clínicos, aprobados por Medicare.

En caso de destrucción, extravío o robo de su tarjeta de membresía, llame al Servicio de Atención al Cliente inmediatamente y le enviaremos una tarjeta nueva.

Capítulo 1. Inicio como miembro

Sección 3.2 Directorio de Proveedores

En el *Directorio de Proveedores*, se indican nuestros proveedores que forman parte de la red. **Los proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, proveedores de equipos médicos duraderos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un contrato con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago total.

Estos proveedores han acordado prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. La lista más reciente de proveedores se encuentra en nuestro portal Blue Access for Members (BAM). Como participante en este plan, no es necesario que utilice un proveedor que forma parte de la red para recibir la cobertura conforme a su plan. Puede buscar atención de cualquier profesional de la salud que acepte Medicare. Sus niveles de beneficios son los mismos, sin importar si utiliza o no un proveedor que forma parte de la red.

¿Por qué debe saber qué proveedores forman parte de nuestra red? Como miembro de nuestro plan, puede elegir recibir atención de profesionales de la salud que no forman parte de la red. Nuestro plan incluirá los servicios de los profesionales que forman o no forman parte de la red, siempre que los servicios sean beneficios incluidos y sean necesarios desde el punto de vista médico. Si no tiene una copia del Directorio de proveedores, puede solicitarla a través del Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo). Puede solicitar más información sobre los proveedores de la red al Departamento de Servicios para Miembros, incluso una descripción de sus calificaciones. También puede consultar el Directorio de proveedores que se encuentra en nuestro portal Blue Access for Members (BAM). Servicio al Cliente puede brindarle la información más actualizada con respecto a los cambios en nuestros proveedores de la red.

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para UT CARE Medicare PPO

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del Plan (Sección 4.1)
- Prima Mensual de la Parte B (Sección 4.2)
- Prima de Beneficios Complementarios Opcionales (Sección 4.3)

En algunos casos, su prima del plan podría ser menor

Las primas de la Parte B de Medicare varían de acuerdo con los diferentes ingresos de las personas. Si tiene preguntas sobre estas primas, revise la copia del manual *Medicare y Usted 2023*, la sección denominada “Costos de Medicare para el 2023”. Si necesita una copia, puede descargarla desde el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O bien, puede solicitar una copia impresa por teléfono llamando al

Capítulo 1. Inicio como miembro

1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.1 Prima del Plan

Su cobertura se proporciona a través de un contrato con su empleador actual o ex empleador, o sindicato. Comuníquese con el administrador de beneficios del empleador o del sindicato para obtener información sobre la prima de su plan.

Varios miembros deben pagar otras primas de Medicare

Además de pagar la prima mensual del plan, muchos asegurados deben pagar otras primas de Medicare. Como se explicó anteriormente en la Sección 2, para ser elegible para nuestro plan, debe tener tanto la Parte A como la Parte B de Medicare. Algunos asegurados del plan (los que no tienen derecho a la Parte A sin prima) pagan una prima por la Parte A de Medicare. La mayoría de los asegurados del plan pagan una prima por la Parte B de Medicare. **Debe continuar pagando su prima de Medicare para seguir siendo asegurado del plan.**

Su copia del manual *Medicare y Usted 2023* le brinda información sobre estas primas en la sección denominada "Costos de Medicare 2023". Esto explica cómo la prima de la Parte B de Medicare difiere para las personas con diferentes ingresos. Todos los beneficiarios de Medicare reciben un ejemplar del manual *Medicare y usted 2023* cada año en otoño. Los nuevos miembros de Medicare reciben una copia dentro del mes de haberse inscrito. También puede descargar una copia del manual *Medicare y Usted 2023* desde el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O bien, puede solicitar una copia impresa por teléfono llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

Su cobertura se proporciona a través de un contrato con su empleador actual o ex empleador, o sindicato. Comuníquese con el administrador de beneficios del empleador o del sindicato para obtener información sobre la prima de su plan.

Varios miembros deben pagar otras primas de Medicare

Debe continuar pagando su prima de Medicare para seguir siendo asegurado del plan. Esto incluye su prima para la Parte B. También puede incluir una prima para la Parte A que afecta a los asegurados que no son elegibles para la Parte A sin prima.

Capítulo 1. Inicio como miembro

Sección 4.3 Prima de Beneficio Suplementario Opcional

Si se inscribió para recibir beneficios adicionales, también denominados “beneficios suplementarios opcionales”, entonces pagará una prima adicional cada mes para estos beneficios extra. Consulte el Capítulo 4, Sección 2.2 para obtener más detalles.

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual

Sección 5.1 Existen varias formas en las que usted puede pagar su prima del plan

Para obtener información sobre el monto de la prima que le corresponde o los métodos de pago de esta, comuníquese con el administrador de beneficios de su empleador/sindicato.

Sección 5.2 ¿Podemos cambiar su prima de plan mensual durante el año?

No. No está permitido cambiar el monto que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si se realiza alguna modificación a la prima mensual del plan del año siguiente, se lo informaremos en septiembre, y el cambio entrará en vigor el 1 de enero.

SECCIÓN 6 Mantenga actualizado su registro de asegurados

Su registro de membresía contiene información de su formulario de inscripción e incluye su dirección y número de teléfono. Muestra la cobertura específica de su plan.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y demás proveedores de la red del plan deben tener información correcta acerca de usted. **Estos proveedores que forman parte de la red se basan en el documento que lo acredita como asegurado para verificar qué medicamentos están incluidos y los montos de gastos compartidos.** Por esta razón, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos sobre los siguientes cambios:

- Cambios de nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico que usted tenga (como la de su empleador, el empleador de su cónyuge, la indemnización por accidentes de trabajo o Medicaid).
- Si tiene cualquier reclamo por responsabilidad civil, como reclamos por accidentes de automóvil.
- Si se lo ha internado en una residencia para ancianos.

Capítulo 1. Inicio como miembro

- Si recibe atención en un hospital o en una sala de emergencias fuera del área o fuera de la red.
- Si cambia la persona responsable designada (como su cuidador).
- Si participa en un estudio de investigación clínica (**Nota:** No está obligado a informar a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que desea participar, pero lo alentamos a que lo haga).

Si esta información sufre alguna modificación, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente a fin de informarnos al respecto (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento).

También es importante que se contacte con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Puede encontrar los números telefónicos y la información de contacto para el Seguro Social en el Capítulo 2, Sección 5.

SECCIÓN 7 Funcionamiento de un plan médico adicional con nuestro plan

Medicare nos exige reunir información sobre cualquier cobertura adicional de seguro médico o medicamentos que tenga. Esto se debe a que debemos coordinar cualquier otra cobertura que tenga con los beneficios que le corresponden según nuestro plan. Esto se denomina **Coordinación de Beneficios**.

Una vez por año, recibirá una carta en la que se enumerará cualquier cobertura adicional de seguro médico o medicamentos de los que tengamos conocimiento. Lea esta información detenidamente. Si es correcta, no es necesario que haga nada. Si la información es incorrecta o si tiene otra cobertura que no figura en la lista, llame al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento). Es posible que deba proporcionar su número de identificación de miembro del plan a sus otros seguros médicos (una vez que haya confirmado su identidad), para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Si tiene un plan médico adicional (como cobertura médica grupal del empleador), existen reglas establecidas por Medicare que estipulan quién paga primero, si nuestro plan o su plan médico adicional. El seguro que paga primero se denomina “pagador principal” y paga hasta los límites de su cobertura. El seguro que paga segundo se denomina “pagador secundario”, y solo paga si hay costos que la cobertura principal no abonó. Puede que el pagador secundario no abone todos los costos que no fueron cubiertos. Si tiene un plan médico adicional, informe a su médico, hospital y farmacia.

Estas reglas tienen validez para la cobertura de planes de salud grupales ofrecidos por el empleador o el sindicato:

- Si tiene cobertura de jubilación, Medicare paga primero.

Capítulo 1. Inicio como miembro

- Si la cobertura de su plan de salud grupal está basada en su empleo actual o en el empleo actual de un familiar, el responsable de pagar primero depende de su edad, la cantidad de personas que emplea su empleador y si tiene Medicare por edad, discapacidad o insuficiencia renal en etapa terminal (IRET):
 - Si es menor de 65 años, está discapacitado y usted o su familiar todavía trabajan, el plan de salud grupal pagará primero si el empleador tiene 100 empleados o más, o si al menos un empleador de un plan de múltiples empleadores tiene más de 100 empleados.
 - Si es mayor de 65 años y usted o su cónyuge siguen trabajando, el plan de salud grupal pagará primero si el empleador tiene 20 empleados o más, o si al menos un empleador de un plan de múltiples empleadores tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare por IRET, el plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de que se vuelva elegible para Medicare.

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

- Seguro sin determinación de culpabilidad (incluye seguro de automóvil).
- Responsabilidad (incluye seguro de automóvil).
- Beneficios por neumoconiosis.
- Indemnización por accidentes de trabajo.

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

CAPÍTULO 2:

Números telefónicos y recursos importantes

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

SECCIÓN 1 Contactos de UT CARE™ Medicare PPO (cómo comunicarse con nosotros, e incluye cómo contactarse con el Servicio de Atención al Cliente)

Cómo comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros de nuestro plan

Para obtener asistencia con las reclamaciones, la facturación o consultas por la tarjeta de membresía, llame o escriba al Departamento de Servicios para Miembros de UT CARE Medicare PPO. Nos complacerá ayudarlo.

Método	Departamento de Servicios para Miembros: información de contacto
LLAME AL	1-877-842-7562 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días feriados. El Departamento de Servicios para Miembros también tiene servicios gratuitos de interpretación de idiomas para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días feriados.
FAX	1-855-895-4747
ESCRÍBANOS	Customer Service P.O. Box 4555 Scranton, PA 18505

Cómo contactarnos para consultar sobre una decisión de cobertura referente a su atención médica

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

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

No dude en comunicarse con nosotros si tiene alguna consulta sobre nuestro proceso de decisión de cobertura.

Método	Decisiones de cobertura de atención médica: información de contacto
LLAME AL	1-877-842-7562 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días feriados.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días feriados.
FAX	1-855-874-4711
ESCRÍBANOS	Blue Cross Medicare Advantage c/o Appeals P.O. Box 663099 Dallas, TX 75266

Cómo contactarnos para presentar una apelación por su atención médica

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

Método	Apelaciones por atención médica: información de contacto
LLAME AL	1-877-842-7562 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días feriados.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Si

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

Método	Apelaciones por atención médica: información de contacto
	llama entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días feriados.
FAX	Apelación Estándar: 1-800-419-2009 Apelación Acelerada (Rápida): 1-800-338-2227
ESCRÍBANOS	Blue Cross Medicare Advantage c/o Appeals P.O. Box 663099 Dallas, TX 75266

Cómo contactarnos para presentar una queja por su atención médica

Puede presentar una queja sobre nosotros o uno de los proveedores de nuestra red, incluso quejas sobre la calidad de la atención. Este tipo de queja no incluye disputas por cobertura o pagos. (Si tiene un problema relacionado con la cobertura o el pago del plan, debe consultar la sección anterior sobre cómo presentar una apelación). Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene algún problema o queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Quejas por atención médica: información de contacto
LLAME AL	1-877-842-7562 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días feriados.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días feriados.
FAX	1-855-674-9189
ESCRÍBANOS	Blue Cross Medicare Advantage c/o Grievances Box 4288 Scranton, PA 18505

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

Método	Quejas por atención médica: información de contacto
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre UT CARE Medicare PPO directamente ante Medicare. Para enviar una queja en línea a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Cómo contactarnos para presentar una solicitud de decisiones de cobertura referente a sus medicamentos recetados de la Parte D

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y cobertura o sobre la suma que pagaremos por los medicamentos recetados cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en el plan. Para obtener más información sobre la solicitud de decisiones de cobertura por sus medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 7 (*Qué hacer si tiene algún problema o queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Decisiones de cobertura por medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	1-877-842-7562 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días feriados.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días feriados.
FAX	1-800-693-6703
ESCRÍBANOS	Medicare Appeals Attn: Clinical Review Department 2900 Ames Crossing Road Eagan, MN 55121

Cómo contactarnos para presentar una apelación por sus medicamentos recetados de la Parte D

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para obtener más información sobre

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

cómo presentar una apelación por sus medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene algún problema o alguna queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Apelaciones por medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	1-877-842-7562 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días feriados.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días feriados.
FAX	1-800-693-6703
ESCRÍBANOS	UT CARE Medicare PPO Attn: Medicare D Clinical Review 2900 Ames Crossing Road Eagan, MN 55121

Cómo contactarnos para presentar una queja por sus medicamentos recetados de la Parte D

Puede presentar una queja sobre nosotros o una de las farmacias de nuestra red, lo cual incluye quejas sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no incluye disputas por cobertura o pagos. (Si su problema se relaciona con la cobertura o el pago del plan, debe consultar la sección anterior sobre cómo presentar una apelación). Para obtener más información sobre cómo presentar una queja por sus medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene algún problema o queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Quejas por medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	1-877-842-7562 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, se utilizarán

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

Método	Quejas por medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
	tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días feriados.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días feriados.
FAX	1-855-674-9189
ESCRÍBANOS	Blue Cross Medicare Advantage c/o Grievances Box 4288 Scranton, PA 18505
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre UT CARE Medicare PPO directamente ante Medicare. Para enviar una queja en línea a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Dónde enviar una solicitud para pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de atención médica o medicamentos que usted ha recibido

Para obtener más información sobre las situaciones en las que usted deba solicitarnos un reembolso o que paguemos una factura que recibió de un proveedor, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos incluidos*).

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

Método	Solicitud de pago médico: información de contacto
ESCRÍBANOS	Medical Claims Payment Request P.O. Box 4195 Scranton, PA 18505

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

Método	Solicitud de Pago de Medicamentos con Receta: Información de Contacto
ESCRÍBANOS	Prescription Drugs Claims Payment Request P.O. Box 20970 Lehigh Valley, PA 18002-0970

Método	Solicitud de pago de atención de urgencias internacionales o de atención médica urgente: información de contacto
ESCRÍBANOS	Blue Cross Blue Shield Global Core Service Center P.O. Box 2048 Southeastern, PA 19399
SITIO WEB:	www.bcbsglobalcore.com

SECCIÓN 2 Medicare

(cómo recibir asistencia e información directamente del programa federal de Medicare)

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

La agencia federal que administra Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (a veces llamados "CMS"). Esta agencia contrata los servicios de organizaciones Medicare Advantage, lo cual incluye nuestra institución.

Método	Medicare: Información de Contacto
LLAME AL	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o para hablar. Las llamadas a este número son gratuitas.
SITIO WEB:	www.medicare.gov

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes**Método Medicare: Información de Contacto**

Este es el sitio web oficial del gobierno de Medicare. En él, se brinda información actualizada de Medicare y temas actuales de Medicare. También se brinda información sobre hospitales, residencias para ancianos, médicos, agencias de atención médica domiciliaria y centros de diálisis. Se incluyen documentos que puede imprimir directamente de su computadora. También se pueden encontrar contactos de Medicare en su estado.

En el sitio web de Medicare, también encontrará información detallada sobre los requisitos que debe reunir para lograr la elegibilidad en Medicare y las opciones de inscripción con las siguientes herramientas:

- **Herramienta de Elegibilidad para Medicare:** proporciona información sobre el estado de elegibilidad para Medicare
- **Localizador de planes de Medicare:** Ofrece información personalizada sobre los planes de medicamentos con receta disponibles de Medicare, los seguros de gastos médicos de Medicare y las pólizas de Medigap (Seguro Suplementario de Medicare) en su área. Estas herramientas ofrecen un *cálculo aproximado* de sus gastos de bolsillo en los distintos planes de Medicare.

También puede usar el sitio web para informar a Medicare acerca de cualquier queja que tenga sobre UT CARE™ Medicare PPO:

- **Informe a Medicare sobre su queja:** puede presentar una queja sobre UT CARE™ Medicare PPO directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas en serio y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si no tiene computadora, puede usar una computadora de su biblioteca local o centro de la tercera edad para ingresar a este sitio web. O bien, puede llamar a Medicare e informarle qué información está buscando. Encontrarán la información en el sitio web y la revisarán con 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).

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (asistencia gratuita, información y respuestas a sus consultas sobre Medicare)

El Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP, en inglés) es un programa gubernamental con asesores capacitados en cada estado. Consulte el apéndice en la parte posterior de este documento para encontrar información sobre el SHIP en su estado.

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) es un programa estatal independiente (que no está relacionado con ninguna compañía de seguros o seguro de gastos médicos) que recibe dinero del gobierno federal para ofrecer asesoramiento local gratuito sobre seguros médicos a las personas con Medicare.

Los consejeros del Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) pueden ayudarle a comprender sus derechos de Medicare, a presentar quejas por la atención médica o el tratamiento que recibe y a solucionar cualquier problema con sus facturas de Medicare. Los consejeros del Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) pueden ayudarle si tiene preguntas o problemas relacionados con Medicare. Pueden ayudarle a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

MÉTODO PARA ACCEDER AL SHIP y OTROS RECURSOS:

- Visite www.medicare.gov
- Haga clic en "**Hable con alguien**" ("Talk to Someone") en el medio de la página de inicio
- Ahora tiene varias opciones:
 - Opción nro. 1: Puede tener un **chat en vivo con un representante de 1-800-MEDICARE**
 - Opción 2: puede seleccionar su **ESTADO** (STATE) en el menú desplegable y hacer clic en IR (GO). Esto lo llevará a una página con números de teléfono y recursos específicos para su estado.

SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad

En cada estado, funciona una Organización de Mejoramiento de Calidad designada para brindar servicios a los beneficiarios de Medicare. Consulte el apéndice en la parte posterior de este folleto para obtener una lista de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

La Organización para el Mejoramiento de la Calidad cuenta con un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por Medicare que controlan y ayudan a mejorar la calidad de la atención médica de personas con Medicare. La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es una organización independiente. No está asociada con nuestro plan.

Se debe comunicar con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad en cualquiera de estas situaciones:

- Si tiene una queja por la calidad de la atención que ha recibido.
- Si considera que el período de cobertura por su estadía en el hospital finalizará demasiado pronto.
- Si considera que el período de cobertura por servicios de atención médica domiciliaria, atención en centros de enfermería especializada o centros de rehabilitación integral ambulatoria (CORF) finalizará demasiado pronto.

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar los requisitos de elegibilidad para los beneficios de Medicare y de administrar las inscripciones a Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes permanentes legales de 65 años de edad o más, o las personas con discapacidades o Insuficiencia Renal en Etapa Terminal (ESRD, en inglés) que cumplan ciertos requisitos, son elegibles para Medicare. Si ya recibe cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no recibe los cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. Para solicitar Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar la oficina local del Seguro Social que le corresponda.

Si se muda o cambia su dirección postal, es importante que se contacte con su Seguro Social para hacerles saber de estos cambios.

Método	Seguro Social: información de contacto
LLAME AL	<p>1-800-772-1213</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Horario de atención de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes.</p> <p>Puede usar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunos trámites las 24 horas del día.</p>
TTY	<p>1-800-325-0778</p> <p>Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o para hablar.</p>

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

Método	Seguro Social: información de contacto
	Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes.
SITIO WEB:	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa mixto federal y estatal que brinda asistencia económica por gastos médicos a personas de bajos ingresos y recursos. Algunas personas que reciben beneficios de Medicare también pueden ser elegibles para Medicaid. Los programas que ofrece Medicaid ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos “Programas de Ahorro de Medicare” son:

- **Beneficiario Calificado de Medicaid (QMB, en inglés):** Ayuda a pagar las primas de Medicare Parte A y Parte B, y otros gastos compartidos (como deducibles, coseguros y copagos). (Algunas personas con QMB también pueden reunir los requisitos para ser elegibles y recibir los beneficios completos de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario especificado de Medicare con Bajos Recursos (SLMB, en inglés):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para todos los beneficios de Medicaid [SLMB+]).
- **Individuo elegible (QI, en inglés):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B
- **Individuos trabajadores y discapacitados elegibles (QDWI, en inglés):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con la agencia de Medicaid de su estado que figura en el anexo de la parte posterior de este documento.

SECCIÓN 7 Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario

La Junta de Retiro Ferroviario es una agencia federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores del ferrocarril de la nación y sus familias. Si recibe sus servicios de Medicare por medio de la Junta de Retiro Ferroviario, es importante que les haga saber si se muda o cambia de dirección postal. Si tiene alguna consulta con respecto a los beneficios que le corresponden de la Junta de Retiro Ferroviario, llame a la agencia.

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

Método	Junta de Retiro Ferroviario: Información de Contacto
LLAME AL	<p>1-877-772-5772</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Si presiona "0", puede hablar con un representante de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB, en inglés) los lunes, martes, jueves y viernes de 9:00 a. m a 3:30 p. m., y los miércoles de 9:00 a. m. a 12:00 p. m.</p> <p>Si presiona "1", puede acceder a la Línea de Ayuda automática de la RRB y a la información grabada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y los días festivos.</p>
TTY	<p>1-312-751-4701</p> <p>Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o para hablar.</p> <p>Las llamadas a estos números <i>no</i> son gratuitas.</p>
SITIO WEB:	rrb.gov/

SECCIÓN 8 ¿Tiene algún "seguro grupal" o algún otro seguro de gastos médicos proporcionado por un empleador?

Si usted (o su cónyuge) obtiene beneficios de su empleador o grupo de retiro (o el de su cónyuge) como parte de este plan, llame al administrador de beneficios del empleador/sindicato o al Servicio de Atención al Cliente si tiene alguna pregunta. Puede preguntar acerca de sus beneficios médicos, primas, o período de inscripción (o los de su cónyuge) del empleador o de retiro. (Los números telefónicos del Servicio de Atención al Cliente aparecen en la contraportada 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 usar la cobertura del plan
para sus servicios médicos*

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

SECCIÓN 1 Conceptos que usted debe conocer acerca de cómo obtener cobertura para atención médica como miembro de nuestro plan

En este capítulo, se explican los conceptos que usted necesita conocer sobre cómo obtener cobertura de su plan para atención médica. Proporciona las definiciones de ciertos términos y explica las normas que usted deberá seguir para recibir tratamientos, servicios, equipos, medicamento con receta y otros tipos de atención médica cubiertos por el plan.

Para obtener información detallada sobre el tipo de atención médica cubierta por nuestro plan y sobre qué parte del costo debe pagar cuando reciba esta atención, consulte el anexo Tabla de beneficios de la EOC.

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

- Los **“proveedores”** son los médicos y otros profesionales de la salud autorizados por el estado para proveer servicios y atención médica. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- Los **“Proveedores de la red”** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y su monto del costo compartido como pago total. Estos proveedores han acordado prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos emiten directamente una factura a nosotros por la atención que usted recibe. Cuando visite a un proveedor de la red, normalmente pagará solo la parte que le corresponde por el costo de los servicios cubiertos.
- Los **“Servicios cubiertos”** incluyen toda la atención médica, servicios de salud, suministros y equipos cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica que le corresponden se encuentran detallados en la Tabla de Beneficios en el anexo Beneficios de la EOC.

Sección 1.2 Normas básicas para obtener atención médica cubierta por el plan

Como plan de seguro de gastos médicos de Medicare, UT CARE™ Medicare PPO, debe cubrir todos los servicios incluidos en Original Medicare y debe cumplir todas las reglas de cobertura de Original Medicare.

UT CARE™ Medicare PPO en general cubrirá su atención médica si:

- **La atención médica que recibe se encuentra incluida en la Tabla de Beneficios Médicos del plan** (esta tabla se encuentra en el anexo Beneficios de la EOC).

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

- **La atención que recibe es considerada médicamente necesaria.** "De necesidad médica" significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos se necesitan para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de la afección médica y cumplen con estándares aceptados de la práctica médica.
- **Usted recibe atención de un proveedor que sea elegible para prestar servicios de Original Medicare.** Como asegurado de nuestro plan, puede recibir su atención de un proveedor que forma parte de la red o de un proveedor que no forma parte de la red (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2 en este capítulo).
 - Los proveedores de nuestra red figuran en el *Directorio de Proveedores*.
 - Si se atiende con un profesional que no forme parte de la red, es posible que su participación en los costos de los servicios cubiertos sea mayor.
 - Tenga en cuenta lo siguiente: Si bien puede recibir atención médica de un proveedor fuera de la red, el proveedor debe ser elegible para participar en Medicare. Excepto por la atención médica de emergencia, nosotros no podemos pagarle a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare. Si acude a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare, será responsable del costo total de los servicios que reciba. Consulte a su proveedor antes de recibir los servicios a fin de confirmar que sea elegible para participar en Medicare.

SECCIÓN 2 Utilizar profesionales que están dentro y fuera de la red para obtener su atención médica

Sección 2.1	Cómo recibir atención médica de especialistas y otros proveedores de la red
--------------------	--

Un especialista es un médico que provee servicios de atención médica para una enfermedad específica o parte del cuerpo. Existen muchos tipos de especialistas. Algunos ejemplos son los siguientes:

- Los oncólogos se ocupan de los pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos atienden a pacientes con afecciones cardíacas.
- Los médicos ortopedistas atienden a pacientes con ciertas afecciones óseas, articulares o musculares.

No se requieren remisiones a especialistas ni a otros proveedores de la red. Los miembros pueden autorremitirse (no se requiere notificación al plan).

Es posible que se necesite autorización previa para ciertos servicios (consulte el Capítulo 4 o la información que los servicios requieren autorización previa). La autorización puede obtenerse del plan. Usted o su proveedor, incluido un proveedor

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

no contratado, pueden preguntarle al plan antes de que se brinde un servicio si el plan lo cubrirá. Usted o su proveedor pueden solicitar que esta determinación sea por escrito. Este proceso se denomina determinación avanzada. Si le informamos que estos servicios no están cubiertos, usted, o su proveedor, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención. En el Capítulo 9 (Qué hacer si tiene algún problema o alguna queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]), encontrará más información sobre qué debe hacer si desea solicitarnos una decisión de cobertura o apelar una decisión que ya hemos tomado.

Si no tiene una determinación avanzada, también se puede obtener autorización de un proveedor de la red que refiera a un afiliado a un especialista fuera de la red del plan para un servicio, siempre y cuando dicho servicio no siempre esté explícitamente excluido de la cobertura del plan, como se explica en el Capítulo 4.

- Consulte la Tabla de Beneficios Médicos en el anexo Beneficios de la EOC para determinar qué servicios, dispositivos y equipos necesitan autorización previa como condición de pago antes de que se preste el servicio. Las solicitudes de autorización previa se revisan y determinan dentro del plazo estipulado por los estándares de los CMS, y deben cumplir con los criterios de necesidad médica.
- El médico solicitante debe presentar las autorizaciones previas por teléfono, fax o a través del portal electrónico del proveedor. Esta información de contacto se puso a disposición de todos los médicos. Un miembro o representante del miembro puede solicitar una autorización previa; sin embargo, el médico solicitante deberá participar para completar la información necesaria a fin de procesar la autorización previa.
- Un médico clínico de Blue Cross Group Medicare Advantage o un director médico (MD, en inglés) con suficiente experiencia médica y otros conocimientos, incluido el conocimiento de los criterios de cobertura de Medicare, revisa la solicitud de autorización previa antes de que Blue Cross Group Medicare Advantage emita la decisión de cobertura.
- UT CARE™ Medicare PPO requiere que los proveedores que forman parte de la red envíen solicitudes de autorización previa antes de brindar el servicio. En el caso de que necesite recibir servicios de emergencia, no se requiere autorización previa. Una admisión posterior de la sala o departamento de emergencias requerirá autorización previa.
- Los miembros que utilizan la opción PPO no están obligados a obtener autorización para los servicios fuera de la red; sin embargo, los servicios deben cumplir con los criterios de necesidad médica para estar cubiertos.
- Se recomienda a los miembros que elijan recibir servicios fuera de la red que notifiquen al plan sobre dichos servicios, de modo que el plan pueda ayudar al miembro con la coordinación de la atención.

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

- Si tiene preguntas sobre la autorización previa cuando viaje, llame al Servicio de Atención al Cliente.
- El programa Global Core brinda a los miembros que viajan fuera de Estados Unidos y sus territorios acceso a servicios de asistencia médica urgente y de emergencia, médicos y hospitales en más de 200 países en todo el mundo. Si tiene preguntas sobre qué atención médica está incluida cuando viaja, llame al Servicio de Atención al Cliente o acceda a la información en www.bcbsglobalcore.com.

¿Qué ocurre si un especialista u otro proveedor que forma parte de la red se retira de nuestro plan?

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

- Si bien nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le brindemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Nos esforzaremos por informarle con una antelación de al menos 30 días que su proveedor abandona su plan para que tenga tiempo para seleccionar un nuevo proveedor.
- Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor aprobado para continuar gestionando sus necesidades de atención médica.
- Si se está sometiendo a un tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no sea interrumpido, y trabajaremos con usted para garantizar que así sea.
- Si nuestra red no cuenta con un especialista calificado para un servicio cubierto por el plan, debemos cubrir ese servicio con los gastos compartidos dentro de la red.
- Si se entera que su médico o especialista abandona su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor y gestionar su atención.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor aprobado para reemplazar su proveedor anterior o que no se está gestionando su atención de forma adecuada, tiene derecho a presentar una queja por la calidad de la atención a la QIO, una inconformidad por la calidad de la atención al plan, o ambas. (Consulte el Capítulo 7)

Si necesita ayuda para encontrar un proveedor, llame al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento).

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

Sección 2.2 Cómo recibir atención médica de proveedores fuera de la red

Como asegurado de nuestro plan, puede elegir recibir atención de proveedores dentro o fuera de la red. Nuestro plan incluirá los servicios de los proveedores que forman o no forman parte de la red, siempre que los servicios sean beneficios cubiertos y sean de necesidad médica. Estos son otros datos importantes que debe saber sobre el uso de proveedores fuera de la red:

- Puede recibir atención de un proveedor que no forma parte de la red; sin embargo, en la mayoría de los casos, ese proveedor debe ser elegible para participar en Medicare. Excepto por la atención médica de emergencia, nosotros no podemos pagarle a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare. Si recibe atención de un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare, usted quizás tenga que pagar el costo total de los servicios que reciba. Consulte a su proveedor antes de recibir los servicios a fin de confirmar que sea elegible para participar en Medicare.
- No necesita obtener una remisión del médico o autorización previa cuando recibe atención de proveedores fuera de la red. Sin embargo, antes de recibir servicios de proveedores fuera de la red, es posible que desee solicitar una decisión de cobertura previa a la visita para confirmar que los servicios que recibe estén cubiertos y sean médicamente necesarios. (Consulte el Capítulo 7, Sección 4 para obtener información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura). Esto es importante porque:
 - Sin una decisión de cobertura previa a la visita, si más adelante determinamos que los servicios no están cubiertos o que no eran médicamente necesarios, podemos denegar la cobertura, y usted será responsable de todo el costo. Si le informamos que estos servicios no están cubiertos, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención. Consulte el Capítulo 7 (*Qué hacer si usted tiene un problema o queja*) para saber cómo presentar una apelación.
- Lo mejor es pedirle a un proveedor fuera de la red que primero facture al plan. Sin embargo, si usted ya pagó por los servicios cubiertos, le reembolsaremos nuestra parte del costo. O si un proveedor fuera de la red le envía una factura que usted considera que debemos pagar, puede enviarnosla para que efectuemos el pago. Consulte el Capítulo 5 (*Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos incluidos*) para obtener información sobre qué hacer si recibe una factura o si necesita solicitar un reembolso.

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cubiertos si tiene una emergencia o requiere atención necesaria de urgencia o durante un desastre

Sección 3.1 Atención en casos de emergencia médica
--

¿Qué es una “emergencia médica” y cómo proceder en caso de tener una?

Una **“emergencia médica”** ocurre cuando usted u otra persona prudente no experta en medicina, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, consideran que presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar el fallecimiento (y, si se trata de una mujer embarazada, fallecimiento del bebé nonato), la pérdida de una extremidad o de una función de esta, o la pérdida o incapacitación grave de las funciones corporales. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor grave o una afección médica que empeora rápidamente.

En caso de una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda cuanto antes.** Llame al 911 para obtener ayuda o concurra a la sala de emergencias o al hospital más cercano. Llame para solicitar una ambulancia en caso de necesitar una. *No* es necesario obtener primero la aprobación ni la remisión médica de su PCP. No es necesario que use un médico que forma parte de la red. Puede obtener atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con una licencia estatal adecuada, incluso si no forman parte de nuestra red.
- **En cuanto pueda, verifique que se haya informado a nuestro plan acerca de su emergencia.** Debemos realizar el seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona deberá llamarnos para informarnos de su atención de emergencia, generalmente dentro de un plazo de 48 horas. Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente al 1-877-842-7562 (TTY: 711). El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días feriados.

Servicios que están cubiertos en una emergencia médica

Usted puede recibir atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier lugar de Estados Unidos o sus territorios.

Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones en las que el traslado a la sala de emergencia con otro medio de transporte podría poner en peligro su salud. Para obtener más información, consulte la Tabla de Beneficios Médicos en el anexo Beneficios de la EOC.

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

Los médicos que le proveen atención de emergencia determinarán cuándo su estado es estable y si la emergencia médica ha concluido.

Una vez que haya finalizado la emergencia, usted tendrá derecho a recibir cuidado de seguimiento para verificar que su estado continúe estable. Sus médicos continuarán tratándolo hasta que sus médicos se comuniquen con nosotros y planeen atención adicional. El cuidado de seguimiento está cubierto por nuestro plan.

¿Qué ocurre si no era una emergencia médica?

A veces, es difícil determinar cuándo se tiene una emergencia médica. Por ejemplo, usted podría consultar por una atención de emergencia (porque cree que su salud corre grave peligro) y el médico podría determinar que, en realidad, no se trató de una emergencia médica. Si se determina que no tuvo una emergencia médica (siempre que justificadamente haya creído que su salud corría grave peligro), cubriremos la atención que recibió.

Sección 3.2 Atención en casos de servicios requeridos urgentemente

¿Qué son los “servicios requeridos urgentemente”?

Los “servicios requeridos urgentemente” son enfermedades, lesiones o afecciones médicas imprevistas, que no son de emergencia, que requieren atención médica inmediata. La afección imprevista podría ser, por ejemplo, un brote imprevisto de una afección conocida que usted tiene.

¿Qué sucede cuando está en el área de servicio del plan y tiene una necesidad urgente de atención?

Si ocurre una situación urgente, debe ir directamente al centro de atención médica más cercano para recibir tratamiento. Cubriremos el servicio de acuerdo con su beneficio. Para más detalles, consulte el Anexo de Beneficios del EOC.

¿Qué sucede cuando usted está fuera del área de servicio del plan cuando requiere atención médica inmediata?

Como asegurado de nuestro plan, puede elegir recibir atención de proveedores dentro o fuera de la red. Nuestro plan incluirá los servicios de los profesionales que forman o no forman parte de la red, siempre que los servicios sean beneficios cubiertos y sean de necesidad médica. Sus gastos compartidos son los mismos para los proveedores dentro y fuera de la red. Consulte el Capítulo 3 (cómo utilizar la cobertura del plan para sus servicios médicos) a fin de obtener información más específica. Nuestro plan cubre los servicios de urgencia y emergencia en todo el mundo fuera de los Estados Unidos conforme a las siguientes circunstancias: si están fuera de los Estados Unidos, los miembros solo pueden obtener los servicios que se clasificarían como servicios de emergencia y urgencia si estuvieran cubiertos dentro de los Estados

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

Unidos. Esta cobertura también puede incluir servicios de ambulancia en todo el mundo. Comuníquese con el plan para obtener más información al 877-299-1008.

Sección 3.3 Cómo obtener atención médica durante un desastre

Si el gobernador de su estado, la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos o el Presidente de Estados Unidos declara un estado de desastre o emergencia en su área geográfica, igualmente podrá recibir atención de su plan.

SECCIÓN 4 Cómo proceder si usted recibe la factura directamente por los gastos totales de los servicios

Sección 4.1 Puede hablar con nosotros para que paguemos nuestra parte del costo por los servicios cubiertos

Si ha pagado un monto mayor que el que corresponde a su gasto compartido en servicios incluidos, o si ha recibido una factura por el costo total de los servicios médicos incluidos, consulte el Capítulo 5 (*Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos incluidos*), donde obtendrá más información sobre cómo proceder en estos casos.

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

UT CARE™ Medicare PPO cubre todos los servicios de necesidad médica; estos servicios se enumeran en la Tabla de Beneficios Médicos del plan (esta tabla se encuentra en el anexo Beneficios de la EOC). Si recibe servicios no cubiertos por nuestro plan o servicios obtenidos fuera de la red y no fueron autorizados, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios que no están cubiertos por nuestro plan, ya sea porque no son servicios cubiertos por el plan o porque no se siguieron las normas del plan.

En el Capítulo 7 (Qué hacer si tiene algún problema o alguna queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]), encontrará más información sobre qué debe hacer para solicitarnos una decisión de cobertura o si desea apelar una decisión que ya hemos tomado. También puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros a fin de obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo).

En el caso de servicios incluidos que tienen una limitación de beneficios, usted pagará el monto total por el costo de cualquier servicio que usted reciba después de haber

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

agotado el beneficio para ese tipo de servicio incluido. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros a fin de consultar cuánto usó del límite del beneficio.

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

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

Los médicos y científicos realizan estudios de investigación clínica (también llamados “ensayos clínicos”) para probar nuevos tipos de atención médica, como por ejemplo, observar la acción de un nuevo medicamento para el cáncer. Ciertos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare normalmente solicitan voluntarios para participar en el estudio.

Una vez que Medicare haya aprobado el estudio, y usted demuestre interés, alguien que trabaje en él se comunicará con usted para brindarle más información al respecto y verificar que reúna los requisitos establecidos por los científicos que realizan el estudio. Puede participar en el estudio, siempre y cuando reúna los requisitos para este y comprenda y acepte por completo las condiciones de participación en el estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare se hace responsable del pago de la mayor parte de los costos de los servicios cubiertos que reciba como parte del estudio. Si nos informa que usted está en un ensayo clínico calificado, entonces solo es responsable de los gastos compartidos que forman parte de la red por los servicios en ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó el monto de gastos compartidos de Original Medicare, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y los gastos compartidos que forman parte de la red. Sin embargo, deberá proporcionar documentación para mostrarnos cuánto pagó. Cuando participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo los demás servicios que requiere para su atención (la atención que no está relacionada con el estudio) por medio de nuestro plan.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* necesita obtener nuestra aprobación ni la de su médico de atención primaria (PCP, en inglés). *No* es necesario que los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica sean proveedores de la red de nuestro plan.

Aunque no necesita obtener el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, lo alentamos a que nos notifique con anticipación cuando decida participar en ensayos clínicos calificados por Medicare.

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

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

Si tiene la intención de participar en un estudio de investigación clínica, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo) para informar que participará en un ensayo clínico y obtener detalles más específicos acerca de lo que pagará su plan.

Sección 5.2 Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica, ¿a quién le corresponde pagar cada gasto?

Al registrarse en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Original Medicare cubre los elementos y servicios de rutina que recibe como parte del estudio, que incluyen lo siguiente:

- Habitación y comidas por estancias en el hospital que Medicare pagaría aunque usted no participara en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si es parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de los efectos colaterales y las complicaciones de la nueva atención.

Después de que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre los gastos compartidos de Original Medicare y su gasto compartido dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará la misma suma por los servicios que recibe como parte del estudio que la suma que pagaría si recibiera estos servicios de parte de nuestro plan. Sin embargo, debe presentar documentación que demuestre cuánto gasto compartido pagó. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre el envío de solicitudes de pago.

Este es un ejemplo de cómo funcionan los gastos compartidos: digamos que se le realiza una prueba de laboratorio que cuesta \$100 como parte del estudio de investigación. Supongamos también que su parte del costo de estos análisis es de \$20 con Original Medicare, pero la prueba solo sería de \$10 si se aplicaran los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría \$80 para la prueba y nosotros pagaríamos los \$20 de copago requeridos conforme a Original Medicare. Luego, usted notificará a su plan que recibió un servicio de ensayo clínico calificado y enviará documentación como una factura del proveedor al plan. Luego, el plan le pagaría directamente \$10. Por lo tanto, su pago neto es de \$10, el mismo monto que pagaría con los beneficios bajo nuestro plan. Tenga en cuenta que para recibir el pago de su plan, debe presentar documentación a su plan, como una factura del proveedor.

Quando usted participa en un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán los siguientes servicios:**

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

- Generalmente, Medicare *no* pagará por el nuevo artículo o servicio que el estudio está probando a menos que Medicare cubriera el artículo o servicio aun si usted *no* participara en un estudio.
- Artículos y servicios que usted o cualquier participante recibe del estudio de manera gratuita.
- Artículos o servicios provistos solamente para recopilar datos y no utilizados directamente para su atención médica. Por ejemplo, Medicare no cubre los gastos por TC mensuales que se realizan como parte del estudio si su afección médica normalmente requeriría solo una TC.

Más información

Puede obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica visitando 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 cubierta en un "centro religioso no médico dedicado a la salud"

Sección 6.1 ¿Qué es un centro religioso no médico dedicado a la salud?

Un centro religioso no médico dedicado a la salud es un centro que provee atención para una afección que normalmente se trataría en un hospital o centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de enfermería especializada contradice las creencias religiosas de un miembro, nuestro plan proveerá cobertura para atención en un centro religioso no médico dedicado a la salud. Este beneficio se provee únicamente para servicios de internación de la Parte A (servicios de atención que no sean médicos). Medicare solo pagará por servicios no médicos de atención médica brindados por instituciones no médicas religiosas de atención médica.

Sección 6.2 Obtener atención médica en un centro religioso no médico dedicado a la salud

Para recibir atención en un centro religioso no médico dedicado a la salud, deberá firmar un documento legal en el que declare que se opone por razones de conciencia a recibir tratamientos médicos "no exceptuados".

- La atención o los tratamientos médicos "no exceptuados" se refiere a cualquier tipo de atención o tratamiento médico *voluntario* y *no exigido* por las leyes federales, estatales o locales.

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

- Los tratamientos médicos “exceptuados” se refieren a cualquier tipo de atención o tratamiento médico que usted reciba que *no* sea voluntario o *sea exigido* conforme a las leyes federales, estatales o locales.

Para recibir cobertura de nuestro plan, el cuidado que usted recibe de una institución no médica religiosa de atención médica debe cumplir las siguientes condiciones:

- El centro que proporciona la atención médica debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de servicios de nuestro plan que usted recibe está limitada a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución provistos en un centro, se deben cumplir las siguientes condiciones:
 - debe tener una afección médica que le permitiría recibir servicios cubiertos para atención en hospital para pacientes internados o atención en centros de enfermería especializada.
 - – y – debe obtener aprobación previa de nuestro plan antes de ingresar al centro; de lo contrario, su internación no estará cubierta.

Consulte la sección Pacientes internados en el anexo Beneficios de la EOC para obtener información sobre la cobertura del plan.

SECCIÓN 7 Normas para la adquisición de propiedad de equipo médico duradero

Sección 7.1 ¿Será propietario del equipo médico duradero después de realizar un determinado número de pagos según nuestro plan?

Los equipos médicos duraderos (DME) incluyen artículos tales como equipos y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos de asistencia para el habla, bombas de infusión IV, nebulizadores y camas hospitalarias ordenados por un proveedor para usar en el hogar. El miembro siempre será propietario de ciertos artículos, como las prótesis. En esta sección, analizamos otro tipo de equipo médico duradero que debe alquilar.

En Original Medicare, las personas que alquilan determinados tipos de equipo médico duradero se convierten en propietarios del equipo después de abonar los copagos por el artículo durante 13 meses. Sin embargo, como asegurado de UT CARE™ Medicare PPO, no se convertirá, por lo general, en propietario del equipo médico duradero alquilado, independientemente de cuántos copagos realice por el equipo mientras sea asegurado de nuestro plan. En determinadas circunstancias limitadas, transferiremos el derecho de propiedad del DME a usted. Llame al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este

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

documento) para obtener información sobre los requisitos que debe cumplir y los documentos que debe proporcionar.

¿Qué ocurre 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 pagos consecutivos nuevos por el artículo luego de cambiarse a Original Medicare para convertirse en su propietario. Los pagos realizados mientras está inscrito en su plan no cuentan.

Ejemplo 1: Realizó 12 o menos pagos consecutivos por el artículo en Original Medicare y luego se unió a nuestro plan. Los pagos que realizó en Original Medicare no cuentan.

Ejemplo 2: Realizó 12 o menos pagos consecutivos por el artículo en Original Medicare y luego se unió a nuestro plan. Usted estaba en nuestro plan, pero no obtuvo propiedad mientras estaba en nuestro plan. Luego vuelve a Original Medicare. Deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos para adquirir la propiedad del artículo una vez que se inscriba nuevamente en Original Medicare. Todos los pagos anteriores (ya sea a nuestro plan o a Original Medicare) no cuentan.

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

Si es elegible para la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare, entonces durante el tiempo que esté inscrito, UT CARE™ Medicare PPO cubrirá lo siguiente:

- Alquiler del equipo de oxígeno
- Suministro y contenido de oxígeno
- Tubos y accesorios relacionados para el suministro y el contenido de oxígeno
- Mantenimiento y reparación del equipo de oxígeno

Si abandona UT CARE™ Medicare PPO o ya no necesita el equipo de oxígeno por motivos médicos, entonces este equipo deberá ser devuelto al propietario.

CAPÍTULO 4:

*Tabla de Beneficios Médicos
(servicios cubiertos y lo que usted
debe pagar)*

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

SECCIÓN 1 Explicación de los gastos de su bolsillo por servicios cubiertos

Este capítulo se concentra en sus servicios cubiertos y lo que usted debe pagar por los beneficios médicos que recibe. El anexo de Beneficios Médicos incluye una Tabla de beneficios médicos que enumera los servicios cubiertos y le indica la suma que debe pagar por cada servicio cubierto como miembro de UT CARE™ Medicare PPO. El anexo Beneficios de la EOC también incluye información sobre los servicios médicos que no están cubiertos.

Sección 1.1 Tipos de gastos de su bolsillo que debe pagar por servicios cubiertos

Para comprender la información de pago que incluimos en este capítulo, debe conocer los tipos de gastos de su propio bolsillo que puede pagar por los servicios cubiertos.

- El **“deducible”** es el monto que usted debe pagar por servicios médicos antes de que nuestro plan comience a pagar su parte. (Algunos planes no tienen un deducible del plan. Consulte la sección 1.2 y el anexo de Beneficios de la EOC para obtener más información sobre el deducible del plan y si se aplica a su plan).
- Un **“copago”** es la suma fija que usted abona cada vez que recibe determinados servicios médicos. Debe abonar un copago en el momento que recibe el servicio médico. (Algunos planes no tienen copagos. Consulte la Sección 2 y la Tabla de beneficios médicos en el anexo Beneficios de la EOC para obtener más información sobre los copagos).
- El **“coseguro”** es el porcentaje que usted paga del costo total de determinados servicios médicos. Debe pagar el coseguro en el momento que recibe el servicio médico. (Algunos planes no tienen coseguro. Consulte la Sección 2 y la Tabla de beneficios médicos en el anexo Beneficios de la EOC para obtener más información sobre los coseguros).

La mayor parte de las personas que califican para Medicaid o para el programa de Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) nunca deben pagar deducibles, copagos o coseguro. Asegúrese de mostrar su evidencia de elegibilidad de Medicaid o QMB a su proveedor, si corresponde. Si cree que le pidieron que pague algo que no debía pagar, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.

Sección 1.2 ¿Cuál es el deducible de su plan?

Su cobertura se proporciona a través de un contrato con su empleador actual, ex empleador o sindicato. Según el diseño de su plan por parte de su empleador, es posible que usted tenga o no tenga un deducible del plan. Consulte el anexo Beneficios

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

de la EOC o comuníquese con su empleador o administrador de beneficios del sindicato a fin de obtener más información sobre su deducible del plan.

Sección 1.3 ¿Cuál es el monto máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos?

Su cobertura se proporciona a través de un contrato con su empleador actual, ex empleador o sindicato. Según el diseño de su plan por parte de su empleador, es posible que usted tenga límites en lo que tenga que pagar de su bolsillo por los servicios médicos. Consulte el anexo Beneficios de la EOC o comuníquese con su administrador de beneficios, empleador o sindicato a fin de obtener más información sobre sus montos de gasto máximos de bolsillo del plan.

Sección 1.4 Nuestro plan no permite que los profesionales de la salud le realicen "facturas con saldo adicional"

Como asegurado de UT CARE™ Medicare PPO, un factor de protección importante para usted es que, después de cumplir con los deducibles aplicables, solo debe pagar el monto de gastos compartidos cuando reciba servicios incluidos por nuestro plan. Los proveedores no pueden agregar cargos adicionales independientes, conocidos como "factura con saldo adicional". Este factor de protección (por el cual nunca paga más del monto de gastos compartidos) tiene validez incluso si nosotros pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio, incluso, si hay una disputa y nosotros no pagamos determinados cargos del proveedor.

Este factor de protección funciona de la siguiente manera.

- Si la suma del costo compartido es un copago (una cantidad fija en dólares, por ejemplo, \$15.00), entonces usted solo debe pagar esa suma por cualquier servicio cubierto de un proveedor de la red. Por lo general, tendrá copagos más altos cuando reciba atención de proveedores fuera de la red. Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), nunca pagará más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor que visite:
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted pagará el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa 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 que participa en Medicare, debe pagar el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes.
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, debe pagar el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes.

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

- Si usted cree que un proveedor le emitió una "factura con saldo adicional", llame al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este documento).
- Tenga en cuenta lo siguiente: Si bien puede recibir atención médica de un proveedor fuera de la red, el proveedor debe ser elegible para participar en Medicare. Excepto por la atención médica de emergencia, nosotros no podemos pagarle a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare. Si acude a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare, será responsable del costo total de los servicios que reciba. Consulte a su proveedor antes de recibir los servicios a fin de confirmar que sea elegible para participar en Medicare.

SECCIÓN 2 Use la *Tabla de Beneficios Médicos* para saber qué está cubierto y cuánto pagará

Sección 2.1 Sus beneficios médicos y costos como miembro del plan

La Tabla de Beneficios Médicos dentro del anexo Beneficios de la EOC indica los servicios que UT CARE™ Medicare PPO cubre y lo que usted debe pagar de su bolsillo por cada servicio. Los servicios enumerados en la Tabla de beneficios médicos se cubren solo cuando se reúnen los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios cubiertos de Medicaid deben ser provistos según las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (que incluyen atención médica, servicios, suministros y equipo) *deben* ser médicamente necesarios. "Médicamente necesario" significa que los servicios, suministros o medicamentos se necesitan para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de la afección médica y cumplen con estándares aceptados de la práctica médica. Algunos de los servicios enumerados en la Tabla de Beneficios Médicos están incluidos como servicios dentro de la red *solamente si su médico u otro proveedor que forma parte de la red obtiene una aprobación previa (a veces llamada "autorización previa") de UT CARE™ Medicare PPO.*
 - Los servicios incluidos que necesitan aprobación por adelantado para estar incluidos como servicios dentro de la red están marcados en **negrita** en la Tabla de Beneficios Médicos dentro del Anexo de Beneficios de la EOC.
 - Nunca necesita aprobación previa para los servicios fuera de la red de proveedores fuera de la red.
 - Si bien no necesita aprobación previa para los servicios fuera de la red, usted o su médico pueden solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura por adelantado.

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Otros puntos importantes que considerar sobre nuestra cobertura:

- Para los beneficios en los que su costo compartido es un porcentaje del coseguro, la suma que usted paga depende del tipo de proveedor del que recibe los servicios:
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted pagará el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa 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 que participa en Medicare, debe pagar el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes.
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, debe pagar el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes.
- Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. Por algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Original Medicare. Por otros, paga *menos*. (Si desea saber más sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, revise su manual *Medicare y Usted 2023*. Véalo 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).
- En el caso de todos los servicios médicos preventivos que están cubiertos sin costo conforme a Original Medicare, también cubrimos el servicio sin costo alguno para usted.
- Si Medicare añade la cobertura de nuevos servicios durante el año. Si Medicare aumenta la cobertura para cualquier servicio durante 2023, Medicare o nuestro plan cubrirá dichos servicios.

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

Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones)

En esta sección, se describen los beneficios “excluidos” de la cobertura de Medicare y que, por lo tanto, este plan no cubre.

En el siguiente gráfico, se describen los servicios y suministros que no están cubiertos bajo ningún concepto y que están cubiertos solamente en ciertas situaciones.

Si obtiene servicios que están excluidos (no cubiertos), debe pagarlos usted mismo, excepto en las condiciones específicas que se indican a continuación. Incluso cuando reciba los servicios excluidos en un centro de atención de emergencia, estos no estarán

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

cubiertos y nuestro plan no pagará por ellos. La única excepción es si el servicio es apelado y se decide tras la apelación que se trata de un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto por su situación en particular. (Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación cuando hemos determinado que no nos corresponde cubrir un servicio médico, lea el Capítulo 7, Sección 5.3 de este documento).

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
Acupuntura		Disponible para personas con dolor lumbar crónico en determinadas circunstancias
Cirugías o procedimientos cosméticos		<ul style="list-style-type: none"> • Cubiertos en caso de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro corporal deforme. • Cubiertos para todas las etapas de reconstrucción para las mamas después de una mastectomía, incluso en la mama no afectada para lograr una apariencia simétrica.
<p>Cuidado de custodia. (Atención que ayuda con las actividades de la vida diaria que no requiere capacitación ni habilidades profesionales. por ejemplo, bañarse y vestirse).</p> <p>El cuidado de custodia es la atención personal que no requiere la atención constante del personal médico o un paramédico capacitado, por ejemplo,</p>	✓	

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
cuidados que ayudan al paciente con actividades de la vida cotidiana, tales como bañarse o vestirse.		
Procedimientos, equipos y medicamentos quirúrgicos y médicos experimentales. Los procedimientos y suministros experimentales son aquellos suministros y procedimientos determinados por Original Medicare que generalmente no son aceptados por la comunidad médica.		Pueden estar cubiertos por Original Medicare dentro de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. (Lea el Capítulo 3, Sección 5 para obtener más información sobre estudios de investigación clínica).
Los honorarios por atención cobrados por sus familiares directos o personas que viven en su casa.	✓	
Atención de enfermeros de tiempo completo en su domicilio.	✓	
Comidas a domicilio.	✓	
Los servicios domésticos incluyen ayuda con las tareas domésticas básicas, incluidas la limpieza ligera o la preparación de comidas básicas.	✓	
Servicios de naturopatía (uso de tratamientos naturales o alternativos).	✓	
Cuidado dental no rutinario.		La atención odontológica requerida para el tratamiento de una enfermedad o de una lesión puede estar cubierta como

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
		atención médica ambulatoria o durante hospitalización.
Calzado ortopédico o dispositivos de apoyo para los pies.		Calzado que forma parte de un aparato ortopédico para la pierna y está incluido en el costo del aparato. Calzado ortopédico o terapéutico para personas con pie diabético.
Elementos de uso personal en su habitación de hospital o centro de enfermería especializada, como un teléfono o televisión.	✓	
Sala privada en un hospital.		Solo cubierto cuando es médicamente necesario.
Anulación de procedimientos de esterilización y/o dispositivos anticonceptivos no recetados.	✓	
Atención quiropráctica de rutina.		Se cubre la manipulación manual de la columna para corregir subluxaciones.
Atención odontológica de rutina, como limpiezas, rellenos o dentaduras postizas.	✓	
Exámenes de la vista rutinarios, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otros tipos de asistencia para la visión disminuida.		Se cubre el examen de los ojos y un par de anteojos (o lentes de contacto) para personas que hayan atravesado una cirugía de cataratas.
Cuidado de los pies de rutina.		Cierta cobertura limitada suministrada de conformidad

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
		con las pautas de Medicare, (p. ej., en caso de diabetes).
Exámenes de audición de rutina, aparatos auditivos o exámenes para adaptar los aparatos auditivos.	✓	
Servicios considerados no razonables y necesarios, según las reglas de Original Medicare.	✓	

CAPÍTULO 5:

*Cómo solicitarnos que paguemos
nuestra parte de una factura que
recibió por servicios médicos
incluidos*

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

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos el pago de nuestra parte del costo de sus servicios incluidos

A veces, cuando recibe una atención médica, es posible que deba pagar el costo total inmediatamente. En otras oportunidades, usted puede descubrir que ha pagado más de lo que esperaba bajo las reglas de cobertura del plan. O puede recibir una factura de un proveedor. En cualquiera de estos casos, usted puede pedir a nuestro plan que le reintegre dichos montos (devolverle el dinero es llamado con frecuencia “reembolsarle”). Usted tiene derecho a recibir el reintegro de nuestro plan cuando ha pagado más de la parte que le corresponde por el costo de servicios médicos cubiertos por nuestro plan. Puede haber plazos que debe cumplir para recibir un reembolso. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

También puede haber ocasiones en las que reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que recibió o posiblemente por más de su parte de los gastos compartidos, como se explica en el documento. Primero intente resolver la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla. Veremos la factura y decidiremos si los servicios deben ser cubiertos. Si decidimos que deberían estar cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente. Si decidimos no pagarlo, notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más que el gasto compartido permitido por el plan. Si este proveedor tiene contrato, usted aún tiene derecho a recibir tratamiento.

A continuación, enumeramos ejemplos de situaciones en las que usted puede solicitar un reintegro de nuestro plan o que paguemos una factura que usted recibió:

1. Cuando recibe atención médica de un proveedor fuera de la red de nuestro plan

Cuando reciba atención médica de un proveedor externo a nuestra red, solo será responsable del pago de su parte del costo. (Su parte del costo puede ser mayor para un proveedor fuera de la red que para un proveedor de la red). Solicite al proveedor que facture al plan nuestra parte del costo.

- Usted solo es responsable de pagar su parte del costo de los servicios de emergencia o servicios requeridos urgentemente. Los proveedores de emergencia están legalmente obligados a proporcionar atención médica de emergencia. Si usted paga el monto total en el momento en que recibe la atención, deberá solicitarnos un reintegro por nuestra parte del costo. Envíenos la factura, junto con todos los comprobantes de pago que haya efectuado.
- A veces usted puede recibir una factura de un proveedor que solicita un pago que usted considera que no adeuda. Envíenos esta factura, junto con los comprobantes de pago que haya efectuado.
 - Si al proveedor se le debe un pago, lo realizaremos directamente al proveedor.

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

- Si usted ya ha pagado más de su parte por el costo del servicio, determinaremos cuál es la parte que le corresponde a usted y le reintegraremos la parte del costo que nos corresponde a nosotros.
- Tenga en cuenta lo siguiente: Si bien puede recibir atención médica de un proveedor fuera de la red, el proveedor debe ser elegible para participar en Medicare. Excepto por la atención médica de emergencia, nosotros no podemos pagarle a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare. Si el proveedor no es elegible para participar en Medicare, usted será responsable de pagar el costo total de los servicios que reciba.

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

Los proveedores que forman parte de la red siempre deben enviar la factura directamente al plan y solo cobrarle a usted la parte del costo que le corresponde. Pero a veces cometen errores y le solicitan a usted pagar por los servicios.

- Usted únicamente tiene que pagar su monto de gastos compartidos cuando se le brindan servicios incluidos. No permitimos a los proveedores agregar cargos adicionales independientes, conocidos como “factura con saldo adicional”. Este factor de protección (por el cual nunca paga más del monto de gastos compartidos) tiene validez incluso si nosotros pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio, incluso, si hay una disputa y nosotros no pagamos determinados cargos del proveedor.
- Cuando recibe una factura de un proveedor de la red que considera que es por una suma mayor que la que le corresponde pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos con el proveedor directamente para resolver el problema.
- Si ya ha pagado la factura a un proveedor de la red, pero considera que ha pagado en exceso, envíenos la factura junto con los comprobantes de pago que haya efectuado y solicite un reintegro por la diferencia entre la suma que usted ha pagado y la suma que debería haber pagado según el plan.

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

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

Si se inscribió en forma retroactiva en nuestro plan y pagó de su bolsillo por cualquiera de los servicios incluidos después de su fecha de inscripción, puede solicitarnos que le reintegremos su parte de los costos. Deberá enviarnos documentación, como recibos o facturas, para que nos encarguemos del reembolso.

Todos los ejemplos anteriores son tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que si rechazamos una solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. En el Capítulo 7 de este documento (*Qué hacer si tiene algún problema o alguna queja*

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

[decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]) encontrará más información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 **Cómo solicitar un reintegro o pago de una factura que usted ha recibido**

Envíenos su solicitud de pago, junto con la factura y los comprobantes de pagos que haya efectuado. Es buena idea conservar una copia de la factura y los recibos para sus registros.

Para asegurarse de que nos está brindando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar el formulario de reclamaciones para solicitar el pago.

- No está obligado a utilizar el formulario, pero nos ayudará a que podamos procesar la información con mayor rapidez.
- Llame al Servicio al Cliente y solicite el formulario. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente están impresos en la contraportada de este documento).

En caso de **reclamaciones médicas**, envíe su solicitud de pago por correo junto con cualquier factura o recibo pagado a la siguiente dirección:

Medical Claims Payment Request
P.O. Box 4195
Scranton, PA 18505

En caso de **reclamaciones por emergencias internacionales o de atención médica inmediata**, envíe la solicitud por correo junto con cualquier factura o recibo pagado a la siguiente dirección:

Blue Cross Blue Shield Global Care
Service Center
P.O. Box 2048
Southeastern, PA 19399

Debe presentar su reclamo dentro de los 36 meses posteriores a la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente si tiene preguntas (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento). Si no sabe cuánto es el monto que debería haber pagado, o si recibe facturas y no sabe qué hacer con ellas, lo podemos ayudar. También nos puede llamar si desea brindarnos más información sobre una solicitud de pago que ya nos haya enviado.

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

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y le responderemos afirmativa o negativamente

Sección 3.1 Verificamos si nos corresponde cubrir el servicio y cuánto debemos pagar

Cuando recibamos su solicitud de pago, le informaremos si necesitamos más información. De lo contrario, consideraremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que la atención médica está cubierta y usted siguió todas las normas, pagaremos nuestra parte del costo. Si ya ha pagado por el servicio, le enviaremos por correo el reembolso por nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado por el servicio, enviaremos por correo el pago directamente al proveedor.
- Si decidimos que la atención médica *no* está cubierta o que usted *no* siguió las normas, no pagaremos nuestra parte de los costos. Le enviaremos una carta con las razones por las que no le enviamos el pago que usted solicita y los derechos que tiene para apelar esa decisión.

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

Si usted considera que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o si no está de acuerdo con la suma que pagaremos, usted puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos nuestra decisión de rechazar su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos específicos y fechas límites importantes. Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9 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 asegurado del plan

Sección 1.1 Debemos proporcionar información de una manera que sea apropiada para usted y que respete sus sensibilidades culturales (en otros idiomas además del Inglés; en Braille, en letra grande o en formatos alternativos, etc.).
--

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 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 braille, 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 Servicio de Atención al Cliente.

Our plan is required to 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, seeing a women's health specialists or finding a network specialist, please call to file a grievance with UT CARE™ Medicare PPO at 1-877-842-7562. 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 1-800-368-1019 or TTY 1-800-537-7697.

Su plan tiene la obligación de garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se proporcionen de una manera que refleje el entendimiento cultural y sean accesibles para todos los inscritos, incluidos aquellos con poco dominio del inglés, habilidades de lectura limitadas, incapacidad auditiva o aquellos con orígenes culturales y étnicos diferentes. Algunos ejemplos de cómo un plan puede cumplir con

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la prestación de servicios de traducción, servicios de interpretación, teleimpresores o conexión TTY (teléfono para mensajes de texto o teléfono para teleimpresores).

Nuestro plan cuenta con servicios de intérpretes gratuitos disponibles para responder preguntas de asegurados que no hablan inglés. También podemos brindarle información en sistema Braille, en letra grande o en formatos alternativos de forma gratuita si lo requiere. Debemos brindarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para que le proporcionemos información de la manera adecuada para usted, llame al Servicio de Atención al Cliente.

Nuestro plan está obligado a brindar a las mujeres inscritas la opción de acceso directo a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para los servicios de atención médica preventiva y de rutina para la mujer.

Si no se encuentran disponibles los proveedores de la red del plan para una especialidad, es responsabilidad del plan encontrar proveedores especializados fuera de la red que le proporcionarán la atención médica necesaria. En este caso, solo pagará gastos 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 necesite, llame al plan para obtener información sobre a dónde acudir para obtener este servicio con gastos compartidos dentro de la red.

Si tiene dificultades para acceder a la información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, ver a una especialista de la salud de la mujer o encontrar un especialista en la red, llame para presentar un reclamo ante UT CARE™ Medicare PPO al 1-877-842-7562. También puede presentar una queja con Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o puede presentarla directamente en la Oficina de Derechos Civiles llamando al 1-800-368-1019 o al TTY 1-800-537-7697.

Sección 1.2 Debemos garantizar el acceso oportuno a sus servicios incluidos

Tiene derecho de elegir un proveedor en la red del plan. También tiene derecho a consultar a un especialista en atención médica para la mujer (como un ginecólogo) sin una remisión y seguir pagando los montos de costos compartidos dentro de la red.

Como miembro del plan, tiene derecho a recibir consultas y servicios cubiertos de sus proveedores *dentro de un período razonable de tiempo*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunamente de especialistas cuando necesita este tipo de atención.

Si considera que no está obteniendo su atención médica dentro de un período razonable de tiempo, en el Capítulo 7, Sección 9 de este documento se le informa qué puede hacer.

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información médica personal

Las leyes estatales y federales protegen la privacidad de su historia clínica e información médica personal. Protegemos su información médica personal como lo establecen estas leyes.

- Su “información médica personal” incluye la información personal que nos brindó cuando se inscribió en este plan, así como también su historia clínica, y otra información médica y sobre su salud.
- Usted tiene derechos relacionados con su información y con el control de cómo se utiliza su información de salud. Le entregamos un aviso escrito, llamado “Notificación de las Normas de Privacidad”, que describe estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información médica.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información médica?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no puedan leer ni cambiar sus registros.
- Excepto por las circunstancias que se indican a continuación, si tenemos la intención de proporcionar su información de salud a cualquier persona que no le esté brindando atención o pagando por ella, *debemos obtener su permiso por escrito o de alguien a quien usted haya otorgado poder legal para tomar decisiones por usted primero.*
- Existen ciertas excepciones en las que no estamos obligados a obtener permiso escrito de usted primero. Estas excepciones son permitidas o exigidas por ley.
 - Estamos obligados a divulgar información médica a agencias gubernamentales que controlan la calidad de la atención.
 - Como usted es asegurado de nuestro plan a través de Medicare, estamos obligados a proporcionarle a Medicare su información médica. Si Medicare divulga su información con fines de investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con las leyes y reglamentaciones Federales; por lo general, esto requiere que la información que lo identifica de manera única a usted no sea compartida.

Puede ver la información en sus registros y conocer de qué manera fue divulgada a otras personas

Usted tiene derecho a ver su historia clínica archivada en el plan y obtener una copia de sus registros. Estamos autorizados a cobrarle un arancel por hacer copias. También tiene derecho a solicitar que agreguemos información o que corrijamos su historia clínica. Si nos solicita que hagamos esto, trabajaremos junto con su proveedor de atención médica para decidir si deben realizarse los cambios.

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

Usted tiene derecho a conocer cómo se divulgó su información médica a otras personas por cualquier motivo que no fuera de rutina.

En caso de tener preguntas o alguna duda con respecto a la privacidad de su información médica personal, llame al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento).

Blue Cross and Blue Shield of Texas (BCBSTX) está obligado a proporcionarle un Aviso de Prácticas de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (HIPAA, en inglés), así como un Aviso de Prácticas de Privacidad del Estado. En el Aviso de Prácticas de Privacidad de la HIPAA, se describe cómo BCBSTX puede utilizar o divulgar su información médica protegida y sus derechos a esa información conforme a la ley federal. En el Aviso de Prácticas de Privacidad Estatal, se describe cómo BCBSTX puede utilizar o divulgar su información financiera personal no pública y sus derechos sobre dicha información según la ley estatal. Tómese unos minutos y revise estos avisos. Comuníquese con Servicio al Cliente para obtener más información.

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE LA HIPAA: fecha de entrada en vigor 10/01/2022

Esta sección explica los DERECHOS que tiene con respecto a su PHI y nuestras obligaciones con respecto a estos derechos.

Usted puede ejercer estos derechos mediante la presentación de una solicitud por escrito a nosotros; la información de contacto se encuentra al final de este aviso.

Derecho a solicitar una copia de su información médica protegida (PHI)

- Puede solicitar ver u obtener una copia de su PHI contenida en un conjunto de registros designados.
- Tenemos 30 días para cumplir con su solicitud; sin embargo, podemos recibir 30 días adicionales si es necesario. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en los costos para cubrir los gastos de cumplir con su solicitud.
- Podemos rechazar su solicitud en algunas situaciones. Le explicaremos el motivo de la denegación en la respuesta que le enviamos y usted tiene derecho a que se revise esta decisión.

Derecho a solicitar una enmienda a su PHI

- Puede solicitar una enmienda a su PHI en un registro designado si cree que es incorrecta o está incompleta.
- Tenemos 60 días para responder a su solicitud; sin embargo, podemos disponer de 30 días adicionales si es necesario.
- Podemos rechazar su solicitud, por ejemplo, si determinamos que su PHI es correcta y completa o que no creamos la PHI. Le explicaremos el motivo del rechazo en la respuesta que le enviamos y usted tiene derecho a presentar una declaración de desacuerdo.

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede solicitar que nos comuniquemos con usted de una manera específica o en una dirección alternativa.
 - Estamos obligados a satisfacer solicitudes razonables; sin embargo, tenemos derecho a pedirle información sobre cómo se manejará su pago, así como detalles específicos sobre sus alternativas de comunicación.
-

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

Derecho a solicitar que limitamos qué podemos usar o compartir

- Puede solicitar que **no** compartamos ni usemos parte de su PHI para fines de tratamiento, pago y nuestras operaciones.
- También puede solicitar que no compartamos parte de su PHI con familiares o amigos que puedan estar involucrados en su atención o a los fines de notificación, tal como se describe en este aviso. La solicitud debe ser específica e indicar el motivo de la restricción y a quién desea que se aplique la restricción. Podemos denegar su solicitud de restricción; sin embargo, debemos respetar su solicitud si la divulgación de su PHI está relacionada con (1) el pago o las operaciones de atención médica y no es exigida por ley, ni con (2) un artículo o servicio de atención médica que usted pagó en su totalidad.
- Si aceptamos la solicitud de restricción, no podemos divulgar su PHI a menos que sea necesario divulgarla para un tratamiento de emergencia.

Derecho a solicitar una lista de individuales o entidades que recibieron su PHI

- Puede solicitar un informe de divulgaciones, que es una lista de todas las divulgaciones que realizamos durante los seis años anteriores a su fecha de solicitud. La lista no incluirá todas las divulgaciones realizadas para tratamiento, pago, operaciones de atención médica, así como un par de otras situaciones (los detalles sobre estas situaciones se describen más adelante en el aviso).
- Puede solicitar 1 contabilidad en cualquier período de 12 meses; si solicita otras en este período, podemos cobrar una tarifa razonable basada en los costos. Se lo notificaremos antes de cobrarle; entonces podrá retirar o modificar su solicitud para evitar el cobro.
- Tenemos 60 días para responder a su solicitud; sin embargo, disponemos de 30 días adicionales si es necesario.

Derecho a solicitar una copia de la notificación

- Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento. Para solicitar una copia, envíe su solicitud por escrito con la información de contacto al final de este aviso.

Derecho a elegir a alguien para que actúe por usted

- Si le otorgó un poder médico a alguien o si alguien es su tutor legal, esta persona puede actuar en su nombre y tomar decisiones por usted.
 - Confirmaremos que esta persona tiene derecho a actuar en su nombre antes de divulgar cualquier PHI.
-

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

Derecho a presentar una queja

- Puede presentar una queja directamente con nosotros si cree que hemos violado sus derechos de privacidad mediante la información de contacto que aparece al final de este aviso.
- También puede presentar una queja ante la Secretaría de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos llamando al 1-877-696-6775, visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/ o enviando una carta a la siguiente dirección:
200 Independence Ave., SW, Washington, D.C. 20201.
- No tomaremos ningún tipo de represalia contra usted por presentar una queja.

Esta sección explica cuándo debemos recibir su consentimiento antes de compartir su PHI.

Podemos compartir su PHI para estos fines con su consentimiento verbal o por escrito.

- Puede identificar a un familiar, amigo cercano u otra persona para ayudarlo con sus decisiones de atención médica; divulgaremos la PHI limitada necesaria para que esa persona lo ayude. (Si no puede dar su consentimiento y determinamos, según nuestro criterio profesional, que es lo mejor para usted, podemos usar o divulgar su PHI para ayudar a notificar a un miembro de la familia, a un representante personal u otra persona que pueda ayudarlo).
- Por nuestros esfuerzos de recaudación de fondos.

No podemos usar ni divulgar la PHI para estos fines sin su consentimiento por escrito.

- Para realizar marketing o para nuestro beneficio financiero.
 - Divulgar notas de psicoterapia.
- Es posible que haya otros usos y divulgaciones de su PHI además de los mencionados que pueden requerir su autorización si el uso o la divulgación no están permitidos ni requeridos por la ley.
- Usted tiene derecho a revocar su autorización, por escrito, en cualquier momento, excepto en la medida en que ya hayamos utilizado o divulgado su PHI en función de esa autorización inicial.
-

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades**Esta sección describe las situaciones en las que las leyes federales nos permiten utilizar o compartir su PHI.**

Aunque no es exhaustiva, le dará una buena idea de los tipos de usos y divulgaciones de rutina que hacemos.

Administrar y apoyar la atención médica que recibe

- Podemos utilizar su PHI y compartirla con los profesionales de la salud que lo tratan, por ejemplo, cuando su proveedor nos envía información sobre su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos organizar servicios adicionales.

Administramos nuestra organización

- Podemos utilizar y divulgar su PHI para ayudarnos a administrar nuestras operaciones comerciales y cumplir nuestras obligaciones con nuestros clientes y miembros, por ejemplo, utilizamos la PHI para la inscripción, los programas de atención médica, las actividades relacionadas con la creación, renovación o reemplazo de un plan de salud, y desarrollo de servicios de atención médica de mejor calidad. (No podemos utilizar información genética para denegar o rechazar la cobertura de un plan de salud individual).

Pagamos sus servicios de salud

- Podemos utilizar y divulgar su información de salud para procesar sus reclamaciones y pagarle a su proveedor, por ejemplo, cuando compartimos información sobre usted para coordinar los beneficios entre su plan dental y nuestro plan médico.

Administrar su plan

- Podemos divulgar su información médica al patrocinador de su plan médico con fines de administración del plan, por ejemplo, si su empresa nos contrata para que le proporcionemos su plan de salud de grupo, es posible que necesitemos proporcionarles ciertas estadísticas para explicar las primas que cobramos.

Los siguientes son ejemplos de cuándo podemos usar o divulgar su PHI sin autorización y sin que usted pueda oponerse a su uso o divulgación.**Actividades de supervisión sanitaria**

- Estamos autorizados a divulgar PHI con fines de salud pública. Esto incluye divulgaciones a una autoridad de salud pública u otro organismo gubernamental que tenga la autoridad para recopilar y recibir dicha información (por ejemplo, la Administración de Alimentos y Medicamentos).

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

Actividades de supervisión sanitaria	<ul style="list-style-type: none"> Podemos utilizar o divulgar su PHI en la medida en que lo exijan las leyes federales, estatales o locales para la supervisión sanitaria.
Abuso, negligencia o amenaza grave a la salud o seguridad	<ul style="list-style-type: none"> Podemos divulgar la PHI a una agencia gubernamental o a una autoridad de salud pública autorizada por la ley para recibir información sobre adultos y niños que son víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica. También podemos divulgar la PHI si, según nuestra opinión profesional, es necesario prevenir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad pública; sin embargo, la PHI solo se puede divulgar a alguien que creemos razonablemente que puede prevenir o reducir la amenaza.
Investigación Inicativas	<ul style="list-style-type: none"> En ciertas situaciones, estamos autorizados a divulgar un conjunto limitado de datos para fines de investigación.
Requerido por la Secretaría de Salud y Servicios Humanos	<ul style="list-style-type: none"> Es posible que se nos solicite divulgar la PHI a la Secretaría de Salud y Servicios Humanos para que puedan determinar nuestro cumplimiento con los requisitos de la regla final relacionada con las Normas de Privacidad de la Información de Salud Individualmente Identificable.
Cumplir con la ley	<ul style="list-style-type: none"> En algunas situaciones, es posible que las leyes federales, estatales o locales pertinentes nos exijan divulgar su PHI.
Donantes de órganos, forenses y directores de funerarias	<ul style="list-style-type: none"> Si usted es donante de órganos, podemos divulgar su PHI a una organización de obtención de órganos si es necesario para facilitar la donación o el trasplante de órganos. Podemos divulgar su PHI si es necesaria para que un examinador médico, un forense o un director de funeraria lleve a cabo tareas legalmente autorizadas.

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD ESTATAL: fecha de entrada en vigor 10/01/2022

Blue Cross and Blue Shield of Texas (BCBSTX) recopila información personal no pública sobre usted de su solicitud de seguro, reclamaciones de atención médica, información de pago y agencias de información al consumidor. BCBSTX:

- **No** divulgará esta información a ningún tercero no afiliado, incluso si su relación de cliente con nosotros termina, excepto con su consentimiento o según lo permita la ley.
- **Restringirá** el acceso a esta información solo a aquellos empleados que realizan las funciones necesarias para administrar nuestro negocio y proporcionar servicios a nuestros clientes.
- **Mantendrá** las prácticas de seguridad y privacidad que incluyen medidas de protección físicas, técnicas y administrativas para proteger esta información del acceso no autorizado.
- **Solo utilizará** esta información para administrar su plan de seguro, procesar sus reclamaciones, garantizar una facturación adecuada, proporcionarle el servicio de atención al cliente y cumplir con la ley.

BCBSTX puede compartir esta información con determinados terceros que desempeñan funciones o servicios en nuestro nombre o cuando lo exija la ley. Estos son algunos ejemplos de terceros con los que podemos compartir su información:

- afiliados de la empresa;
- socios comerciales que prestan servicios en nuestro nombre (gestión de reclamaciones, marketing, asistencia clínica);
- agentes o corredores de seguros, empresas de servicios financieros, compañía de reaseguros para la reducción de pérdidas;
- organismos reguladores, otras entidades gubernamentales y agencias encargadas del cumplimiento de la ley;
- El Plan de Salud Grupal del Empleador.

Tiene derecho a preguntarnos qué información financiera no pública tenemos sobre usted y a solicitar acceso a ella.

CAMBIOS EN ESTOS AVISOS

Tenemos derecho a cambiar los términos de estos avisos, y los cambios que hagamos se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. Los avisos nuevos estarán disponibles con solicitud previa o en nuestro sitio web. También le enviaremos por correo una copia de los avisos nuevos, como lo exige la ley.

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

INFORMACIÓN DE CONTACTO PARA ESTOS AVISOS

Si desea obtener información general sobre sus derechos de privacidad o si quiere una copia de estos avisos, visite: www.bcbstx.com/important-info/hipaa

Si tiene preguntas específicas sobre sus derechos o estos avisos, comuníquese con nosotros de una de las siguientes maneras:

- Llámenos al número gratuito que se encuentra en el reverso de la tarjeta de identificación de miembro.
- Llame al 1-877-361-7594.
- Escríbanos a Privacy Office Divisional Vice President
Blue Cross and Blue Shield of Texas
P.O. Box 804836
Chicago, IL 60680-4110

REVISADO en agosto 2022

Sección 1.4 Debemos brindarle información sobre el plan, su red de proveedores y sus servicios incluidos

Como miembro de UT CARE™ Medicare PPO, tiene derecho a recibir varios tipos de información de nosotros.

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan.
- **Información sobre los proveedores que forman parte de nuestra red.** Tiene derecho a obtener información de nosotros sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red, y la forma en que nosotros pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información sobre su cobertura y las normas que debe seguir cuando utiliza su cobertura.** El Capítulo 3 y el folleto de beneficios de la EOC proporcionan información sobre los servicios médicos.
- **Información sobre por qué algunos servicios no se encuentran cubiertos y lo que puede hacer al respecto.** En el Capítulo 9, se proporciona información sobre cómo solicitar una explicación por escrito de las razones por las que un servicio de atención no está cubierto o si su cobertura está restringida. El Capítulo 9 también proporciona información sobre cómo solicitarnos que cambiemos una decisión, también llamada apelación.

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

Sección 1.5 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica**Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a participar en las decisiones sobre su atención médica**

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

También tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarle a tomar decisiones con sus médicos sobre las mejores opciones de tratamiento para usted, sus derechos incluyen los siguientes:

- **Conocer todas sus opciones.** Usted tiene derecho a conocer todas las opciones de tratamiento recomendadas para su afección, sin importar el costo ni si están cubiertas por nuestro plan.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a conocer los riesgos que presenta su atención. Debe conocer anticipadamente si cualquier atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Siempre tendrá la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **Decir “no”.** Usted tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a dejar el hospital u otro centro médico, aun si el médico le recomienda no hacerlo. Por supuesto, si usted rechaza un tratamiento, deberá aceptar toda la responsabilidad de lo que le pueda suceder a su cuerpo como resultado.

Tiene derecho a dejar instrucciones sobre qué se debe hacer si no puede tomar decisiones médicas por sí mismo

A veces, los pacientes están incapacitados para tomar decisiones sobre su atención médica a causa de un accidente o una enfermedad seria. Usted tiene derecho a decidir qué quiere que suceda si se encuentra en una de estas situaciones. Esto significa que, *si usted lo desea*, puede hacer lo siguiente:

- Completar un formulario por escrito para otorgar **poder legal a otra persona para que ella tome decisiones médicas por usted** si en algún momento usted está incapacitado para tomar esas decisiones.
- **Entregar instrucciones escritas a sus médicos** acerca de cómo quiere que ellos lleven a cabo su atención médica si llega a estar incapacitado para tomar esas decisiones.

Los documentos legales que puede usar para dar instrucciones por anticipado en estas situaciones se denominan “**directivas anticipadas**”. Existen diferentes tipos de directivas anticipadas y diferentes nombres para ellas. Los documentos llamados “**testamentos vitales**” y “**poder notarial para atención médica**” son ejemplos de directivas anticipadas.

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

Si desea definir sus instrucciones en una “directiva avanzada”, usted deberá realizar lo siguiente:

- **Obtener el formulario.** Si desea tener un formulario de directivas anticipadas de su abogado, de un trabajador social o de algunos comercios que venden suministros para oficinas. A veces, puede obtener un formulario de directivas anticipadas de organizaciones que brindan a las personas información sobre Medicare. Usted también puede llamar al Servicio de Atención al Cliente a fin de solicitar los formularios (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento).
- **Completarlo y firmarlo.** Independientemente del lugar de donde obtenga este formulario, recuerde que es un documento legal. Usted debe considerar obtener la ayuda de un abogado para prepararlo.
- **Entregar copias a las personas correspondientes.** Debe entregar una copia del formulario a su médico y a la persona que usted designe en el formulario que puede tomar decisiones por usted en caso de que usted no pueda hacerlo. Si lo desea, también puede entregar copias a amigos cercanos o a miembros de la familia. Conserve una copia en su hogar.

Si usted sabe anticipadamente que necesita estar internado y ha firmado una directiva anticipada, **lleve una copia con usted al hospital.**

- El hospital le preguntará a usted si ha firmado un formulario de instrucción anticipada y si lo tiene consigo.
- Si no ha firmado un formulario de directiva anticipada, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntará si desea firmar uno.

Recuerde que usted decide si desea completar una directiva anticipada o no (incluso si desea firmar una mientras se encuentra en el hospital). Las leyes establecen que nadie le puede denegar atención médica ni discriminarlo en función de su decisión de firmar o no una directiva anticipada.

¿Qué sucede si no se siguen sus instrucciones?

Si ha firmado una instrucción anticipada y considera que un médico u hospital no siguió sus instrucciones, podrá presentar una queja ante el Departamento de Salud Pública de Texas.

Sección 1.6	Tiene derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado
--------------------	---

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

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

Tiene derecho a recibir un resumen de la información sobre apelaciones y quejas que otros miembros han presentado contra nuestro plan en el pasado. Para obtener esta información, llame al Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento).

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

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

Si usted cree que ha sido tratado injustamente o que sus derechos no han sido respetados por motivos de raza, discapacidad, creencia religiosa, sexo, estado de salud, grupo étnico, credo (creencias), edad o nacionalidad, deberá llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 o por TTY al 1-800-537-7697, o llamar a su Oficina de Derechos Civiles local.

Si es por otro motivo

Si cree que ha sido tratado injustamente o que sus derechos no han sido respetados, y *no* por discriminación, puede obtener ayuda con su problema:

- Puede **llamar al Servicio de Atención al Cliente** (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento).
- Puede **llamar al SHIP**. Para obtener más información sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- O **puede llamar a Medicare** al número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Puede obtener más información sobre sus derechos en varios lugares:

- Puede **llamar al Servicio de Atención al Cliente** (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento).
- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico**. Para obtener más información sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación "Derechos y Protecciones de Medicare". (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.)

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

- O puede llamar al número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 2 Usted tiene ciertas responsabilidades como miembro del plan

A continuación, se enumeran los pasos que debe seguir como miembro del plan. Si tiene alguna duda, llame al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento). Estamos aquí para ayudarle.

- **Familiarícese con sus servicios incluidos y las normas que debe cumplir para obtener estos servicios incluidos.** Use este documento de *Evidencia de Cobertura* para conocer qué está cubierto para usted y las normas que debe seguir para obtener sus servicios incluidos.
 - En los Capítulos 3 y 4, y en el anexo Beneficios de la EOC se detallan los servicios médicos.
- **Si tiene alguna otra cobertura de seguro médico además de nuestro plan, le solicitamos que nos lo informe.** El Capítulo 1 le informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica que usted está inscrito en nuestro plan.** Presente su tarjeta de membresía al plan cada vez que obtenga atención médica.
- **Ayude a sus médicos y otros proveedores a que lo ayuden brindándoles información, haciéndoles preguntas y realizando un seguimiento de su atención.**
 - Para ayudarlo a obtener la mejor atención, informe a sus médicos y a otros proveedores de salud sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus médicos acuerden.
 - Asegúrese de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.
 - Si tiene alguna pregunta, asegúrese de preguntar para obtener una respuesta que pueda entender.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que actúen de manera que ayuden a que las actividades en el consultorio de su médico, los hospitales y otros consultorios se desarrollen de manera ordenada.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de los siguientes pagos:
 - Debe pagar las primas de su plan para continuar siendo miembro de nuestro plan.

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

- Debe seguir pagando su Parte B de Medicare para seguir siendo asegurado del plan.
- Para la mayoría de sus servicios médicos o incluidos por el plan, debe pagar su parte del costo cuando obtiene el servicio. Esto puede ser un copago (un monto fijo) O coseguro (un porcentaje del costo total). En el anexo Beneficios de la EOC se especifica lo que usted debe pagar por sus servicios médicos.
- **Si se muda dentro de nuestra área de servicios, debe informarnos** para que podamos mantener el documento que lo acredita como asegurado actualizado y saber cómo contactarlo.
- Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de Retiro Ferroviario). Puede encontrar los números telefónicos y la información de contacto para estas organizaciones en el Capítulo 2.

CAPÍTULO 7:

*¿Qué hacer si tiene algún problema
o queja? (decisiones de cobertura,
apelaciones, quejas)*

Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué hacer si tiene algún problema o inquietud

En este capítulo se describen dos tipos de procesos para tratar problemas e inquietudes:

- Para algunos tipos de problemas, usted deberá recurrir al **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros tipos de problemas, debe usar el **proceso para presentar quejas**, también denominadas inconformidades.

Ambos procesos han sido aprobados por Medicare. Cada proceso tiene una serie de reglas, procedimientos y plazos que deben ser seguidos por nosotros y por usted.

En la guía de la Sección 3, encontrará ayuda para identificar el proceso que corresponde usar y qué debe hacer.

Sección 1.2 ¿Qué sucede con los términos legales?

En algunas normas, procedimientos y tipos de fechas límites explicados en este capítulo, se utilizan términos técnicos legales. La mayoría de las personas no conocen estos términos y pueden resultar difíciles de entender. Para facilitar las cosas, este capítulo usa lo siguiente:

- Usa palabras sencillas en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo generalmente se usa la frase “presentar una queja” en lugar de “presentar una inconformidad”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de organización” y “Organización de Revisión Independiente” en lugar de “Entidad de Revisión Independiente”.
- También se utiliza la menor cantidad de abreviaciones posible.

Sin embargo, puede ser útil, y a veces bastante importante, que usted conozca los términos legales correctos para la situación en la que se encuentra. Conocer los términos que se deben utilizar lo ayudará a comunicarse con mayor claridad y precisión cuando deba tratar su problema y obtener la ayuda y la información correspondientes para su situación. Para ayudarle a saber cuáles términos utilizar, hemos incluido los términos legales en las definiciones para tratar ciertos tipos de situaciones.

SECCIÓN 2 Dónde puede obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos disponibles para prestarle asistencia. Incluso si tiene una queja sobre nuestro tratamiento para con usted, estamos obligados a honrar su derecho

Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

a quejarse. Por lo tanto, siempre debe comunicarse con el Servicio al Cliente para obtener ayuda. Pero, en algunas situaciones, también le convendrá solicitar asistencia u orientación a otras fuentes no relacionadas con nosotros. A continuación, se muestran dos entidades que pueden ayudarlo.

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP, en inglés)

Cada estado tiene un programa gubernamental con asesores capacitados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa le pueden ayudar a decidir qué proceso debe utilizar para tratar cualquier problema que tenga. También pueden responder a sus preguntas, brindar más información y ofrecer asesoramiento sobre qué hacer.

Los servicios de los asesores SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono y enlaces del sitio web en el Capítulo 2, Sección 3 de este documento.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda. Comuníquese 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.
- Puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar sus problemas?

Si tiene algún problema o duda, solo debe leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación. La siguiente guía le ayudará.

¿Su problema o duda están relacionados con sus beneficios o cobertura?

Esto incluye problemas para determinar si ciertos servicios de atención médica o medicamentos con receta | están cubiertos o no, la modalidad de dicha cobertura y problemas relacionados con el pago de la atención médica o los medicamentos con receta.

Sí.

Continúe con la próxima sección de este capítulo, la **Sección 4, "Una guía de los conceptos básicos de decisiones de cobertura y apelaciones"**.

Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

No.

Salte a la **Sección 9** al final de este capítulo, "**Cómo presentar una queja por la calidad de atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otros problemas**".

DECISIONES Y APELACIONES DE LA COBERTURA

SECCIÓN 4 Una guía de los conceptos básicos de decisiones de cobertura y apelaciones

Sección 4.1 Solicitud de decisiones de cobertura y presentación de apelaciones: generalidades

Las decisiones de cobertura y apelaciones sirven para abordar problemas relacionados con sus beneficios y cobertura de servicios de atención médica, entre los que se incluyen los problemas asociados con el pago. Este es el proceso que debe utilizar para saber si un servicio está cubierto o no y la manera en que está cubierto.

Solicitar decisiones de cobertura antes de recibir los servicios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y cobertura, o sobre la suma que pagaremos por sus servicios médicos. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión de cobertura (que lo favorece) siempre que le presta atención médica o si lo deriva a un especialista médico. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura si su médico no está seguro de que cubriremos un servicio médico particular o si se niega a proporcionarle la atención médica que usted considera que necesita. En otras palabras, si necesita saber si cubrimos un servicio médico antes de recibirlo, puede solicitar una decisión de cobertura para su caso. En circunstancias limitadas, se descartará una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Entre los ejemplos de cuándo se descartará una solicitud, se incluyen casos en los que la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud para una decisión de cobertura, enviaremos un aviso en el que se explicará por qué se descartó la solicitud y cómo se puede solicitar una revisión de la denegación.

Tomamos una decisión de cobertura por usted cada vez que decidimos qué servicios están cubiertos para usted y cuánto debemos pagar. En algunos casos, podríamos decidir que un servicio no está cubierto o que ya no está cubierto por Medicare para

Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

usted. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Presentación de una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de recibir un servicio, y usted no está satisfecho, puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. En ciertas circunstancias, que trataremos más adelante, puede solicitar una “decisión de cobertura rápida” o acelerada de una decisión de cobertura. Otros revisores, que no son los que tomaron la decisión desfavorable original, son los encargados de manejar su apelación.

El proceso de apelar una decisión por primera vez, se denomina Apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para verificar que estemos cumpliendo con todas las normas correctamente.

Una vez que completamos la revisión, le comunicamos nuestra decisión. En circunstancias limitadas, se descartará una Apelación de Nivel 1, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Entre los ejemplos de cuándo se descartará una solicitud, se incluyen casos en los que la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si solicita que se retire su solicitud. Si descartamos una solicitud de Apelación de Nivel 1, enviaremos un aviso en el que se explicará por qué se descartó la solicitud y cómo se puede solicitar una revisión de la denegación.

Si no descartamos su apelación de Nivel 1 pero la denegamos de forma total o parcial, puede solicitar una apelación de Nivel 2. La Apelación de Nivel 2 es conducida por una organización de revisión independiente que no está relacionada con nosotros. (Las apelaciones por servicios médicos y medicamentos de la Parte B se enviarán automáticamente a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2; no es necesario que haga nada. Si no está satisfecho con la decisión tomada en la apelación de Nivel 2, puede continuar con los niveles adicionales de apelación (la Sección 8 de este capítulo explica los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5

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

Estos son los recursos que puede usar si decide solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Puede **llamarnos al Servicio de Atención al Cliente** (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento).
- **Puede obtener ayuda gratuita** del Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico.
- **Su médico puede realizar la solicitud por usted.** Si su médico lo ayuda con una Apelación más allá del Nivel 2, deberá ser designado como su

Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- representante. Llame al Servicio de Atención al Cliente y solicite el formulario de “designación de representante”. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf.)
- Para la atención médica o los medicamentos con receta de Parte B, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se deniega su apelación en el Nivel 1, se derivará en forma automática al Nivel 2.
 - **Puede pedirle a otra persona que actúe en su nombre.** Si lo desea, puede nombrar a otra persona para que actúe como su “representante” a fin de solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Si desea que un amigo, pariente u otra persona sea su representante, llame a Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento) y solicite el formulario “Nombramiento de representante”. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMSForms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf). El formulario otorga a esa persona permiso para actuar en su nombre. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona que actuará en su nombre. Usted debe entregarnos una copia del formulario firmado.
 - Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, solo podremos comenzar o completar nuestra revisión cuando lo recibamos. Si no recibimos el formulario en un plazo de 44 días naturales después de haber recibido su solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será destituida. En caso de que esto suceda, le enviaremos un aviso por escrito en el que se expliquen sus derechos para solicitar a la Organización de Revisión Independiente que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
 - **También tiene derecho a contratar a un abogado para que actúe en su nombre.** Puede contratar a su propio abogado o pedir el nombre de un abogado en la asociación de abogados local u otro servicio de remisiones. También existen grupos que ofrecen servicios legales gratuitos si usted califica. Sin embargo, **usted no está obligado a contratar a un abogado** para solicitar una decisión de cobertura o apelar una decisión.

Sección 4.3 ¿En qué parte de este capítulo se brindan detalles para su situación?

Existen tres tipos diferentes de situaciones que involucran apelaciones y decisiones de cobertura. Dado que cada situación tiene normas y fechas límites diferentes, le damos los detalles de cada una en una sección diferente:

Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Sección 5** de este capítulo: "Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación"
- **Sección 6** de este capítulo: "Cómo solicitarnos la cobertura de una estadía en un hospital más prolongada si considera que el médico le está dando el alta demasiado pronto"
- **Sección 7** de este capítulo: "Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que la cobertura finaliza demasiado pronto" (*Esta sección se aplica solo a los siguientes servicios: atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes no hospitalizados [CORF, en inglés]*)

Si aún no está seguro de qué parte debe consultar, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento). También puede pedir asistencia o información de organizaciones gubernamentales como el Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico que le corresponde (en el Capítulo 2, Sección 3 de este cuadernillo, encontrará los números de teléfono de este programa).

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

Sección 5.1	En esta parte se describen los pasos a seguir si tiene algún problema para obtener la cobertura de atención médica o si usted debe solicitar un reintegro por nuestra parte del costo de su atención
--------------------	---

En esta sección, se describen sus beneficios por atención médica y servicios. Estos beneficios se describen en el anexo Beneficios de la EOC. Para simplificar, generalmente nos referimos a "cobertura de atención médica" o "atención médica" que incluye artículos y servicios médicos, así como medicamentos con receta de la Parte B de Medicare. En algunos casos, se aplican diferentes reglas a una solicitud para un medicamento recetado de Parte B. En esos casos, explicaremos cómo las normas para los medicamentos recetados de Parte B son diferentes de las normas para los elementos médicos y los servicios.

En esta sección, se describe qué puede hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes cinco situaciones:

1. Usted no recibe la atención médica que desea y considera que esta atención está cubierta por nuestro plan. **Cómo solicitar una decisión de cobertura. Sección 5.2.**

Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor médico desea administrarle y usted considera que esta atención está cubierta por el plan. **Cómo solicitar una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
3. Ha recibido atención médica que considera que debe estar cubierta por el plan, pero le hemos informado que no pagaremos por esta atención. **Cómo presentar una apelación. Sección 5.3.**
4. Ha recibido y pagado por la atención médica que considera que debe estar cubierta por el plan y desea solicitar a nuestro plan el reembolso por esta atención. **Envíenos la factura. Sección 5.5.**
5. Le han informado que la cobertura de cierta atención médica que ha estado recibiendo (previamente aprobada por nosotros) será reducida o cancelada y considera que eso podría perjudicar su salud. **Cómo presentar una apelación. Sección 5.3.**

Nota: Si la cobertura que se va a interrumpir es por servicios de atención médica en el hospital, atención médica en el hogar, atención médica en centros de enfermería especializada, servicios en un Centro de Rehabilitación Integral Ambulatoria (CORF, en inglés), debe leer las Secciones 7 y 8 de este Capítulo. Se aplican normas especiales a estos tipos de atención. Esto es lo que debe leer en esas situaciones:

Sección 5.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales

Cuando una decisión de cobertura afecta su atención médica, se llama **“determinación de organización”**.

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

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

Una “decisión de cobertura estándar” generalmente se toma dentro de los 14 días o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Una “decisión rápida sobre la cobertura” generalmente se toma dentro de las 72 horas, para servicios médicos, 24 horas para medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, usted debe cumplir con dos requisitos:

- Solo puede *solicitar* cobertura para la atención médica *que aún no ha recibido*.
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si, con la aplicación de los plazos estándares, tanto *su salud como su capacidad de funcionar pueden resultar perjudicadas*.

Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si su médico nos informa que su estado de salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, automáticamente acordaremos otorgarle una decisión de cobertura rápida.
- Si usted mismo solicita una decisión de cobertura rápida, sin el respaldo de su médico, decidiremos si su estado de salud requiere que le otorguemos una decisión de cobertura rápida. Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta con las siguientes características:
 - Explica que utilizaremos las fechas límite estándares.
 - Explica que, si su médico solicita una decisión de cobertura rápida, automáticamente tomaremos una decisión de cobertura rápida.
 - Explica que puede presentar una “queja rápida” acerca de nuestra decisión de otorgarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó.

Paso 2: Solicite a nuestro plan que tome una decisión de cobertura o una decisión de cobertura rápida

- Comience por llamar, enviar una carta o un fax a nuestro plan para solicitar que autoricemos o que le brindemos la cobertura por la atención médica que usted desea. Esto lo puede hacer usted, su médico o su representante. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

Paso 3: Consideramos su solicitud por cobertura de atención médica y le informamos nuestra respuesta.

Para las decisiones de cobertura estándar, usamos las fechas límite estándares.

Significa que le comunicaremos una respuesta dentro de los 14 días calendario después de recibir su solicitud **para un artículo o servicio médico**. Si su solicitud es por un **medicamento con receta de Medicare Parte B**, le daremos una respuesta **dentro de las 72 horas** después de recibir su solicitud.

- **Sin embargo**, si usted solicita una extensión o si necesitamos reunir más información que lo puede beneficiar, **podemos extender el plazo hasta 14 días calendario más** si su solicitud es por un artículo o servicio médico. Si extendemos el plazo, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para formular una decisión si su solicitud es sobre un medicamento recetado de Medicare Parte B.
- Si considera que *no* debemos extender el plazo, 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 que se utiliza para decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 10 de este Capítulo para obtener información sobre las quejas).

Para las decisiones de cobertura rápida, utilizaremos un plazo acelerado

Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos dentro de las 72 horas si su solicitud es para un elemento o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B, le responderemos dentro de las 24 horas.

- **Sin embargo**, si usted solicita una extensión o si necesitamos reunir más información que lo puede beneficiar, **podemos extender el plazo por 14 días calendario más**. Si extendemos el plazo, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para formular una decisión si su solicitud es sobre un medicamento recetado de Medicare Parte B.
- Si considera que *no* debemos extender el plazo, puede presentar una “queja rápida”. (Consulte la Sección 10 de este Capítulo para obtener información sobre las quejas). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Si nuestra respuesta a parte o toda su solicitud es negativa**, le enviaremos una declaración escrita donde le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura de atención médica, puede apelar.

- Si nuestra respuesta es No, tiene el derecho a solicitar que reconsideremos esta decisión mediante una apelación. Esto significa volver a solicitar la cobertura de atención médica que desea. Si presenta una apelación, significa que su caso se trasladará al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

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

Términos legales

Una apelación presentada ante el plan por una decisión de cobertura de atención médica se llama **“reconsideración”**.

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 dentro de los 30 días. Una “apelación rápida” generalmente se realiza dentro de las 72 horas.

- Si usted apela una decisión que tomamos sobre la cobertura de la atención que aún no ha recibido, usted o su médico deberán decidir si necesita una “apelación rápida”. Si su médico nos informa que su salud requiere una “apelación rápida”, le daremos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión de cobertura rápida” detallados en la Sección 5.2 de este capítulo.

Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 2: Solicite una Apelación o una Apelación Rápida a nuestro plan

Si solicita una apelación estándar, envíe su apelación estándar por escrito.

- **Si solicita una apelación estándar rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que aparece en el aviso por escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta a su solicitud de decisión de cobertura. Si usted no cumple esta fecha límite y tiene una justificación para no haberla cumplido, explique la razón del retraso de su apelación cuando la realice. Es posible que le demos más tiempo para hacer su apelación. Entre los ejemplos de justificaciones, se pueden incluir los siguientes: tiene una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información relacionada con su decisión médica. Usted y su médico pueden darnos más información para apoyar su apelación.**

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

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, examinamos detalladamente toda la información. Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Posiblemente nos contactaremos con usted o su médico para recopilar más información, en caso de ser necesario.

Plazos para una “apelación rápida”

- Si solicita una apelación rápida, le daremos nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación**. Le informaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud lo requiere.
 - Sin embargo, si usted solicita una extensión o si necesitamos reunir más información que lo puede beneficiar, **podemos extender el plazo hasta 14 días naturales más** si su solicitud es por un artículo o servicio médico. Si extendemos el plazo, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional si su solicitud es sobre un medicamento con receta de Medicare Parte B.
 - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas (o al final de la extensión del plazo si tomamos días adicionales), estamos obligados a trasladar su solicitud en forma automática al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será sometida a revisión por una Organización de Revisión Independiente. La Sección 5.4 explica el proceso de Apelación de Nivel 2.

Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o toda su solicitud**, debemos autorizar o proveer la cobertura que hemos acordado proveer dentro de las 72 horas de haber recibido su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a parte o toda su solicitud**, enviaremos en forma automática su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2. La Organización de Revisión Independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación "estándar"

- Si solicita una apelación estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de recibir su solicitud. Si su solicitud es por un medicamento recetado de Medicare Parte B, le daremos una respuesta **dentro de los 7 días naturales** después de recibir su solicitud. Le informaremos sobre nuestra decisión en un plazo menor si la condición de su salud lo requiere.
 - Sin embargo, si usted solicita una extensión o si necesitamos reunir más información que lo puede beneficiar, **podemos extender el plazo hasta 14 días naturales más** si su solicitud es por un artículo o servicio médico. Si extendemos el plazo, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para formular una decisión si su solicitud es sobre un medicamento recetado de Medicare Parte B.
 - Si cree que *no* debemos demorar más días, puede presentar una "queja rápida". Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su reclamo dentro de las 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar reclamos, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 9 de este capítulo).
 - Si no le damos una respuesta dentro de la fecha límite (o al final del período extendido), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2 en la que una organización de revisión independiente revisará la apelación. La Sección 5.4 explica el proceso de Apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte de su solicitud o toda ella**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que acordamos dentro de los 30 días calendario cuando la solicitud es por un artículo o servicio médico, o **dentro de los 7 días calendario** cuando la solicitud es por un medicamento con receta de Medicare Parte B.
- **Si nuestra respuesta es negativa a parte o toda su solicitud**, enviaremos en forma automática su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

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

Término legal

El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” es **“Entidad de Revisión Independiente”**. A veces se la denomina **“IRE” (en inglés)**.

La **Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si debería cambiarse nuestra decisión. Medicare supervisa su trabajo.

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

- Nosotros enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina “archivo de caso”. **Usted tiene el derecho de pedirnos una copia de su archivo de caso**. Se nos permite cobrarle una tarifa por copiar y enviar esta información.
- Tiene derecho a brindar información adicional a la Organización de Revisión Independiente para respaldar su apelación.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Si tuvo una apelación “rápida” en el nivel 1, también tendrá una apelación “rápida” en el nivel 2

- Para la “apelación rápida”, la organización revisora debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es por un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, **puede tardar hasta 14 días calendario más**. La Organización de Revisión Independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su apelación es para un medicamento con receta de Medicare Parte B.

Si usted presentó una apelación “estándar” en el nivel 1, también tendrá una apelación “estándar” en el nivel 2

- Para la “apelación estándar”, si su solicitud es por un artículo o servicio médico, la organización revisora debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** a partir de la recepción de su apelación. Si su solicitud es por un medicamento con receta de Medicare Parte B, la organización revisora debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** a partir de la recepción de su apelación.

Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Sin embargo, si su solicitud es por un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, **puede tardar hasta 14 días calendario más**. La Organización de Revisión Independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su apelación es para un medicamento con receta de Medicare Parte B.

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

La Organización de Revisión Independiente le informará su decisión por escrito junto con las razones que la justifican.

- **Si la respuesta de la organización revisora a su solicitud de un artículo o servicio médico es total o parcialmente afirmativa**, debemos autorizar la cobertura de atención médica dentro de las 72 horas o proporcionar el servicio dentro de los 14 días calendario a partir de la recepción de la decisión de la organización revisora para las solicitudes estándar. Para solicitudes aceleradas, tenemos 72 horas a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si la organización revisora acepta total o parcialmente una solicitud de un medicamento con receta de Medicare Parte B**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento con receta de la Parte B en un plazo de **72 horas** después de haber recibido la decisión de la organización revisora para **las solicitudes estándar**. Para **solicitudes aceleradas**, tenemos **24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si la respuesta de esta organización a su apelación es total o parcialmente negativa**, significa que está de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica no debe ser aprobada. (Esto se denomina “confirmar la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta donde se informe lo siguiente:
 - Explicar su decisión.
 - Que notificará sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de la atención médica que solicita cumple con el mínimo determinado. Mediante el aviso que reciba de la Organización de Revisión Independiente, se le informará el monto en dólares que debe alcanzar para continuar con el proceso de apelaciones.
 - Informarle cómo presentar una Apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, puede decidir si desea continuar con el proceso de apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (un total de cinco niveles de apelaciones). Si decide presentar una

Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Apelación de Nivel 3, revise los detalles de cómo proceder que se incluyen en el aviso escrito que recibió después de la Apelación de Nivel 2.

- La Apelación de Nivel 3 es manejada por un Juez de Derecho Administrativo o un abogado mediador. En la Sección 8 de este capítulo, encontrará más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 5.5 ¿Qué sucede si usted nos solicita que le reintegremos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por atención médica?

En el Capítulo 5, se describen las situaciones en las que usted puede necesitar pedir un reembolso o pagar una factura que recibió de un proveedor. También le informa cómo nos debe enviar la documentación en la que solicita que le paguemos.

Solicitar un reembolso significa que nos está solicitando una decisión de cobertura

Si nos envía la documentación para solicitar un reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, verificaremos si la atención médica que usted pagó es un servicio incluido. También verificaremos si usted cumplió con todas las normas para usar su cobertura de atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud:** Si la atención médica que usted pagó está cubierta y usted cumplió con todas las normas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo de su atención médica en un plazo de 60 días naturales después de haber recibido su solicitud. O, si no pagó por los servicios, enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si rechazamos su solicitud:** Si la atención médica no está cubierta o si usted no cumplió con todas las normas, no le enviaremos el pago. En su lugar, enviaremos una carta en la que se le informa que no pagaremos los servicios y los motivos por los cuales no pagaremos.

Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **usted podrá presentar una apelación**. Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones descrito en la Sección 5.3. Para apelaciones relacionadas con el reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle nuestra respuesta dentro de 60 días calendario después de haber recibido su apelación. Si solicita un reintegro por atención médica que usted mismo ya ha recibido y pagado, no podrá solicitar una apelación rápida.
- Si la Organización de Revisión Independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago dentro de los 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es afirmativa en cualquier etapa

Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviar el pago que ha solicitado a usted o al proveedor en un plazo de 60 días naturales.

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

Cuando usted ingresa a un hospital, tiene derecho de recibir todos los servicios de hospital cubiertos necesarios para el diagnóstico y el tratamiento de su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre nuestra cobertura de su atención en el hospital, incluidas las limitaciones a esta cobertura, consulte el anexo Beneficios de la EOC.

Durante su internación cubierta en el hospital, el médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararlo para el día en que reciba el alta. También lo ayudarán a coordinar la atención que podrá requerir después del alta.

- El día en que usted se retira del hospital se denomina la “**fecha de alta**”.
- Cuando se haya determinado su fecha de alta, su médico o el personal del hospital se la informarán.
- Si considera que le están dando de alta demasiado pronto, puede solicitar una internación en el hospital más prolongada y su solicitud será considerada. Esta sección le explica cómo debe hacer la solicitud.

Sección 6.1 Durante su internación en el hospital, usted recibirá un aviso por escrito de Medicare en el que se le informan sus derechos

En un plazo de dos días después de su internación cubierta en el hospital, recibirá un aviso escrito llamado *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas con Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien en el hospital (por ejemplo, un encargado del caso o un enfermero), pregúntele a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicio de Atención 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 este aviso cuidadosamente y haga preguntas si no lo comprende. Le informa acerca de:

- Su derecho de recibir servicios incluidos por Medicare durante y después de su internación en el hospital, según lo indicado por su médico. Esto incluye su derecho a conocer en qué consisten esos servicios, quién los pagará y dónde los puede recibir.
- Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su estadía en un hospital.
- Dónde presentar sus inquietudes con respecto a la calidad de su atención hospitalaria.

Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Su derecho **a solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darle el alta si cree que le están dando el alta del hospital demasiado pronto. Es una manera formal y legal de solicitar una demora de su fecha de alta para que se extienda su cobertura de atención hospitalaria.
- 2. Se le solicitará firmar el aviso escrito como acuse de recibo y para demostrar que comprende sus derechos.**
- Usted u otra persona que actúe en su nombre deben firmar el aviso.
 - Firmar el aviso *solo* demuestra que usted recibió la información sobre sus derechos. El aviso no indica su fecha de alta. Firmar el aviso **no significa** que usted está de acuerdo con una fecha de alta.
- 3. Conserve su copia** del aviso para tener la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud por la calidad de atención) en caso de necesitarla.
- Si firma el aviso más de dos días antes de la fecha del alta hospitalaria, recibirá otra copia antes de que le programen el alta.
 - Para ver una copia de este aviso por anticipado, puede llamar al Servicio de Atención al Cliente o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede verlo en línea ingresando a www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

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

Si desea solicitar que extendamos el plazo de cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes internados, deberá recurrir al proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, debe conocer los pasos que debe seguir y las fechas límites.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con las fechas límite.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Servicio de Atención al Cliente. También puede comunicarse con su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. Verifica si su fecha de alta programada es adecuada desde el punto de vista médico para su caso.

La **Organización para el Mejoramiento de la Calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el Gobierno federal que controlan y ayudan a mejorar la calidad de la atención médica de personas con Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

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

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso escrito que usted recibió (Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos) le informa cómo puede comunicarse con esta organización. (Para conocer el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado, también puede consultar el Capítulo 2).

Actúe rápidamente:

- Para presentar la apelación, usted debe comunicarse con la Organización de Mejoramiento de Calidad *antes* de retirarse del hospital y **a más tardar a la medianoche de su fecha de alta programada**.
 - Si cumple este plazo, podrá permanecer en el hospital *después* de su fecha de alta *sin pagar por la estadía* mientras espera la decisión de su apelación de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.
 - Si *no* cumple con este plazo y decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta programada, *deberá pagar todos los costos* por la atención hospitalaria que reciba después de su fecha de alta programada.
 - Si usted no cumple con la fecha límite para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de Calidad y aún desea presentar su apelación, deberá presentar en cambio la apelación directamente ante nuestro plan. Para obtener más detalles acerca de esta otra forma para hacer su apelación, consulte la Sección 6.4.
- Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se comunicará con nosotros. Para el mediodía del día después de que nos comuniquemos con nosotros, le daremos una **notificación detallada del alta**. En este aviso, se indica la fecha planificada para el alta y se explican en detalle los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros creemos que es adecuado (médicamente adecuado) que usted sea dado de alta en esa fecha.
- Puede obtener una muestra del **Aviso Detallado de Alta** si llama a Servicio de Atención al Cliente o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver un modelo de aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

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

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (a quienes llamaremos “los revisores”) le consultarán a usted (o a su representante) las razones por las que considera que se debe prolongar la

Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

cobertura de los servicios. No es necesario que usted presente las razones por escrito, pero lo podrá hacer si así lo desea.

- Los revisores también analizarán su información médica, consultarán a su médico y analizarán nuestra información y la del hospital.
- Para el mediodía del día después de que los revisores nos informen acerca de su apelación, usted recibirá un aviso por escrito que le proporciona su fecha programada de alta médica. Este aviso también explica en detalle las razones por las cuales su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (médicamente adecuado) que usted sea dado de alta en esa fecha.

Paso 3: Dentro del día completo después de haber recibido toda la información necesaria, la Organización de Mejoramiento de Calidad le informará la respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es afirmativa?

- Si la respuesta a su apelación de la organización revisora es *afirmativa*, **debemos continuar cubriendo sus servicios hospitalarios para pacientes internados por el tiempo que estos servicios sean de necesidad médica.**
- Deberá continuar pagando su parte de los costos (como los deducibles o copagos, si corresponde). Además, puede haber limitaciones para sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la respuesta es negativa?

- Si la respuesta a su apelación de la organización revisora es *negativa*, significa que su fecha de alta programada es correcta desde el punto de vista médico. Si este es su caso, **nuestra cobertura por sus servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará** el mediodía de la fecha *después* de que la Organización de Mejoramiento de Calidad le informe la respuesta de su apelación.
- Si la respuesta de la organización revisora a su apelación es *negativa* y usted decide permanecer internado en el hospital, **usted deberá pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba a partir del mediodía del día después de que la Organización de Mejoramiento de Calidad le informe la respuesta a su apelación.

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

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad dio una respuesta *negativa* a su apelación, y usted continúa internado en el hospital después de la fecha de alta programada, podrá presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que su caso será trasladado al “Nivel 2” del proceso de apelaciones.

Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

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

Durante una Apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad analizar nuevamente la decisión que tomó en su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su Apelación de Nivel 2, deberá pagar el costo total de su internación posterior a la fecha de alta programada.

Paso 1: Debe contactar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad nuevamente y solicitar otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días naturales** después del día en que la Organización de Mejoramiento de Calidad contestó *negativamente* a su Apelación de Nivel 1. Usted puede solicitar esta revisión solo si usted permanece en el hospital después de la fecha en que terminó su cobertura de atención médica.

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

- Los revisores de la Organización de Mejoramiento de la Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días naturales después de la recepción de solicitud para una segunda revisión, los revisores de la Organización de Mejoramiento de Calidad tomarán una decisión por su apelación y le informarán su decisión.

Si la respuesta de la organización de revisión es afirmativa:

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que recibió a partir del mediodía del día posterior a la fecha en que la Organización de Mejoramiento de Calidad rechazó su primera apelación. **Debemos continuar proporcionando cobertura para la atención hospitalaria de pacientes internados siempre que sea médicamente necesario.**
- Usted deberá continuar pagando su parte de los costos, y se pueden aplicar limitaciones de cobertura.

Si la respuesta de la organización de revisión es negativa:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su Apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- El aviso que reciba le informará por escrito cómo debe proceder si decide continuar con el proceso de revisión. El aviso le informará sobre los detalles de cómo continuar con el siguiente nivel de apelación, que será administrado por un Juez de derecho administrativo o un abogado mediador.

Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 4: Si la respuesta es negativa, deberá decidir si continuará su apelación en el Nivel 3.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (un total de cinco niveles de apelaciones). Si la organización de revisión rechaza su Apelación de Nivel 2, podrá optar por aceptar esa decisión o continuar al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es revisada por un Juez de derecho administrativo o un abogado mediador.
- En la Sección 8 de este capítulo, encontrará más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 6.4 ¿Qué sucede si usted no cumple con la fecha límite para hacer su apelación de Nivel 1?

Término legal

Una “revisión rápida” (o “apelación rápida”) también se denomina **“apelación acelerada”**.

Puede presentar una apelación

Como se explicó anteriormente, debe actuar rápidamente para iniciar su apelación de Nivel 1 del alta hospitalaria. Si no cumple con la fecha límite para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, puede presentar la apelación por otros medios.

Si usted presenta la apelación por esta otra vía, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes*.

Paso a paso: Cómo presentar una Apelación *Alternativa* de Nivel 1

Paso 1: Comuníquese con nosotros para solicitar una “revisión rápida”.

- **Solicitar una “revisión rápida”**. Esto significa que nos solicita una respuesta con fechas límite “rápidas” en lugar de fechas límite “estándar”. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

Paso 2: Efectuamos una revisión “rápida” de su fecha de alta programada y verificamos si es correcta desde el punto de vista médico.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su estancia en el hospital. Verificamos si su fecha de alta programada es correcta desde el punto de vista médico. Verificaremos si la decisión sobre cuándo debe dejar el hospital fue justa y si se cumplieron todas las reglas.

Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 3: Esto significa que le informaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas posteriores a su solicitud de una “revisión rápida”.

- **Si aceptamos su apelación**, esto significa que estamos de acuerdo en que usted aún debe permanecer en el hospital después de la fecha de alta médica. Continuaremos cubriendo servicios hospitalarios por el tiempo que sea de necesidad médica. También significa que hemos aceptado reembolsarle nuestra parte de los costos por la atención que usted ha recibido desde la fecha en que le informamos que su cobertura finalizaba. (Debe pagar su parte de los costos y se podrán aplicar limitaciones a la cobertura).
- **Si respondemos negativamente a su apelación rápida**, consideramos que su fecha de alta programada fue correcta desde el punto de vista médico. Nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes internados finaliza el día en que decidimos que finalizaría su cobertura.
 - Si usted permaneció internado en el hospital *después* de su fecha de alta programada, **usted deberá pagar el costo total** de la atención hospitalaria recibida después de la fecha de alta programada.

Paso 4: Si respondemos *negativamente* a su apelación rápida, su caso será trasladado *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de Apelación *Alternativa* de Nivel 2

Término legal
El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” es “ Entidad de Revisión Independiente ”. A veces se la denomina “ IRE ” (en inglés).

El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” es “**Entidad de Revisión Independiente**”. A veces se la denomina “**IRE**” (en inglés).

La **Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si debería cambiarse nuestra decisión. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Su caso será trasladado automáticamente a la organización de revisión independiente.

- Debemos enviar la información de su apelación de Nivel 2 a la organización de revisión independiente en un plazo de 24 horas después de haberle informado que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo u otros plazos, podrá presentar una queja. En la Sección 9 de este capítulo, se describen los pasos que se deben seguir para presentar una queja).

Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

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

- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán detalladamente toda la información relacionada con su apelación por el alta del hospital.
- **Si la respuesta de esta organización a su apelación es *afirmativa***, debemos (reembolsarle) nuestra parte de los costos de la atención médica que usted recibió en el hospital desde su fecha de alta programada. También debemos continuar con la cobertura del plan por sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesario. Usted deberá continuar pagando su parte de los costos. Si se aplican limitaciones de cobertura, estas podrían limitar la suma de nuestro reembolso o el tiempo por el que podríamos continuar con la cobertura de sus servicios.
- **Si la respuesta de esta organización a su apelación es *negativa***, significa que están de acuerdo con nosotros en que su fecha de alta programada del hospital era correcta desde el punto de vista médico.
 - El aviso 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 de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador.

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

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (un total de cinco niveles de apelaciones). Si los revisores contestan negativamente a su apelación de Nivel 2, usted decide si desea continuar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación.
- En la Sección 8 de este capítulo, encontrará más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que la cobertura finaliza demasiado pronto

Sección 7.1	<i>En esta sección, se describen solamente tres servicios: atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y Centro de Rehabilitación Integral Ambulatoria (CORF, en inglés).</i>
--------------------	--

Cuando recibe **servicios de atención médica a domicilio, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (Centro integral de rehabilitación**

Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

para pacientes no hospitalizados) tiene el derecho de continuar recibiendo sus servicios cubiertos por ese tipo de atención durante el tiempo necesario para realizar el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es momento de finalizar la cobertura para cualquiera de los tres tipos de atención que usted recibe, debemos informarle por anticipado. Cuando finalice su cobertura por esa atención, dejaremos de pagar nuestra parte de los costos por su atención.

Si cree que estamos terminando la cobertura de su atención médica demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. En esta sección, se explica cómo solicitar una apelación.

Sección 7.2 Le informaremos por anticipado cuándo termina su cobertura

Término legal

“Aviso de No Cobertura de Medicare”. Le indica cómo puede solicitar una **“apelación por vía rápida”**. Solicitar una apelación por vía rápida es una manera formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura sobre cuándo cancelar su atención.

- 1. Usted recibe un aviso por escrito** al menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. En el aviso se indica lo siguiente:
 - La fecha en que dejaremos de cubrir la atención que recibe.
 - Cómo solicitar una “apelación por vía rápida” para solicitar que continuemos cubriendo su atención durante un periodo más prolongado.
- 2. Usted, o la persona que actúe en su nombre, deben firmar el aviso escrito como acuse de recibo.** Al firmar el aviso, demuestra *solamente* que recibió la información sobre la finalización de su cobertura. **Firmar este aviso no significa que usted está de acuerdo** con la decisión del plan de finalizar la atención.

Sección 7.3 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo

Si desea solicitarnos que prolonguemos la cobertura de su atención, deberá recurrir al proceso de apelaciones para hacer esta solicitud. Antes de comenzar, debe conocer los pasos que debe seguir y las fechas límites.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con las fechas límite.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Servicio de Atención al Cliente. También puede

Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

comunicarse con su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico, una organización gubernamental que proporciona asistencia personalizada.

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

La **Organización para el Mejoramiento de la Calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el Gobierno federal que controlan y ayudan a mejorar la calidad de la atención médica de personas con Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan sobre cuándo es el momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Solicite su apelación de Nivel 1. Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicite una *apelación por vía rápida*. Deberá actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- Mediante el aviso escrito que recibió (*Aviso de no cobertura de Medicare*), se le informa cómo comunicarse con esta organización. (Para conocer el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado, también puede consultar el Capítulo 2).

Actúe rápidamente:

- Debe comunicarse con la Organización de Mejoramiento de Calidad para iniciar su apelación al mediodía anterior a la fecha de vigencia indicada en la Notificación de no cobertura de Medicare.

Su fecha límite para contactar a esta organización.

- Si usted no cumple con la fecha límite para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de Calidad y aún desea presentar su apelación, deberá presentar la apelación directamente ante nosotros. Para obtener más detalles acerca de esta otra forma para hacer su apelación, consulte la Sección 7.5.

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

Término legal

La "**Explicación Detallada de la No Cobertura**" es un aviso que proporciona detalles sobre los motivos de la finalización de la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad ("los revisores") le consultarán a usted, o a su representante, las razones por las que considera que se debe prolongar la cobertura de los

Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

servicios. No es necesario que usted presente las razones por escrito, pero lo podrá hacer si así lo desea.

- La organización de revisión también analizará su información médica, consultará con su médico y analizará la información que nuestro plan le ha entregado.
- Al final del día, los revisores nos habrán informado sobre su apelación, y le enviaremos una **Explicación Detallada de No Cobertura** en la que se expliquen en detalle las razones por las cuales finalizamos la cobertura de sus servicios.

Paso 3: Dentro de un día completo después de haber recibido toda la información que requieren, los revisores le informarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aprueban su apelación?

- Si los revisores contestan *afirmativamente* a su apelación, **debemos continuar la provisión de sus servicios cubiertos durante el tiempo médicamente necesario.**
- Deberá continuar pagando su parte de los costos (como los deducibles o copagos, si corresponde). Además, puede haber limitaciones para sus servicios incluidos.

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores contestan *negativamente* a su apelación, **su cobertura finalizará en la fecha que le hemos informado.**
- Si usted decide continuar recibiendo atención médica domiciliaria o atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF) *después* de esta fecha en que finaliza su cobertura, **usted deberá pagar el costo total** por esta atención.

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

- Si los revisores contestan *negativamente* a su apelación de Nivel 1 y usted decide continuar recibiendo atención después de que la cobertura de su atención finalice, podrá 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 por más tiempo
--

Durante una Apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad analizar nuevamente la decisión que tomó en su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su Apelación de Nivel 2, deberá pagar el costo total de los servicios de atención médica en el hogar, atención en centros de enfermería especializada o en Centros de Rehabilitación Integral

Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Ambulatoria (CORF, en inglés) después de la fecha en que le informamos que su cobertura finalizaría.

Paso 1: Debe contactar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad nuevamente y solicitar otra revisión.

- Usted debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días** después de que la Organización de Mejoramiento de la Calidad contestó *negativamente* a su Apelación de Nivel 1. Usted puede solicitar esta revisión solo si continuó recibiendo la atención médica después de la fecha en que terminó su cobertura por atención médica.

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

- Los revisores de la Organización de Mejoramiento de la Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días de la recepción de su solicitud de apelación, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y se la informarán.

¿Qué sucede si la organización de revisión contesta afirmativamente a su apelación?

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención que usted recibió desde la fecha en que le informamos que finalizaría su cobertura. **Debemos continuar proporcionando cobertura** de atención médica durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Usted debe continuar pagando su parte de los costos y se pueden aplicar limitaciones para la cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión contesta negativamente?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que hemos tomado para su apelación de Nivel 1.
- El aviso que reciba le informará por escrito cómo debe proceder si decide continuar con el proceso de revisión. El aviso le informará sobre los detalles de cómo continuar con el siguiente nivel de apelación, que será administrado por un Juez de derecho administrativo o un abogado mediador.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, deberá decidir si desea continuar el proceso de apelaciones.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2, lo que suma un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, podrá optar por aceptar esa decisión o continuar con el Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es revisada por un Juez de derecho administrativo o un abogado mediador.

Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- En la Sección 8 de este capítulo, encontrará más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 7.5 ¿Qué sucede si usted no cumple con la fecha límite para hacer su apelación de Nivel 1?

Puede presentar una apelación

Como se explicó anteriormente, debe actuar rápido para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad e iniciar su primera apelación (en un día o dos, a más tardar). Si no cumple con el plazo para comunicarse con esta organización, puede presentar la apelación por otros medios. Si usted presenta la apelación por esta otra vía, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes*.

Paso a paso: Cómo presentar una Apelación *Alternativa* de Nivel 1

Término legal

Una “revisión rápida” (o “apelación rápida”) también se denomina “**apelación acelerada**”.

Paso 1: Comuníquese con nosotros para solicitar una “revisión rápida”.

- **Solicitar una “revisión rápida”.** Esto significa que nos solicita una respuesta con fechas límite “rápidas” en lugar de fechas límite “estándar”. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

Paso 2: Realizamos una revisión “rápida” de la decisión que tomamos sobre el momento en el que finaliza la cobertura de sus servicios.

- Durante esta revisión, volvemos a analizar toda la información relacionada con su caso. Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando establecimos la fecha de finalización de la cobertura del plan por los servicios que usted recibía.

Paso 3: Esto significa que le informaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas posteriores a su solicitud de una “revisión rápida”.

- **Que nuestra respuesta a su apelación rápida sea afirmativa,** significa que estamos de acuerdo con usted en que los servicios se deben prolongar; y continuaremos la provisión de sus servicios cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que hemos aceptado reembolsarle nuestra parte de los costos por la atención que usted ha recibido desde la fecha en que le informamos que su cobertura finalizaba. (Debe pagar su parte de los costos y se podrán aplicar limitaciones a la cobertura).

Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Si nuestra respuesta a su apelación rápida es negativa**, su cobertura finalizará en la fecha que le informamos, y ya no pagaremos ninguna parte del costo después de esta fecha.
- Si continúa recibiendo servicios de atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada, o
- en un centro de rehabilitación integral para pacientes no hospitalizados (CORF) *después* de la fecha en que le informamos que finalizaría su cobertura, **usted deberá pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: Si respondemos *negativamente* a su apelación rápida, su caso pasará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Término legal

El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” es “**Entidad de Revisión Independiente**”. A veces se la denomina “**IRE**” (en inglés).

Paso a paso: Proceso de Apelación *Alternativa* de Nivel 2

- Durante la apelación de Nivel 2, la **organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos sobre su “apelación rápida”. Esta organización decide si se debe cambiar la decisión. **La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Es una empresa seleccionada por Medicare para actuar como Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Su caso será trasladado automáticamente a la organización de revisión independiente.

- Debemos enviar la información de su apelación de Nivel 2 a la organización de revisión independiente en un plazo de 24 horas después de haberle informado que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo u otros plazos, podrá presentar una queja. En la Sección 9 de este capítulo, se describen los pasos que se deben seguir para presentar una queja).

Paso 2: La organización de revisión independiente realiza una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le informan su respuesta en un plazo de 72 horas.

- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización contesta afirmativamente a su apelación**, deberemos reembolsarle nuestra parte de los costos por la atención que usted ha recibido desde la fecha en que le informamos que finalizaría su cobertura. También

Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

debemos prolongar la cobertura de la atención durante el tiempo que sea médicamente necesario. Usted deberá continuar pagando su parte de los costos. Si se aplican limitaciones de cobertura, estas podrían limitar la suma de nuestro reembolso o el tiempo por el que podríamos continuar con la cobertura de servicios.

- **Si esta organización contesta *negativamente* a su apelación**, significa que están de acuerdo con la decisión de nuestro plan a su primera apelación y no la cambiará.
 - El aviso que reciba de la organización de revisión independiente le informará por escrito cómo debe proceder si desea continuar con una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, usted decide si acepta la decisión o si desea continuar con la apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2, lo que suma un total de cinco niveles de apelación. Si decide presentar una apelación de Nivel 3, revise los detalles de cómo proceder que se incluyen en el aviso escrito que recibió después de la decisión de la apelación de Nivel 2.
- En el Nivel 3, su apelación es revisada por un Juez de Derecho Administrativo o un abogado mediador. En la Sección 8 de este capítulo, encontrará más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más

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

Esta sección puede resultar apropiada para su caso si ha presentado una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas apelaciones resultaron rechazadas.

Si el valor dólar del producto o servicio médico que apeló alcanza ciertos niveles mínimos, podrá recurrir a otros niveles de apelación. Si el valor dólar es inferior al nivel mínimo, no podrá presentar más apelaciones. La respuesta por escrito que reciba por su apelación de Nivel 2 le explicará a quién debe contactar y cómo proceder para presentar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de los casos de las apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan básicamente de la misma manera. A continuación, se detalla quién se ocupa de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Apelación de Nivel 3: un Juez de Derecho Administrativo o un abogado mediador que trabaja para el Gobierno federal revisará su apelación y le informará su respuesta.

- **Si la respuesta del Juez de Derecho Administrativo o del abogado mediador con respecto a su apelación es positiva, el proceso de apelaciones puede o no haber finalizado.** A diferencia de una decisión del Nivel 2, tenemos el derecho de apelar una decisión del Nivel 3 que sea favorable para usted. Si decidimos apelar, se enviará a una apelación de Nivel 4.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proveerle el servicio dentro de los 60 días calendario después de recibida la decisión del Juez de Derecho Administrativo o del mediador independiente.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 acompañada de los documentos correspondientes. Podemos esperar la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proveer el servicio en disputa.
- **Si la respuesta del Juez de derecho administrativo o del abogado mediador con respecto a su apelación es negativa, el proceso de apelaciones puede o no haber finalizado.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba, se le indicará qué debe hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4: El Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le informará su respuesta. El Consejo es parte del Gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable de apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones puede o no haber finalizado.** A diferencia de una decisión del Nivel 2, tenemos el derecho de apelar una decisión del Nivel 4 que sea favorable para usted. Decidiremos si apelar esta decisión al Nivel 5.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proveerle el servicio dentro de los 60 días naturales de recibida la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo informaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo de Apelaciones rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones puede o no haber finalizado.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.

Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si no quiere aceptar la decisión, es probable que pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo contesta negativamente a su apelación, el aviso que reciba le informará si las normas le permiten continuar con una apelación de Nivel 5 y cómo hacer para continuar con ese paso.

Apelación de Nivel 5: Un juez de la **Tribunal de Distrito Federal** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá *afirmativa* o *negativamente* sobre su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal de Distrito Federal.

PRESENTAR QUEJAS

SECCIÓN 9 Cómo presentar un reclamo por la calidad de atención, tiempos de espera, atención al cliente u otros reclamos

Sección 9.1 ¿Qué tipos de problemas se manejan por el proceso de quejas?

El procedimiento de quejas se utiliza para ciertos tipos de problemas únicamente. Estos incluyen problemas tales como los relacionados con la calidad de la atención, tiempos de espera y el Servicio al Cliente. A continuación, describimos ejemplos de los tipos de problemas que se manejan en el procedimiento para quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No está conforme con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Considera que alguna persona no respetó su derecho a la privacidad o divulgó información acerca de su persona que cree debería ser confidencial?
Conductas irrespetuosas, servicio deficiente al cliente u otras conductas negativas	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguna persona lo ha tratado en forma grosera o irrespetuosa? • ¿No está satisfecho con la forma en que nuestro Servicio de Atención al Cliente? • ¿Siente que le han insinuado que debe dejar el plan?
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Tiene problemas para acordar una cita o ha tenido que esperar demasiado?

Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Queja	Ejemplo
	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguna vez ha tenido que esperar demasiado para que lo atendiera un médico, un farmacéutico u otro profesional de la salud? ¿O el personal del Servicio de Atención al Cliente o de otras áreas del plan? <ul style="list-style-type: none"> ◦ Podemos mencionar los siguientes ejemplos: esperar demasiado tiempo al teléfono, en la sala de espera o en la sala de examen.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No está conforme con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o el consultorio de un médico?
Información que recibe de nosotros	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No le enviamos un aviso obligatorio? • ¿Nuestra información escrita es difícil entender?
Puntualidad (Estos tipos de quejas siempre están vinculados con la puntualidad de nuestras acciones relacionadas con las decisiones de cobertura y las apelaciones)	<p>Si ya nos solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación y cree que no respondemos lo suficientemente rápido, también puede presentar una queja por nuestra demora. A modo de ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si nos solicitó una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida” y rechazamos su solicitud, puede presentar una queja. • Si usted cree que no estamos cumpliendo con las fechas límite para las decisiones de cobertura o apelaciones; puede presentar una queja. • Si usted cree que no estamos cumpliendo con las fechas límite para cubrir o reembolsarle ciertos servicios médicos que fueron aprobados; puede presentar una queja. • Si usted cree que no cumplimos con las fechas límite requeridas para enviar su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.

Sección 9.2 Cómo presentar una queja

Términos legales

- Una **“queja”** también recibe el nombre de **“inconformidad”**.
- **“Presentar una queja”** también recibe el nombre de **“presentar una inconformidad”**.

Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Términos legales

- **“Utilizar el proceso para presentar quejas”** también se denomina **“utilizar el proceso para presentar una inconformidad”**.
- Una **“queja rápida”** también se denomina **“inconformidad acelerada”**.

Sección 9.3 Paso a paso: Presentar una queja

Paso 1: Contáctenos inmediatamente, por teléfono o por escrito.

- **Generalmente, llamar al Servicio de Atención al Cliente es el primer paso.** Si hay algo más que usted necesite hacer, el Servicio de Atención al Cliente se lo informará.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no recibió una respuesta satisfactoria), puede presentar su queja por escrito y enviarla a nuestras oficinas.** Si presenta su queja por escrito, se la responderemos por escrito.
- Los reclamos recibidos verbalmente se responderán por escrito, a menos que usted solicite una respuesta verbal.
- Si bien podemos comunicarnos con usted verbalmente para dialogar sobre su reclamo o la resolución, los reclamos recibidos por escrito se responderán por escrito.
- Los reclamos relacionados con la calidad de la atención, independientemente de cómo se presenten, se responderán por escrito, incluida una descripción de su derecho a presentar una queja por escrito ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO, en inglés).
- Todas las inconformidades (verbales y escritos) se responderán en los siguientes plazos:
 - Las inconformidades estándar (aquellas que no sean una inconformidad acelerada, según lo definido anteriormente) se responderán tan rápido como lo requiera su caso, en función de su estado de salud, pero no más de 30 días después de que se reciban. Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO) puede extender el plazo de 30 días hasta un máximo de 14 días si usted solicita la extensión o si Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO) determina que se necesita información adicional, y que la demora es lo más conveniente para usted. Si hay una demora, Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO) le notificará por escrito el motivo.
 - Las inconformidades aceleradas se pueden presentar solo si Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO) rechaza su solicitud de una determinación de cobertura acelerada o de una redeterminación

Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

acelerada. Los reclamos acelerados se responderán en un plazo de 24 horas.

- La **fecha límite** para presentar una queja es de 60 días calendario después de haber tenido el problema por el que desea quejarse.

Paso 2: Analizamos su queja y le damos nuestra respuesta.

- **Si es posible, le daremos una respuesta inmediatamente.** Si nos llama por una queja, podremos darle una respuesta durante el mismo llamado.
- **La mayoría de las quejas reciben respuesta dentro de los 30 días naturales.** Si necesitamos más información y la demora es en beneficio suyo o si usted pide una extensión, podemos tardar hasta 14 días naturales más (44 días naturales en total) para responder a su queja. Si decidimos extender el plazo, se lo informaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o “apelación rápida”, automáticamente le daremos una “queja rápida”.** Si tiene una “queja rápida”, significa que le responderemos en un plazo de 24 horas.
- **Si no estamos de acuerdo** con una parte o la totalidad de su queja, o no asumimos responsabilidad por el problema que motivó su reclamo, incluiremos las razones en nuestra respuesta.

Sección 9.4 También puede presentar reclamos por la calidad de atención ante la Organización de Mejora de Calidad

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

- **Usted puede presentar su queja ante la Organización de Mejoramiento de Calidad.**
 - La Organización de Mejoramiento de Calidad es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica que ejercen y son pagados por el gobierno federal para verificar y mejorar la atención que se provee a los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Puede presentar su queja tanto a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad como a nosotros al mismo tiempo.**

Sección 9.5 También puede informarle su queja a Medicare

Puede presentar una queja sobre UT CARE™ Medicare PPO directamente ante Medicare. Para presentar una queja a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar al

Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 8:

*Finalización de su membresía en el
plan*

Capítulo 8. Finalización de su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción a la finalización de su membresía en nuestro plan

La finalización de su membresía en UT CARE™ Medicare PPO puede ser **voluntaria** (porque usted lo decide) o **involuntaria** (sin que usted lo decida):

- Usted puede abandonar nuestro plan porque ha decidido que desea hacerlo. Las Secciones 2 y 3 proporcionan información sobre cómo finalizar su membresía de manera voluntaria.
- También existen situaciones limitadas en las que usted no decide dejar el plan, pero nosotros debemos cancelar su membresía. La Sección 5 le informa las situaciones en las que estamos obligados a cancelar su membresía.

Si está dejando nuestro plan, debe continuar recibiendo su atención médica por medio de nuestro plan hasta la cancelación de su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su membresía a nuestro plan?

Sección 2.1	Usted puede finalizar su membresía durante el Período de Inscripción Anual
--------------------	---

Usted puede finalizar su membresía durante el **Período de Inscripción Anual** (también conocido como el “Período Anual de Inscripción Abierta”). Durante este tiempo, revise su cobertura médica y de medicamentos, y decida sobre la cobertura para el año siguiente.

El Período de Inscripción Anual es del 15 de octubre al 7 de diciembre.

Puede elegir mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el siguiente año. Si decide cambiar a un nuevo plan, podrá elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:

- Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos recetados.
 - Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
 - Original Medicare *sin* un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado.
- Su membresía finalizará cuando la cobertura de su nuevo plan entre en vigor el 1 de enero.

Capítulo 8. Finalización de su membresía en el plan

Sección 2.2 Usted puede finalizar su membresía durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage

Usted tiene la opción de hacer *un* cambio en su cobertura médica durante el **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage**.

- **El Período Anual de Inscripción Abierta de Medicare Advantage** es del 1.º de enero al 31 de marzo.
- **Durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage**, usted puede:
 - Cambiarse a otro plan 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 a un Plan de Medicamentos con Receta de Medicare en ese momento.
- **Su membresía finalizará** el primer día del mes después de que usted se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente o después de que hayamos recibido su solicitud para cambiar a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.3 En determinadas situaciones, usted puede finalizar su membresía en un Período Especial de Inscripción.

En ciertos casos, los asegurados de UT CARE™ Medicare PPO pueden ser elegibles para cancelar sus membresías en otros momentos del año. Esto se conoce como un **Período Especial de Inscripción**.

- **¿Quién es elegible para el Período Especial de Inscripción?** Si cualquiera de las siguientes situaciones aplica en su caso, usted puede ser elegible para finalizar su membresía durante un Período Especial de Inscripción. Estos son solo ejemplos; para obtener una lista completa puede contactar al plan, llamar a Medicare o visitar la página web de Medicare (<https://www.medicare.gov>):
 - Usualmente cuando se ha mudado.
 - Si tiene Medicaid a través del Departamento de Servicios Humanos de Texas.
 - Si infringimos el contrato con usted.
 - Si está recibiendo atención médica en una institución, como una residencia para ancianos o un hospital de atención a largo plazo.

Capítulo 8. Finalización de su membresía en el plan

- **¿Cuándo son los Períodos especiales de inscripción?** Los períodos de inscripción varían según su situación.
- **¿Qué puede hacer?** Para conocer si es elegible para el Período Especial de Inscripción, 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 deberán llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía por un caso especial, puede optar por cambiar tanto su cobertura médica como su cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esto quiere decir que puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de seguro de gastos médicos de Medicare (puede optar por un plan que cubre medicamentos con receta o por uno que no cubre medicamentos con receta);
 - Original Medicare *con* un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado;
 - O Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Su membresía generalmente finalizará el primer día del mes después de que hayamos recibido su solicitud para cambiar de plan.

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

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información sobre cuándo puede cancelar su membresía:

- Puede **llamar al Servicio de Atención al Cliente** (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento). Puede obtener información en el manual ***Medicare y Usted 2023***.
 - Todos los beneficiarios de Medicare reciben una copia del manual *Medicare y Usted 2023* cada otoño. Los nuevos miembros de Medicare reciben una copia dentro del mes de haberse inscrito.
 - También puede descargar una copia ingresando a la página web de Medicare (www.medicare.gov). O puede ordenar una copia impresa llamando a Medicare al siguiente número.
- Puede contactar 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.

Capítulo 8. Finalización de su membresía en el plan**SECCIÓN 3 ¿Cómo terminar su membresía en nuestro plan?**

Por lo general, para cancelar su membresía a nuestro plan, simplemente debe inscribirse en otro plan de Medicare durante uno de los periodos de inscripción (lea la Sección 2 de este capítulo para obtener información sobre los periodos de inscripción). Sin embargo, si desea cambiarse de nuestro plan a Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare, debe solicitar la cancelación de la inscripción a nuestro plan. Existen dos formas para solicitar la cancelación de la inscripción a nuestro plan:

- Puede presentarnos una solicitud por escrito. Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente para obtener más información sobre cómo proceder (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento).
- --o--Usted puede contactar con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

Si desea cambiar de nuestro plan a alguno de los siguientes:	Esto es lo que debería hacer:
<ul style="list-style-type: none"> • Otro plan de salud de Medicare. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. <p>Su inscripción en UT CARE™ Medicare PPO se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su plan nuevo.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Original Medicare <i>con</i> un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. <p>Su inscripción en UT CARE™ Medicare PPO se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su plan nuevo.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Original Medicare <i>sin</i> un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente para obtener más información sobre cómo proceder (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento). • Usted también puede comunicarse con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7

Capítulo 8. Finalización de su membresía en el plan

Si desea cambiar de nuestro plan a alguno de los siguientes:	Esto es lo que debería hacer:
	<p>días de la semana, y pedir que cancelen su suscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se cancelará su inscripción en el plan UT CARE™ Medicare PPO cuando su cobertura de Original Medicare entre en vigor.

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

Si abandona UT CARE™ Medicare PPO, puede transcurrir un tiempo hasta que se produzca la finalización de su membresía y entre en vigencia su nueva cobertura de Medicare. (Consulte la Sección 2 para obtener información sobre cuándo comienza su nueva cobertura). Durante este tiempo, debe continuar recibiendo su atención médica a través de nuestro plan.

- **Si lo internan en el hospital el día en que finaliza su membresía, generalmente, nuestro plan cubrirá su internación en el hospital hasta que reciba el alta** (aún si recibe el alta después de que entre en vigencia su cobertura médica nueva).

SECCIÓN 5 UT CARE™ Medicare PPO debe cancelar su membresía a nuestro plan en ciertos casos

Sección 5.1	¿Cuándo debemos finalizar su membresía al plan?
--------------------	--

UT CARE™ Medicare PPO debe cancelar su membresía al plan en cualquiera de los siguientes casos:

- Si ya no tiene Medicare Parte A y Parte B.
- Si usted se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si intencionalmente nos da información incorrecta al inscribirse en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos permiso de Medicare primero).

Capítulo 8. Finalización de su membresía en el plan

- Si se comporta continuamente de manera inapropiada y nos dificulta la provisión de atención médica a usted y a otros miembros del plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos permiso de Medicare primero).
- Si usted permite que otra persona use su tarjeta de membresía para obtener atención médica. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos permiso de Medicare primero).
 - Si terminamos su membresía por este motivo, Medicare podría pedir que el inspector general investigue su caso.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía:

- También puede comunicarse con el **Servicio de Atención al Cliente** para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento).

Sección 5.2 No podemos solicitarle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud

UT CARE™ Medicare PPO no puede pedirle que abandone nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si usted considera que se le está solicitando abandonar nuestro plan por una razón relacionada con su salud, usted debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

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

Si terminamos su membresía en nuestro plan, debemos comunicarle los motivos de la terminación por escrito. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja o reclamación sobre nuestra decisión de terminar su membresía.

CAPÍTULO 9:

Avisos legales

Capítulo 9. Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso de leyes aplicables

La ley principal que se aplica a este documento de *Evidencia de Cobertura* es el Título XVIII de la Ley de Seguro Social y las regulaciones creadas conforme a la Ley de Seguro Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid o CMS. Además, pueden aplicarse 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 o explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

Nuestro plan debe cumplir las leyes que lo protegen de la discriminación o el trato injusto. **No discriminamos** por motivos de raza, grupo étnico, nacionalidad, color, creencia religiosa, sexo, género, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, antecedentes de quejas, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que proveen planes de Medicare Advantage, como el nuestro, deben cumplir las leyes federales contra la discriminación, incluidos el Capítulo 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, Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio y demás leyes que rigen para organizaciones que obtienen fondos federales, y demás leyes y normas que rigen por cualquier otra razón.

Para obtener más información o si tiene alguna duda sobre discriminación o trato injusto, por favor llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a su Oficina de Derechos Civiles local. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en <https://www.hhs.gov/ocr/index>.

Si tiene alguna discapacidad y requiere ayuda para el acceso a la atención médica, llame al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento). Si tiene alguna queja, por ejemplo, por un problema de acceso en silla de ruedas, el Servicio de Atención al Cliente puede ayudarlo.

SECCIÓN 3 Aviso sobre sus derechos de subrogación para pagadores secundarios de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios cubiertos de Medicare de los cuales Medicare no es el pagador primario. De acuerdo con las reglamentaciones de los CMS, incluidas en los artículos 422.108 y 423.462 del Título 42 del Código de

Capítulo 9. Avisos legales

reglamentaciones federales (CFR, en inglés), UT CARE™ Medicare PPO, en calidad de organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce la Secretaría de acuerdo con las reglamentaciones en los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección suplantán a cualquier ley estatal.

CAPÍTULO 10:

Definiciones de términos importantes

Capítulo 10. Definiciones de términos importantes

Centro de Cirugía Ambulatoria: es una entidad que funciona exclusivamente con el objetivo de proveer servicios de cirugía ambulatoria a pacientes que no requieren hospitalización y cuya estadía en el centro no superaría las 24 horas.

Período de Inscripción Anual: un lapso de tiempo establecido cada otoño cuando los miembros pueden cambiar su plan de salud o de medicamentos, o cambiarse a Original Medicare. El Período de Inscripción Anual es del 15 de octubre al 7 de diciembre.

Apelación: es una medida que toma usted si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar una solicitud de servicios de atención médica o medicamentos recetados, o por el pago de servicios o medicamentos que usted ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de cancelar los servicios que está recibiendo. Por ejemplo: puede presentar una apelación si no pagamos un medicamento, suministro o servicio que usted considera que le corresponde recibir. En el Capítulo 7 se explican las apelaciones que se pueden presentar, incluido el proceso para presentar una apelación.

Facturación del Saldo: cuando un proveedor (como un médico o un hospital) le factura a un paciente una suma mayor a la suma de costo compartido permitido del plan. Como miembro de UT CARE™ Medicare PPO, usted solo debe pagar los montos del costo compartido de nuestro plan cuando reciba servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores realicen “facturaciones de saldo” o cobren más del monto de costo compartido que su plan establece que debe pagar.

Período de beneficios: la forma en la que tanto nuestro plan como Original Medicare miden el uso que usted hace de los servicios de hospitales y centros de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés). Un período de beneficios comienza el día en que usted ingresa a un hospital o a un centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando usted no haya recibido atención en un hospital para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa a un hospital o a un centro de enfermería especializada después de haber terminado un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. No hay un límite para la cantidad de períodos de beneficios.

Centros de servicios de Medicare y Medicaid (CMS): es la agencia federal a cargo de la administración de Medicare. En el Capítulo 2, se explica cómo puede comunicarse con los CMS.

Coseguro: un monto que debe pagar como su parte del costo de los servicios después de pagar cualquier deducible correspondiente. Por lo general, el coseguro es un porcentaje (por ejemplo, el 20%).

Gasto máximo de bolsillo combinado: es el monto máximo que pagará en un año por todos los servicios que reciba de proveedores de la red (preferido) y fuera de la red (no preferido). Consulte el anexo Beneficios de la EOC para obtener más información sobre el monto máximo que paga de su bolsillo combinado.

Capítulo 10. Definiciones de términos importantes

Queja: el nombre formal para "presentar una queja" es "presentar una inconformidad". El proceso de reclamos se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de atención, los tiempos de espera y la atención al cliente que usted recibe. Consulte también "reclamo" en la lista de definiciones.

Centro de Rehabilitación Integral Ambulatoria (CORF, en inglés): centro que provee principalmente servicios de rehabilitación a pacientes que tuvieron una enfermedad o lesión y que, además, provee diversos servicios como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, servicios de patología del habla y el lenguaje, y servicios para la evaluación del contexto familiar.

Copago: el monto que debe pagar como parte del costo por servicios o suministros médicos tales como una consulta con el médico, una consulta en un centro hospitalario para pacientes no hospitalizados o una receta médica. El copago es una suma fija, en lugar de un porcentaje. Por ejemplo, puede llegar a pagar \$10 o \$20 por una visita al médico o una receta médica.

Gastos Compartidos: los gastos compartidos se refieren a los montos que un miembro debe pagar cuando recibe servicios. (Esto se suma a la prima mensual del plan). Los gastos compartidos incluyen cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier monto deducible que un plan puede imponer antes de cubrir los servicios; (2) cualquier monto fijo de "copago" que un plan exige para recibir servicios específicos o (3) cualquier monto de "coseguro" que corresponde pagar como porcentaje de la suma total pagada por un servicio, que un plan exige para recibir servicios específicos.

Servicios cubiertos: el término general que usamos en esta Evidencia de Cobertura (EOC, en inglés) para referirnos a todos los servicios y suministros de atención médica cubiertos por nuestro plan.

Cobertura Válida para Medicamentos Recetados: cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que debe cubrir, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. Los beneficiarios de este tipo de cobertura, cuando se vuelven elegibles para Medicare, generalmente pueden conservar esa cobertura sin pagar una multa, si deciden inscribirse más adelante en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Cuidados de Custodia: son cuidados personales brindados en una residencia para ancianos, centro de cuidados paliativos u otra instalación cuando usted no requiere atención médica especializada o atención de enfermería especializada. El cuidado de custodia es el cuidado personal que pueden proveer personas sin capacitación ni destrezas profesionales y consiste, por ejemplo, en brindar ayuda para actividades cotidianas como bañarse, vestirse, alimentarse, entrar o salir de la cama o de la silla, desplazarse y utilizar el baño. También puede incluir el tipo de cuidados relacionados con la salud que la mayoría de las personas hace por su cuenta como, por ejemplo, utilizar gotas para los ojos. Medicare no cubre el cuidado de custodia.

Capítulo 10. Definiciones de términos importantes

Servicio de Atención al Cliente: un departamento dentro de nuestro plan, responsable de responder a sus preguntas sobre su afiliación, beneficios, inconformidades y apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para obtener más información sobre cómo comunicarse con Servicio de Atención al Cliente.

Deducible: monto que debe pagar por atención médica antes de que nuestro plan comience a pagar.

Cancelar o cancelación de la inscripción: el proceso de cancelar su membresía al plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (porque usted lo decide) o involuntaria (sin que usted lo decida).

Equipo Médico Duradero (DME): ciertos equipos médicos indicados por su médico para fines médicos. Los ejemplos incluyen caminadores, sillas de rueda, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital solicitadas por un proveedor para uso en el hogar.

Emergencia: una emergencia médica ocurre cuando usted u otra persona prudente no experta en medicina, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, considera que presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar el fallecimiento o la pérdida de una extremidad o de una función de esta. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor grave o una afección médica que empeora rápidamente.

Atención Médica de Emergencia: servicios incluidos que están: 1) prestados por un proveedor calificado para administrar servicios de emergencia; y 2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Evidencia de Cobertura (EOC) e Información de Divulgación: este documento, junto con el formulario de inscripción y otros anexos, cláusulas adicionales u otra cobertura opcional seleccionada, describe su cobertura, nuestras obligaciones, sus derechos y sus responsabilidades como miembro de nuestro plan.

Ayuda Adicional: un programa Medicare que ayuda a personas de bajos ingresos y recursos a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como primas, deducibles y coseguro.

Inconformidad: un tipo de queja que usted hace sobre nosotros, incluida una queja relativa a la calidad de su atención. Este tipo de queja no incluye disputas por cobertura o pagos.

Asistente de atención médica domiciliaria: un asistente de atención médica domiciliaria provee servicios que no requieren las destrezas de un enfermero o terapeuta autorizado, como asistencia de cuidados personales (p. ej., para bañarse, ir al baño, vestirse o realizar los ejercicios indicados). Los asistentes de atención médica domiciliaria no tienen licencia de enfermería ni proporcionan tratamiento.

Centro de cuidados paliativos: un miembro que tiene 6 meses de vida o menos tiene derecho a elegir un centro de cuidados paliativos. Nosotros, es decir, su plan,

Capítulo 10. Definiciones de términos importantes

debemos proporcionarle una lista de centros de cuidados paliativos en su área geográfica. Si opta por un centro de cuidados paliativos y continúa pagando las primas, aún es miembro de nuestro plan. Aún puede obtener todos los servicios médicamente necesarios, así como otros beneficios suplementarios que ofrecemos. Los centros de cuidados paliativos proporcionarán tratamiento especial para su estado.

Internación en hospital: sucede cuando un paciente se ingresa formalmente a un hospital para recibir servicios médicos especializados. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se lo considere un “paciente ambulatorio”.

Periodo de Inscripción Inicial: cuando es elegible por primera vez para Medicare, el periodo de tiempo en el que puede inscribirse en Medicare Parte A y Parte B. Por ejemplo: si es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su Periodo de Inscripción Inicial es el periodo de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y finaliza 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Gasto máximo de bolsillo por servicios cubiertos dentro de la red: importe máximo que pagará por los servicios cubiertos que reciba de proveedores de la red (preferido). Una vez que haya alcanzado este límite, no deberá pagar nada cuando reciba servicios cubiertos de proveedores de la red durante el resto del año de contrato. Sin embargo, hasta que alcance su monto combinado de gastos de bolsillo, debe continuar pagando su parte de los costos cuando busque atención de un proveedor fuera de la red (no preferido). Consulte el anexo Beneficios de la EOC para obtener información sobre el monto máximo de su bolsillo dentro de la red.

Subsidio por Bajos Ingresos (LIS, en inglés): consulte “Ayuda Adicional”.

Medicaid (o Medical Assistance): un programa mixto federal y del estado que brinda asistencia económica por gastos médicos a personas de bajos ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero la mayoría de los costos de atención médica se encuentran cubiertos si usted reúne los requisitos tanto para Medicare como para Medicaid. Consulte el Capítulo 2, Sección 6 para obtener información acerca de cómo comunicarse con Medicaid en su estado.

Médicamente necesario: servicios, suministros o medicamentos que se necesitan para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicare: el programa de seguro médico federal para mayores de 65, algunas personas menores de 65 con ciertas discapacidades y pacientes que sufren insuficiencia renal en etapa terminal (generalmente aquellos con insuficiencia renal permanente que deben recibir servicios de diálisis o un trasplante de riñón). Las personas con Medicare pueden recibir su cobertura médica de Medicare a través de Medicare Original o a través de un plan Medicare Advantage.

Período de Inscripción Abierta en Medicare Advantage: lapso de tiempo establecido cada año en el que los miembros de un Plan de Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a otro Plan de Medicare Advantage u obtener

Capítulo 10. Definiciones de términos importantes

cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse a un Plan de Medicamentos con Receta de Medicare en ese momento. El Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage es desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo y también está disponible durante un período de 3 meses después de que una persona sea elegible por primera vez para Medicare.

Plan Medicare Advantage (MA): A veces llamado Medicare Parte C. Un plan ofrecido por una empresa privada bajo contrato con Medicare para proporcionarle todos los beneficios de Medicare Parte A y Parte B. Un plan de Medicare Advantage puede ser un HMO, un PPO, un Plan Privado de Pago por Servicio (PFFS) o un Plan de Cuentas de Ahorros Médicos de Medicare (MSA). Cuando se inscribe en un plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare quedan cubiertos a través de este plan y no se pagan bajo la cobertura de Original Medicare. En la mayoría de los casos, los planes de Medicare Advantage también ofrecen Medicare Parte D (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se denominan **Planes de Medicare Advantage con Cobertura de Medicamentos Recetados**. Todos los que tengan Medicare Parte A y Parte B son elegibles para inscribirse en cualquier plan de salud de Medicare Advantage que se ofrezca en su área.

Servicios incluidos de Medicare: son los servicios cubiertos por Medicare Parte A y B. Todos los planes de seguro de gastos médicos de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por Medicare Parte A y B.

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare ofrecido por una empresa privada que tiene contratos con Medicare para proporcionar beneficios de la Parte A y Parte B a personas que se inscriben en el plan. El término incluye todos los Planes Medicare Advantage, los Planes de Costos de Medicare, los Programas de Demostración o Piloto y los Programas de Atención para Ancianos con Todo Incluido (PACE, en inglés).

Cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare (Medicare Parte D): seguro de asistencia económica para la compra de medicamentos recetados, vacunas, compuestos biológicos y ciertos suministros para pacientes ambulatorios no cubiertos por Medicare Parte A o Parte B.

Póliza “Medigap” (Seguro Suplementario de Medicare): seguro suplementario de Medicare que venden compañías de seguro privadas para cubrir las “brechas” en Original Medicare. Las pólizas Medigap solo se aplican a Original Medicare. (Un Plan Medicare Advantage no es una póliza de Medigap).

Asegurado (Asegurado de nuestro Plan o “Asegurado del Plan”): beneficiario de Medicare que es elegible para recibir servicios incluidos, que se inscribió en nuestro plan, y cuya inscripción confirmaron los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, en inglés).

Proveedor de la red: “proveedor” es el término general que usamos para referirnos a médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención

Capítulo 10. Definiciones de términos importantes

médica autorizados o certificados por Medicare y por el Estado para proveer servicios de atención médica. Los denominamos “**proveedores de la red**” cuando están contratados por nuestro plan para aceptar nuestro pago como el pago total y, en algunos casos, a fin de coordinar y proveer servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Nuestro plan paga a los proveedores de la red en función de los contratos que mantiene con los proveedores o si los proveedores aceptan proveerle servicios cubiertos por el plan. Los proveedores de la red también se denominan “proveedores del plan”.

Determinación de la Organización: el plan de Medicare Advantage toma una determinación de la organización cuando decide si los artículos o servicios están incluidos o cuánto le corresponde pagar a usted por los artículos o servicios incluidos. En este cuadernillo, las determinaciones de una organización se denominan “decisiones de cobertura”. En el Capítulo 7, se explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Original Medicare (“Medicare tradicional” o Medicare de “pago por cada servicio”): el Gobierno ofrece Original Medicare, y no es un plan de salud privado como los planes Medicare Advantage y planes de medicamentos recetados. Según Original Medicare, los servicios de Medicare son cubiertos mediante el pago de las sumas establecidas por el Congreso a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica. Puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. A usted le corresponde pagar el deducible. Medicare paga su parte de la suma aprobada por Medicare y Usted paga la suya. Original Medicare tiene dos partes: Parte A (Seguro de hospital) y Parte B (Seguro médico), y está disponible en todo Estados Unidos.

Proveedor fuera de la Red o Centro fuera de la Red: proveedor o centro que no acordó con nosotros la coordinación de servicios cubiertos o su provisión a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores no contratados, no operados ni de propiedad de nuestro plan; tampoco son contratados para proveerle servicios cubiertos. El uso de los servicios de centros o proveedores fuera de la red se describe en el Capítulo 3 de este folleto.

Gastos de su Bolsillo: vea la definición anterior de “costo compartido”. El requisito de gastos compartidos debido al cual un asegurado debe pagar una parte de los servicios recibidos también se denomina requisito de “gastos de bolsillo” del asegurado.

Parte C: consulte “Plan de Medicare Advantage (MA, en inglés)”.

Parte D: el Programa de Beneficios de Medicamentos Recetados de Medicare voluntario. (Para simplificar, nos referiremos al programa de beneficios de medicamentos recetados como la Parte D).

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO, en inglés): plan de Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que acordaron brindar tratamiento a los miembros del plan por el pago de un monto específico. Un Plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan ya sea que se reciban de proveedores

Capítulo 10. Definiciones de términos importantes

de la red o de proveedores fuera de la red. La suma de costo compartido correspondiente a los miembros en general será más alta cuando se reciban los beneficios del plan a través de proveedores fuera de la red. Las coberturas PPO tienen un límite anual de gastos de bolsillo por servicios recibidos de proveedores que forman parte de la red (preferidos) y un límite más alto de gastos de bolsillo totales combinados por servicios recibidos tanto de proveedores que forman parte de la red (preferidos) como de proveedores que no forman parte de la red (no preferidos).

Prima: el pago periódico que se efectúa a Medicare, una compañía de seguros o un plan de salud por cobertura médica o medicamentos recetados.

Autorización previa: aprobación por adelantado para obtener ciertos servicios incluidos. En la parte de la red de un PPO, algunos servicios médicos dentro de la red están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene “autorización previa” de nuestro plan. En un plan PPO, no necesita autorización previa para obtener servicios fuera de la red. Sin embargo, es posible que desee consultar con el plan antes de obtener servicios de proveedores fuera de la red para confirmar que el servicio está cubierto por su plan y cuál es su costo compartido. Los servicios incluidos que necesitan autorización previa están señalados en el anexo Beneficios de la EOC. Algunos medicamentos están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra “autorización previa”. Los medicamentos cubiertos que requieren autorización previa están marcados en el formulario.

Protésicos y Ortóticos: son dispositivos médicos solicitados por el médico u otro proveedor de atención médica. Entre los elementos cubiertos se incluyen aparatos ortopédicos para brazos, espalda, cuello, miembros y ojos artificiales; y aparatos necesarios para reemplazar una parte o una función corporal interna, como suministros ostómicos y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización de Mejoramiento de Calidad (QIO, en inglés): un grupo de médicos y otros expertos en salud que ejercen y reciben un pago del Gobierno federal para verificar y mejorar la atención que se provee a los pacientes de Medicare. Consulte el Capítulo 2, Sección 4 para obtener información acerca de cómo comunicarse con la QIO en su estado.

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

Área de Servicios: un área geográfica en la que un plan de salud acepta miembros si establece límites con respecto a la membresía en función del lugar donde viven las personas. En el caso de planes que restringen la lista de médicos y hospitales a los que puede acudir, generalmente también es el área en la que puede obtener servicios de rutina (servicios que no se consideren de emergencia). El plan podrá cancelar su inscripción si se muda fuera del área de servicio del plan de modo permanente.

Atención en Centros de Enfermería Especializada (SNF, por sus siglas en inglés): servicios de enfermería especializada y rehabilitación provistos en un centro de enfermería especializada en forma diaria y continua. Entre algunos de los ejemplos

Capítulo 10. Definiciones de términos importantes

de atención en centros de enfermería especializada, podemos incluir fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por una enfermera o un médico.

Período Especial de Inscripción: un lapso durante el cual los miembros pueden cambiar sus planes de salud o medicamentos a Original Medicare. Entre las situaciones en las que puede ser elegible para un Período Especial de Inscripción se incluyen las siguientes: si se muda fuera del área de servicio, si se muda a un hogar de servicios de enfermería o si infringimos nuestro contrato con usted.

Plan para Necesidades Especiales: un tipo especial de plan Medicare Advantage que brinda atención médica más enfocada para grupos específicos de personas, como aquellos que tienen tanto Medicare como Medicaid, los residentes en una residencia para ancianos o los que sufren ciertas afecciones médicas de tipo crónico.

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI): un beneficio mensual pagado por el Seguro Social a personas de bajos ingresos y recursos con discapacidades, ceguera, o mayores de 65. Los beneficios SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Servicios requeridos urgentemente: un servicio requerido urgentemente se provee para tratar una enfermedad, lesión o afección médica imprevista que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. Los servicios requeridos urgentemente pueden proveerse por medio de proveedores de la red o proveedores fuera de la red, en caso de que los proveedores de la red no estuvieran disponibles o no fuera posible acceder a ellos momentáneamente.

Apéndice**El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP)**

Estado	Agencia de Envío	Dirección	Ciudad, Estado, Código postal	Número de teléfono/ TTY	Dirección web
Alabama	El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico	201 Monroe Street, Suite 350	Montgomery, AL 36104	1-800-243-5463 TTY: 711	http://www.alabamaageline.gov
Alaska	El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico de Alaska	550 W. 8th Avenue	Anchorage, AK 99501	1-800-478-6065 TTY: 1-800-770-8973	http://www.dhss.alaska.gov/dsds/pages/medicare/default.aspx
Arizona	El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico de Arizona	1789 W Jefferson Street, Site Code 950A	Phoenix, AZ 85007	1-800-432-4040 TTY: 711	https://des.az.gov
Arkansas	Programa de Información de Seguros Médicos para Personas de Edad Avanzada	1 Commerce Way	Little Rock, AR 72202	1-800-224-6330 TTY: 711	https://insurance.arkansas.gov/pages/consumer-services/senior-health/
California	Programa de Programa de Protección y Orientación sobre Seguros Médico (HICAP)	1300 National Drive, Suite 200	Sacramento, CA 95834	1-800-434-0222 TTY: 711	https://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/

Apéndice

Estado	Agencia de Envío	Dirección	Ciudad, Estado, Código postal	Número de teléfono/ TTY	Dirección web
Colorado	El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico	1560 Broadway, Suite 850	Denver, CO 80202	1-888-696-7213 TTY: 711	https://www.colorado.gov/dora/senior-healthcare-medicare
Connecticut	CHOICES	55 Farmington Avenue, 12th Floor	Hartford, CT 06105	1-800-994-9422 TTY: 1-800-842-4524	https://portal.ct.gov/AgingAndDisability
Delaware	Oficina de Asistencia de Medicare de Delaware	841 Silver Lake Boulevard	Dover, DE 19904	1-800-336-9500 TTY: 711	https://insurance.delaware.gov/divisions/dmab/
Distrito de Columbia	Proyecto de Asesoramiento de Seguro Médico (HICP)	Dept. of Aging and Community Living 500 K Street NE	Washington, DC 20002	1-202-724-5626 TTY: 711	https://dcoa.dc.gov/service/dc-state-health-insurance-assistance-program-ship
Florida	Servicios para las Necesidades de Seguro Médico de las Personas Mayores (SHINE)	4040 Esplanade Way, Suite 270	Tallahassee, FL 32399	1-800-963-5337 TTY: 1-800-955-8771	http://www.floridashine.org/
Georgia	GeorgiaCares	2 Peachtree Street, NW, 33rd Floor	Atlanta, GA 30303	1-866-552-4464 TTY: 711	https://dhs.georgia.gov/contacts/georgiacares-state-health-insurance-assistance-program-ship

Apéndice

Estado	Agencia de Envío	Dirección	Ciudad, Estado, Código postal	Número de teléfono/ TTY	Dirección web
Hawaii	El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico de Hawaii	250 S Hotel Street, Suite 406	Honolulu, HI 96813	1-888-875-9229 TTY: 1-866-810-4379	https://hawaiiiship.org/
Idaho	Asesores de Beneficios de Seguros Médicos para Personas de Edad Avanzada (SHIBA)	700 West State Street, P.O. Box 83720	Boise, ID 83720	1-800-247-4422 TTY: 711	https://doi.idaho.gov/shiba/default
Illinois	Senior Health Insurance Program	320 W Washington Street, 5th Floor	Springfield, IL 62767	1-800-252-8966 TTY: 1-888-206-1327	https://www2.illinois.gov/aging/ship/Pages/default.aspx
Indiana	El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico	311 W. Washington Street, Suite 300	Indianapolis, IN 46204-2787	1-800-452-4800 TTY: 1-866-846-0139	https://www.in.gov/ship/index.htm
Iowa	Programa de Información de Seguros Médicos para Personas de Edad Avanzada	601 Locust Street, 4 th Floor	Des Moines, IA 50309	1-800-351-4664 TTY: 1-800-735-2942	https://shiip.iowa.gov/
Kansas	Asesoramiento de Seguros Médicos para Personas de Edad Avanzada en Kansas (SHICK)	New England Building, 530 S Kansas Avenue	Topeka, KS 66603	1-800-860-5260 TTY: 711	https://www.kdads.ks.gov/commissions/commission-on-aging/medicare-programs

Apéndice

Estado	Agencia de Envío	Dirección	Ciudad, Estado, Código postal	Número de teléfono/ TTY	Dirección web
Kentucky	El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico	275 E. Main Street, 3E-E	Frankfort, KY 40621	1-877-293-7447 TTY: 1-888-642-1137	https://chfs.ky.gov/agencies/dail/Pages/ship.aspx
Louisiana	El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico	P.O. Box 94214	Baton Rouge, LA 70804	1-800-259-5300 TTY: 711	http://www.lidi.la.gov/consumers/senior-health-shiip
Maine	El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico de Maine	41 Anthony Avenue	Augusta, ME 04333	1-800-262-2232 TTY: 1-800-606-0215	https://www.maine.gov/dhhs/oads/get-support/older-adults-disabilities/older-adult-services/ship-medicare-assistance
Maryland	El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico	301 W Preston Street	Baltimore, MD 21201	1-800-243-3425 TTY: 1-800-637-4113	https://mhcc.maryland.gov/consumerinfo/longtermcare/SeniorHealthInsuranceProgram.aspx
Massachusetts	Servicios para las Necesidades de Seguro Médico de Todos (SHINE)	1 Ashburton Place, 5 th Floor	Boston, MA 02108	1-800-243-4636 TTY: 1-800-610-0241	https://www.mass.gov/health-insurance-counseling
Michigan	Programa de asistencia de Medicare/Medicaid (MMAP)	6105 W St. Joseph Highway, Suite 204	Lansing, MI 48917	1-800-803-7174 TTY: 711	http://mmapinc.org/

Apéndice

Estado	Agencia de Envío	Dirección	Ciudad, Estado, Código postal	Número de teléfono/ TTY	Dirección web
Minnesota	Senior LinkAge Line	540 Cedar Street, P.O. Box 64976	Saint Paul, MN 55164	1-800-333-2433 TTY: 711	https://mn.gov/board-on-aging/
Mississippi	El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico	200 South Lamar Street	Jackson, MS 39201	1-800-948-3090 TTY: 711	https://msdh.ms.gov/msdhsite/_static/42,3223,241.html
Missouri	RECLAMACIÓN	200 North Keene Street, Suite 101	Columbia, MO 65201	1-800-390-3330 TTY: 711	https://www.missouriclaim.org/
Montana	El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico	2030 11th Avenue, P.O. Box 4210	Helena, MT 59604	1-800-551-3191 TTY: 711	https://dphhs.mt.gov/SLTC/aging/SHIP
Nebraska	Programa de Información de Seguros Médicos para Personas de Edad Avanzada	1033 O Street, Suite 307 (Golds Building)	Lincoln, NE 68508	1-800-234-7119 TTY: 1-800-833-7352	https://doi.nebraska.gov/consumer/senior-health
Nevada	El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico	3416 Goni Road, Suite D-132	Carson City, NV 89706	1-800-307-4444 TTY: 711	http://adsd.nv.gov/Programs/Seniors/SHIP/SHIP_Prog/
New Hampshire	Centro de recursos de ServiceLink	Gallen State Office Park, 129 Pleasant Street	Concord, NH 03301	1-866-634-9412 TTY: 1-800-735-2964	https://www.servicelink.nh.gov/medicare/index.htm
New Jersey	El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico	P.O. Box 807	Trenton, NJ 08625	1-800-792-8820 TTY: 711	https://www.state.nj.us/humanservices/doas/services/ship/

Apéndice

Estado	Agencia de Envío	Dirección	Ciudad, Estado, Código postal	Número de teléfono/ TTY	Dirección web
New Mexico	New Mexico ADRC	2550 Cerrillos Road	Santa Fe, NM 87505	1-800-432-2080 TTY: 1-505-476-4937	http://www.nmaging.state.nm.us/
New York	Programa de Asistencia y Asesoramiento de Seguros Médicos (HIICAP)	2 Empire State Plaza, Agency Bldg. #2, 4 th Floor	Albany, NY 12223	1-800-701-0501 TTY: 711	https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance
North Carolina	Programa de Información de Seguros Médicos para Personas de Edad Avanzada	325 N. Salisbury Street	Raleigh, NC 27603	1-855-408-1212 TTY: 1-800-735-2962	https://www.ncdoi.gov/consumers/medicare-and-seniors-health-insurance-information-program-shiip
North Dakota	Asesoramiento de Seguros Médicos del Estado (SHIC)	600 East Blvd, State Capitol, Dept 401	Bismarck, ND 58505	1-888-575-6611 TTY: 1-800-366-6888	https://www.insurance.nd.gov/shic-medicare
Ohio	Programa de Información de Seguros Médicos para Personas de Edad Avanzada de Ohio (OSHIIP)	50 West Town Street, 3rd Floor, Suite 300	Columbus, OH 43215	1-800-686-1578 TTY: 1-614-644-3745	https://insurance.ohio.gov/consumers/medicare/01-oshiip

Apéndice

Estado	Agencia de Envío	Dirección	Ciudad, Estado, Código postal	Número de teléfono/ TTY	Dirección web
Oklahoma	Programa de Asesoramiento de Seguro Médico para Personas de Edad Avanzada de Oklahoma	400 NE 50 th Street	Oklahoma City, OK 73105	1-800-763-2828 TTY: 711	https://www.oid.ok.gov/consumers/information-for-seniors/
Oregon	Asistencia de Beneficios de Seguros Médicos para Personas de Edad Avanzada (SHIBA)	P.O Box 14480	Salem, OR 97309	1-800-722-4134 TTY: 711	https://healthcare.oregon.gov/shiba/pages/index.aspx
Pennsylvania	APPRISE	555 Walnut Street, 5 th Floor	Harrisburg, PA 17101	1-800-783-7067 TTY: 711	https://www.aging.pa.gov/aging-services/medicare-counseling/Pages/default.aspx
Rhode Island	Senior Health Insurance Program	Office of Healthy Aging 25 Howard Ave, Building 57	Cranston, RI 02920	1-401-462-3000 TTY: 1-401-462-0740	http://oha.ri.gov/what-we-do/access/health-insurance-coaching/ship/
South Carolina	Asistencia de Asesoramiento sobre Seguros y Remisiones para Personas de Edad Avanzada (I-CARE)	1301 Gervais Street., Suite 350	Columbia, SC 29202	1-800-868-9095 TTY: 711	https://www.getcaresc.com/guide/insurance-counseling-medicaremedicaid

Apéndice

Estado	Agencia de Envío	Dirección	Ciudad, Estado, Código postal	Número de teléfono/ TTY	Dirección web
South Dakota	Educación sobre Seguros e Información Médica para Personas de Edad Avanzada (SHIINE)	Center for Active Generations, 700 Governors Drive	Pierre, SD 57501	1-877-331-4834 TTY: 711	http://shiine.net/
Tennessee	El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico	502 Deaderick Street, 9th Floor	Nashville, TN 37243-0860	1-877-801-0044 TTY: 711	https://www.tn.gov/aging/our-programs/state-health-insurance-assistance-program--ship-.html
Texas	Programa de Protección y Asesoramiento de Información Médica (HICAP)	701 West 51st Street, MC: W352	Austin, TX 78751	1-800-252-9240 TTY: 1-800-735-2989	https://hhs.texas.gov/services/health/medicare https://www.tdi.texas.gov/consumer/hicap/
Utah	Programa de Información de Seguros Médicos para Personas de Edad Avanzada	195 North 1950 West	Salt Lake City, UT 84116	1-800-541-7735 TTY: 711	https://daas.utah.gov/seniors/
Vermont	El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico de Vermont	HC 2 South 280 State Drive	Waterbury, VT 05671-2070	1-800-642-5119 TTY: 711	https://asd.vermont.gov/services/ship

Apéndice

Estado	Agencia de Envío	Dirección	Ciudad, Estado, Código postal	Número de teléfono/ TTY	Dirección web
Virginia	Programa de Asistencia y Asesoramiento de Seguros de Virginia (VICAP)	1610 Forest Avenue, Suite 100	Richmond, VA 23229	1-800-552-3402 TTY: 711	https://www.vda.virginia.gov/vicap.htm
Washington	Asesores Estatales en Beneficios de Seguros Médicos (SHIBA):	5000 Capital Boulevard	Tumwater, WA 98501	1-800-562-6900 TTY: 1-360-586-0241	https://www.insurance.wa.gov/statewide-health-insurance-benefits-advisors-shiba
West Virginia	Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico de West Virginia	1900 Kanawha Boulevard, E, 3rd Floor	Charleston, WV 25305	1-877-987-4463 TTY: 711	http://www.wvship.org/
Wisconsin	El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico	1 West Wilson Street	Madison, WI 53703	1-800-242-1060 TTY: 1-888-758-6049	https://www.dhs.wisconsin.gov/benefit-specialists/medicare-counseling.htm
Wyoming	Programa Estatal de Información de Seguros Médicos de Wyoming	106 West Adams Avenue	Riverton, WY 82001	1-800-856-4398 TTY: 711	http://www.wyomingseniors.com/services/wyoming-state-health-insurance-information-program

Apéndice**Organización para el Mejoramiento de la Calidad (Quality Improvement Organization , QIO)**

Estados	Agencia QIO	Dirección	Ciudad, Estado, Código postal	Número de teléfono/ TTY	Dirección web
Alabama Florida Georgia Kentucky Mississippi North Carolina South Carolina Tennessee	KEPRO	5201 W. Kennedy Blvd., Suite 900	Tampa, FL 33609	1-888-317-0751 TTY: 1-855-843-4776	https://www.keproqio.com/
Alaska Idaho Oregon Washington	KEPRO	5700 Lombardo Center Dr., Suite 100	Seven Hills, OH 44131	1-888-305-6759 TTY: 1-855-843-4776	https://www.keproqio.com/
Arizona California Hawaii Nevada	Programa de BFCC-QIO de Livanta	10820 Guilford Road, Suite 202	Annapolis Junction, MD 20701	1-877-588-1123 TTY: 1-855-887-6668	https://livantaqio.com/en
Arkansas Louisiana New Mexico Oklahoma Texas	KEPRO	5201 W. Kennedy Blvd., Suite 900	Tampa, FL 33609	1-888-315-0636 TTY: 1-855-843-4776	https://www.keproqio.com/

Apéndice

Estados	Agencia QIO	Dirección	Ciudad, Estado, Código postal	Número de teléfono/ TTY	Dirección web
Colorado Montana North Dakota South Dakota Utah Wyoming	KEPRO	5700 Lombardo Center Dr., Suite 100	Seven Hills, OH 44131	1-888-317-0891 TTY: 1-855-843-4776	https://www.keproqio.com/
Connecticut Maine Massachusetts New Hampshire Rhode Island Vermont	KEPRO	5700 Lombardo Center Dr., Suite 100	Seven Hills, OH 44131	1-888-319-8452 TTY: 1-855-843-4776	https://www.keproqio.com/
Delaware District of Columbia Maryland Pennsylvania Virginia West Virginia	Programa de BFCC-QIO de Livanta	10820 Guilford Road, Suite 202	Annapolis Junction, MD 20701	1-888-396-4646 TTY: 1-888-985-266	https://livantaqio.com/en
Illinois Indiana Michigan Minnesota Ohio Wisconsin	Programa de BFCC-QIO de Livanta	10820 Guilford Road, Suite 202	Annapolis Junction, MD 20701	1-888-524-9900 TTY: 1-888-985-8775	https://livantaqio.com/en

Apéndice

Estados	Agencia QIO	Dirección	Ciudad, Estado, Código postal	Número de teléfono/ TTY	Dirección web
Iowa Kansas Missouri Nebraska	Programa de BFCC-QIO de Livanta	10820 Guilford Road, Suite 202	Annapolis Junction, MD 20701	1-888-755-5580 TTY: 1-888-985-9295	https://livantaqio.com/en
New Jersey New York Puerto Rico Virgin Islands	Programa de BFCC-QIO de Livanta	10820 Guilford Road, Suite 202	Annapolis Junction, MD 20701	1-866-815-5440 TTY: 1-866-868-2289	https://livantaqio.com/en

Agencias Estatales de Medicaid

Estados	Agencia de Medicaid	Dirección	Ciudad, Estado, Código postal	Número de teléfono/ TTY	Dirección web
Alabama	Agencia de Medicaid de Alabama	501 Dexter Avenue, P.O. Box 5624, Montgomery, AL 36103-5624	Montgomery, AL 36104	1-800-362-1504 TTY: 711 8 a. m. 5 p. m. CST	https://medicaid.alabama.gov/
Alaska	Departamento de Salud y Servicios Sociales de Alaska	3601 C Street, Suite 902	Anchorage, AK 99503-5923	1-800-770-5650 TTY: 1-907-586-4265 8 a. m. - 5 p. m. AKST	http://dhss.alaska.gov/Pages/default.aspx

Apéndice

Estados	Agencia de Medicaid	Dirección	Ciudad, Estado, Código postal	Número de teléfono/ TTY	Dirección web
Arizona	Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS)	801 E. Jefferson Street, MD 4100	Phoenix, AZ 85034	1-800-654-8713 TTY: 1-800-842-6520 8 a. m. - 5 p. m. MST	https://www.azahcccs.gov/
Arkansas	Department de Servicios Humanos de Arkansas	Donaghey Plaza, P.O. Box 1437 - slot S401	Little Rock, AR 72203	1-800-482-5431 TTY: 1-800-285-1131 8 a. m. - 4:30 p. m. CST	https://medicaid.mmis.arkansas.gov/
California	Medi-Cal	P.O. Box 997413, MS 4400	Sacramento CA 95899-7413	1-800-541-5555 TTY: 1-800-896-2512 8 a. m. - 5 p. m. PST	https://www.dhcs.ca.gov/individuals
Colorado	Health First Colorado (Departamento de Póliza de Atención médica y Financiamiento)	1570 Grant Street	Denver, CO 80203	1-800-221-3943 TTY: 711 7:30 a. m. - 5:15 p. m. MST	https://www.healthfirstcolorado.com/
Connecticut	Departamento de Servicios Sociales de Connecticut	55 Farmington Avenue	Hartford, CT 06105-3730	1-800-842-1508 TTY: 1-800-842-4524 7:30 a. m. - 4:00 p. m. EST	https://portal.ct.gov/dss

Apéndice

Estados	Agencia de Medicaid	Dirección	Ciudad, Estado, Código postal	Número de teléfono/ TTY	Dirección web
Delaware	Salud y Servicios Sociales de Delaware	1901 N. Du Pont Highway, Main Bldg.	New Castle, DE 19720	1-800-372-2022 TTY: 711 9 a. m. - 8 p. m. EST	https://www.dhss.delaware.gov/dhss/dss/medicaid.html
Distrito de Columbia	Departamento de Financiación de Atención Médica de DC (DHCF)	441 4th St NW - 900S	Washington, DC 20001	1-202-442-5988 TTY: 711 8:15 a. m. - 4:45 p. m. EST	https://dhcf.dc.gov/
Florida	Agencia para la Administración de Servicios de Atención Médica de Florida	2727 Mahan Drive - Mail Stop #8	Tallahassee, FL 32308	1-888-419-3456 TTY: 1-800-955-8771 8 a. m. - 5 p. m. EST	https://ahca.myflorida.com/Medicaid/index.shtml
Georgia	Georgia Medicaid (Departamento de Salud Comunitaria de Georgia)	2 Peachtree Street NW	Atlanta, GA 30303	1-877-423-4746 TTY: 711 8 a. m. 5 p. m. EST	https://medicaid.georgia.gov/
Hawaii	Departamento de Servicios Humanos, División Med-QUEST	1404 Kilauea Avenue	Hilo, HI 96720	1-800-316-8005 TTY: 1-800-603-1201 9:00 a. m. - 4:30 p. m. HST	https://medquest.hawaii.gov/
Idaho	Departamento de Salud y Bienestar de Idaho	150 Shoup Ave #19	Idaho Falls, ID 83402	1-877-456-1233 TTY: 711 8 a. m. 5 p. m. MST	https://healthandwelfare.idaho.gov/Medical/Medicaid/tabid/123/Default.aspx

Apéndice

Estados	Agencia de Medicaid	Dirección	Ciudad, Estado, Código postal	Número de teléfono/ TTY	Dirección web
Illinois	Departamento de Atención Médica y Servicios para Familias de Illinois	201 South Grand Avenue East	Springfield, IL 62763-0001	1-800-843-6154 TTY: 1-866-324-5553 8 a. m. - 5 p. m. CST	https://www.illinois.gov/hfs/Pages/default.aspx
Indiana	Oficina de Póliza y Planificación de Medicaid (OMPP), Administración de Servicios Familiares y Sociales (FSSA)	402 W. Washington Street P.O. Box 7083	Indianapolis, IN 46207-7083	1-800-457-8283 TTY: 711 8 a. m. - 4:30 p. m. EST	https://www.in.gov/fssa/2408.htm
Iowa	Iowa Medicaid Enterprise	P.O. Box 36510	Des Moines, IA 50315	1-800-338-8366 TTY: 1-800-735-2942 8 a. m. - 5 p. m. CST	https://dhs.iowa.gov/ime/members
Kansas	KanCare [Departamento de Salud y Medio ambiente de Kansas (KDHE), División de Finanzas de Atención médica (DHCF)]	1000 SW Jackson, Suite 900 N	Topeka, KS 66612	1-888-369-4777 TTY: 1-800-766-3777 8 a. m. - 5 p. m. CST	https://www.kancare.ks.gov/

Apéndice

Estados	Agencia de Medicaid	Dirección	Ciudad, Estado, Código postal	Número de teléfono/ TTY	Dirección web
Kentucky	Kentucky Medicaid [Gabinete de Salud y Servicios Familiares, Departamento de Servicios de Medicaid (DMS)]	275 East Main Street 1E-B	Frankfort, KY 40621	1-800-372-2973 TTY: 1-800-627-4702 8 a. m. - 4:30 p. m. EST	https://chfs.ky.gov/agencies/dms/Pages/default.aspx
Louisiana	Departamento de Salud y Hospitales	P.O. Box 91278	Baton Rouge, LA 70821	1-888-342-6207 TTY: 711 8 a. m. - 4:30 p. m. CST	http://ldh.la.gov/index.cfm/subhome/1/n/10
Maine	MaineCare (Departamento de Salud y Servicios Humanos)	Oficina de Servicios de MaineCare, 11 State House Station	Augusta, ME 04333	1-800-977-6740 TTY: 711 8 a. m. 5 p. m. EST	https://www.maine.gov/dhhs/ofi/programs-services/health-care-assistance
Maryland	Departamento de Salud e Higiene mental, Financiamiento de la Atención médica	201 West Preston Street	Baltimore, MD 21201	1-877-463-3464 TTY: 1-800-735-2258 8:30 a. m. - 5 p. m. EST	https://mmcp.health.maryland.gov/Pages/home.aspx
Massachusetts	MassHealth, Salud y Servicios Humanos	One Ashburton Place 11 th Floor	Boston, MA 02108	1-800-841-2900 TTY: 1-800-497-4648 8 a. m. - 5 p. m. EST	https://www.mass.gov/topics/masshealth

Apéndice

Estados	Agencia de Medicaid	Dirección	Ciudad, Estado, Código postal	Número de teléfono/ TTY	Dirección web
Michigan	Departamento de Salud Comunitaria de Michigan (MDCH)	333 S. Grand Ave, P.O. Box 30195	Lansing, MI 48909	1-517-241-3740 TTY: 711 8 a. m. 5 p. m. EST	www.michigan.gov/medicaid
Minnesota	Department de Servicios Humanos de Minnesota	P.O. Box 64249	St. Paul, MN 55164	1-800-657-3739 TTY: 1-800-627-3529 8 a. m. - 5 p. m. CST	https://mn.gov/dhs/people-we-serve/adults/health-care/health-care-programs/programs-and-services/medical-assistance.jsp https://mn.gov/dhs/
Mississippi	División de Medicaid de Mississippi	550 High Street, Suite 1000	Jackson, MS 39201	1-800-421-2408 TTY: 711 8 a. m. 5 p. m. CST	https://medicaid.ms.gov/
Missouri	MO HealthNet (Medicaid) (Departamento de Servicios Sociales de Missouri)	615 Howerton Court, P.O. Box 6500	Jefferson City, MO 65102-6500	1-800-348-6627 TTY: 1-800-735-2966 7 a. m. - 6 p. m. CST	https://mydss.mo.gov/healthcare https://dss.mo.gov/mhd/index.htm
Montana	Departamento de Salud Pública y Servicios Humanos de Montana (DPHHS)	111 North Sanders, Helena, MT 59601-4520	Helena, MT 59604	1-800-362-8312 TTY: 711 8 a. m. 5 p. m. MST	https://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/MemberServices https://dphhs.mt.gov/

Apéndice

Estados	Agencia de Medicaid	Dirección	Ciudad, Estado, Código postal	Número de teléfono/ TTY	Dirección web
Nebraska	ACCESSNebraska (Departamento de Salud y Servicios Humanos, División de Medicaid y Atención Médica a largo plazo)	301 Centennial Mall South, P.O. Box 95026	Lincoln, NE 68509	1-800-803-7174 TTY: 711 8 a. m. 5 p. m. CST	http://dhhs.ne.gov/pages/accessnebraska.aspx
Nevada	Departamento de Nevada de Salud y Servicios Humanos, División de Financiamiento y Pólizas de Atención médica (DHCFP)	3416 Goni Rd – Ste D-132	Carson City, NV 89706	1-800-992-0900 TTY: 711 8 a. m. 5 p. m. PST	http://dhcfp.nv.gov/
New Hampshire	Medicaid de NH [Departamento de Salud y Servicios Humanos de New Hampshire (DHHS)]	129 Pleasant Street	Concord, NH 03301-3857	1-800-852-3345 ext. 4344 TTY: 1-800-735-2964 8 a. m. - 4:30 M-F EST	https://www.dhhs.nh.gov/ombp/medicaid/index.htm https://www.dhhs.nh.gov/index.htm

Apéndice

Estados	Agencia de Medicaid	Dirección	Ciudad, Estado, Código postal	Número de teléfono/ TTY	Dirección web
New Jersey	Dept. de Servicios Humanos, División de Asistencia médica y Servicios de Atención Médica	Quakerbridge Plaza, P.O. Box 712	Trenton, NJ 08625-0712	1-800-356-1561 TTY: 1-877-294-4356 8 a. m. - 5 p. m. EST	https://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/home/index.html
New Mexico	División de Asistencia Médica (MAD) del Departamento de Servicios Humanos de New Mexico	P.O. Box 2348	Santa Fe, NM 87504	1-888-997-2583 TTY: 1-855-227-5485 8 a. m. - 5 p. m. MST	https://www.hsd.state.nm.us/new-mexico-medicaid-state-plan/
New York	Departamento de Salud del Estado de New York	Departamento de Salud del Estado de New York, Corning Tower, Empire State Plaza	Albany, NY 12237	1-800-541-2831 TTY: 711 8 a. m. 5 p. m. EST	https://www.health.ny.gov/ https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/
North Carolina	Departamento de Salud y Servicios Humanos de NC, División de Asistencia Médica	1985 Umstead Dr.	Raleigh, NC 27603-2001	1-800-662-7030 TTY: 711 8 a. m. 5 p. m. EST	https://medicaid.ncdhhs.gov/beneficiaries

Apéndice

Estados	Agencia de Medicaid	Dirección	Ciudad, Estado, Código postal	Número de teléfono/ TTY	Dirección web
North Dakota	Departamento de Servicios Humanos y Servicios Médicos de North Dakota	600 E Boulevard Ave, Dept 325	Bismarck, ND 58505-0250	1-800-472-2622 TTY: 711 or Relay 800-366-6888 8 a. m. - 5 p. m. CST	http://www.nd.gov/dhs/services/medicalserv/medicaid/
Ohio	Departamento de Medicaid de Ohio	50 West Town Street, Suite 400	Columbus, OH 43215	1-800-324-8680 TTY: 1-614-752-3951 de lunes a viernes de 7 a. m. a 8 p. m. sábados de 8 a. m. a 5 p. m.	https://medicaid.ohio.gov/
Oklahoma	Departamento de Servicios Humanos de Oklahoma, SoonerCare	4345 N. Lincoln Blvd.	Oklahoma City, OK 73105	1-800-987-7767 TTY: 711 8 a. m. 5 p. m. CST	https://www.okhca.org/
Oregon	Seguro de gastos médicos de Oregon (OHP), División de Programas de Asistencia Médica (DMAP)	500 Summer Street NE, E-20	Salem, OR 97301-1079	1-800-273-0557 TTY: 711 8 a. m. 5 p. m. PST	https://www.oregon.gov/oha/hsd/ohp/Pages/index.aspx

Apéndice

Estados	Agencia de Medicaid	Dirección	Ciudad, Estado, Código postal	Número de teléfono/ TTY	Dirección web
Pennsylvania	Asistencia Médica (Departamento de Salud)	Health and Welfare Building 8th Floor West 625 Forster St.	Harrisburg, PA 17120	1-877-395-8930 TTY: 1-800-451-5886 8 a. m. - 5 p. m. EST	https://www.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/Medical-Assistance.aspx
Rhode Island	Departamento de Servicios Humanos de Rhode Island	57 Howard Avenue	Cranston, RI 02920	1-855-840-4774 TTY: 711 de lunes a viernes , de 8:30 a. m. a 3:30 p. m.	http://www.dhs.ri.gov/
South Carolina	South Carolina Department of Health and Human Services	SCDHHS P.O. Box 100101	Columbia, SC 29202	1-888-549-0820 TTY: 1-888-842-3620 8 a. m. - 5 p. m. EST	https://www.scdhhs.gov/
South Dakota	Medicaid de South Dakota (Departamento de Servicios Sociales de South Dakota, División de Servicios Médicos)	700 Governors Drive	Pierre, SD 57501	1-800-597-1603 de 8 a. m. a 5 p. m.	https://dss.sd.gov/medicaid/

Apéndice

Estados	Agencia de Medicaid	Dirección	Ciudad, Estado, Código postal	Número de teléfono/ TTY	Dirección web
Tennessee	TennCare	310 Great Circle Rd	Nashville, TN 37243	1-800-342-3145 TTY: 711 8 a. m. 5 p. m. CST	https://www.tn.gov/tenncare/
Texas	Texas Health and Human Services Commission	Brown-Heatly Building, 4900 N. Lamar Blvd	Austin, TX 78751-2316	1-800-252-8263 TTY: 1-800-735-2989 8 a. m. - 5 p. m. CST	https://hhs.texas.gov/services/health/medicaid-chip
Utah	Departamento de Servicios Humanos de Utah	P.O. Box 143106	Salt Lake City, UT 84114	1-800-662-9651 TTY: 711 8 a. m. 5 p. m. MST	https://medicaid.utah.gov/
Vermont	Green Mountain Care [Departamento de Acceso a la Atención Médica de Vermont (DVHA)]	280 State Drive	Waterbury, Vermont 05671	1-800-250-8427 TTY: 1-888-834-7898 7:45 a. m. - 4:30 p. m. EST	https://www.greenmountaincare.org/health-plans/medicaid
Virginia	Departamento de Servicios de Asistencia médica (DMAS)	600 East Broad Street	Richmond, VA 23219	1-804-786-7933 TTY: 1-800-343-0634 8 a. m. - 5 p. m. MST	https://www.dmas.virginia.gov/#/index

Apéndice

Estados	Agencia de Medicaid	Dirección	Ciudad, Estado, Código postal	Número de teléfono/ TTY	Dirección web
Washington	Apple Health (Departamento de Servicios sociales y de Atención Médica del Estado de Washington)	626 8th Avenue SE Dirección postal: P.O. Box 45531	Olympia, WA 98501	1-877-501-2233 TTY: 711 8 a. m. 5 p. m. PST	https://www.hca.wa.gov/health-care-services-supports/apple-health-medicaid-coverage
West Virginia	Departamento de Salud y Recursos Humanos	350 Capitol Street, Room 251	Charleston, WV 25301	1-304-558-1700 TTY: 711 8 a. m. 5 p. m. EST	https://dhhr.wv.gov/bms/Pages/default.aspx
Wisconsin	Departamento de Salud y Servicios Familiares de Wisconsin	1 West Wilson Street	Madison, WI 53703	1-800-362-3002 or 608-266-1865 TTY: 711 8 a. m. - 6 p. m. CST	https://www.dhs.wisconsin.gov/ https://www.dhs.wisconsin.gov/medicaid/index.htm
Wyoming	Wyoming Medicaid (Departamento de Salud de Wyoming, Financiación de la Asistencia Médica)	401 Hathaway Building	Cheyenne, WY 82002	1-866-571-0944 TTY: 711 8 a. m. 5 p. m. MST	https://health.wyo.gov/healthcarefin/

Apéndice**Programas Estatales de Asistencia para Medicamentos (SPAP)**

Estados	Agencia SPAP	Dirección	Ciudad, Estado, Código postal	Número de teléfono/ TTY	Dirección web
Colorado	Programa de Asistencia Estatal para Medicamentos Ryan White (SDAP)	Programa de Atención y Tratamiento de CDPHE ADAP-3800, 4300 Cherry Creek Drive South	Denver, CO 80246	1-303-692-2716 TTY: 711 de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.	https://www.colorado.gov/pacific/cdphe/state-drug-assistance-program
Delaware	Programa de Enfermedad Renal Crónica (CRDP)			1-800-464-4357 o 1-302-424-7180	https://www.dhss.delaware.gov/dhss/dmma/crdprog.html
Idaho	Programa Estatal de Asistencia a la Prescripción del VIH de Idaho (IDAGAP)	450 W. State Street, P.O. Box 83720	Boise, ID 83720-0036	1-208-334-5612 TTY: 711 de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.	https://healthandwelfare.idaho.gov/Health/FamilyPlanningSTDHIV/HIVCareandTreatment/tabid/391/Default.aspx
Indiana	Indiana HoosierRx	P.O. Box 6224	Indianapolis IN 46206-6224	1-866-267-4679 TTY: 711 de lunes a viernes, de 7 a. m. a 3 p. m.	https://www.in.gov/medicaid/members/26.htm

Apéndice

Estados	Agencia SPAP	Dirección	Ciudad, Estado, Código postal	Número de teléfono/ TTY	Dirección web
Maine	Programa de Medicamentos de Bajo Costo para Ancianos y Discapacitados de Maine Oficina de Servicios de MaineCare	242 State Street	Augusta, ME 04333	1-866-796-2463 TTY: 1-800-606-0215 de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.	https://q1medicare.com/PartD-SPAPMaineLowCstRxElderlyDisabled.php
Maryland	Programa de Asistencia de Medicamentos con Receta para Personas de Edad Avanzada de Maryland (SPDAP)	c/o Pool Administrators, 628 Hebron Avenue, Suite 502	Glastonbury, CT 06033	1-800-551-5995 TTY: 1-800-877-5156 de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.	http://marylandspdap.com/
Massachusetts	Ventaja de Prescripción de Massachusetts	P.O. Box 15153	Worcester, MA 01615-0153	1-800-243-4636 ext 2 TTY: 1-877-610-0241 de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.	https://www.mass.gov/prescription-drug-assistance

Apéndice

Estados	Agencia SPAP	Dirección	Ciudad, Estado, Código postal	Número de teléfono/ TTY	Dirección web
Montana	Montana Big Sky Rx Program	P.O. Box 202915	Helena, MT 59620-2915	1-866-369-1233 TTY: 711 de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.	https://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/BigSky
Nevada	Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nevada Senior Rx	3320 W. Sahara Ave, Suite 100	Las Vegas, NV 89102	1-866-303-6323 (opción 2) TTY: 711 de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.	http://adsd.nv.gov/Programs/Seniors/SeniorRx/SrRxProg/
New Jersey	Departamento de Salud y Servicios para Personas de Edad Avanzada de New Jersey Programa de Asistencia Farmacéutica para Personas de Edad Avanzada y Discapacitadas (PAAD)	P.O. Box 715	Trenton, NJ 08625-0715	1-800-792-9745 TTY: 711 de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.	https://www.state.nj.us/humanservices/doas/services/paad/

Apéndice

Estados	Agencia SPAP	Dirección	Ciudad, Estado, Código postal	Número de teléfono/ TTY	Dirección web
New York	Programa de Cobertura Farmacéutica para Personas de Edad Avanzada de New York (EPIC)	P.O. Box 15018	Albany, NY 12212-5018	1-800-332-3742 TTY: 1-800-290-9138 de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.	https://www.health.ny.gov/health_care/epic/
Pennsylvania	Programa PACE y PACENET del Departamento de Asuntos de la Tercera Edad de Pennsylvania	P.O. Box 8806	Harrisburg, PA 17105-8806	1-800-225-7223 TTY: 711 de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.	https://www.aging.pa.gov/aging-services/prescriptions/Pages/default.aspx
Rhode Island	Asistencia Farmacéutica a las Personas de Edad Avanzada de Rhode Island (RIPAE)	División de Asuntos de Personas de Edad Avanzada, 57 Howard Ave, Louis Pasteur Bldg, 2 nd Floor	Cranston, RI 02920-3039	1-401-462-3000 TTY: 1-401-462-0740 de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.	https://www.payingforseniorcare.com/rhode-island/ripae
Texas	Programa de Atención Médica Renal de Texas (KHC)	Servicios de Elegibilidad para Atención Médica Renal MC 1938, P.O. Box 149347	Austin, TX 78714-9347	1-800-222-3986 TTY: 711 de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.	https://hhs.texas.gov/services/health/kidney-health-care

Apéndice

Estados	Agencia SPAP	Dirección	Ciudad, Estado, Código postal	Número de teléfono/ TTY	Dirección web
Vermont	Departamento de Acceso a la Salud de Vermont VPharm	Centro de Procesamiento de Solicitudes y Documentos 280 State Drive	Waterbury, VT 05671-1500	1-800-250-8427 TTY: 711 de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.	https://www.greenmountaincare.org/
Virginia	Programa de Asistencia de Medicamentos de Virginia (MAP)	Departamento de Salud de Virginia, HCS Unit, 1st Floor, James Madison Building, 109 Governor Street	Richmond, VA 23219	1-855-362-0658 TTY: 711	https://www.vdh.virginia.gov/disease-prevention/vamap/
Washington	Seguro médico del Estado de Washington Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica	P.O. Box 1090	Great Bend, KS, 67530	1-800-877-5187 TTY: 711 de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., hora del Pacífico	https://www.insurance.wa.gov/washington-state-health-insurance-pool-wship
Wisconsin	Atención a las Personas de Edad Avanzada en Wisconsin	1 West Wilson Street	Madison, WI 53703	1-608-266-1865 TTY: 1-800-947-3529 o 711 de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.	https://www.dhs.wisconsin.gov/seniorcare/index.htm

Apéndice**Programas de Asistencia a los Medicamentos para el SIDA (ADAP)**

Estados	Agencia ADAP	Dirección	Ciudad, Estado, Código postal	Número de teléfono/ TTY	Dirección web
Alabama	Departamento de Salud Pública de Alabama Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA División de VIH/ SIDA	The RSA Tower, 201 Monroe Street, Suite 1400	Montgomery, AL 36104-3773	1-866-574-9964 TTY: 711	http://www.alabamapublichealth.gov/hiv/adap.html
Alaska	Asociación de Asistencia al Sida de Alaska	1057 W. Fireweed Lane, Suite 102	Anchorage, AK 99503	1-800-478-AIDS TTY: 711	https://www.alaskanids.org/client-services/aids-drug-assistance-program-adap
Arizona	Departamento de Servicios de Atención Médica de Arizona (ADHS) Oficina de Integración de Enfermedades y Servicios	150 N. 18th Avenue	Phoenix, AZ 85007	1-800-334-1540 TTY: 711	https://www.azdhs.gov/preparedness/epidemiology-disease-control/disease-integration-services/index.php#aids-drug-assistance-program-home
Arkansas	Arkansas HIV/STD/ Hepatitis C ADAP Division	4815 W. Markham Street Slot 33	Little Rock, AR 72205	1-501-661-2408 TTY: 711	http://adap.directory/arkansas

Apéndice

Estados	Agencia ADAP	Dirección	Ciudad, Estado, Código postal	Número de teléfono/ TTY	Dirección web
California	Oficina del SIDA del Departamento de Salud Pública de California	Oficina del SIDA Centro de Enfermedades Infecciosas Departamento de Salud Pública de California, MS 7700 P.O. Box 997426	Sacramento, CA 95899-7426	1-916-558-1784 TTY: 711	https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OAmain.aspx
Colorado	Programa de Asistencia Estatal para Medicamentos Ryan White (SDAP)	Programa de Atención y Tratamiento de CDPHE ADAP-3800, 4300 Cherry Creek Drive South	Denver, CO 80246	1-303-692-2716 TTY: 711 de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.	https://www.colorado.gov/pacific/cdphe/state-drug-assistance-program
Connecticut	Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA de Connecticut (CADAP)	Departamento de Salud Pública del Estado de Connecticut c/o Magellan P.O. Box 13001	Albany, NY 11212-3001	1-800-424-3310 TTY: 1-800-842-4524	https://portal.ct.gov/DSS/Health-And-Home-Care/CADAP/Connecticut-AIDS-Drug-Assistance-Program-CADAP
Delaware	Programa Ryan White (Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA de Delaware ADAP)	540 S. DuPont Highway	Dover, DE 19901	1-302-744-1000 TTY: 711	https://www.dhss.delaware.gov/dhss/dph/dpc/hivtreatment.html

Apéndice

Estados	Agencia ADAP	Dirección	Ciudad, Estado, Código postal	Número de teléfono/ TTY	Dirección web
Distrito de Columbia	Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA del Distrito de Columbia (DC ADAP)	899 N. Capitol Street NE	Washington, DC 20002	1-202-671-4900 TTY: 711	https://dchealth.dc.gov/DC-ADAP
Florida	Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA de Florida	HIV/AIDS Section 4052 Bald Cypress Way	Tallahassee, FL 32399	1-850-245-4422 TTY: 711	http://www.floridahealth.gov/diseases-and-conditions/aids/adap/index.html
Georgia	Coordinador de ADAP, Departamento de Servicios Humanos de Georgia, Epidemiología	2 Peachtree Street, NW, 15th Floor	Atlanta, GA 30303-3186	1-404-657-2700 TTY: 711	https://dph.georgia.gov/hiv-care/aids-drug-assistance-program-adap
Hawaii	Subdivisión de Servicios de Reducción de Daños	3627 Kilauea Avenue, Suite 306	Honolulu, HI 96816	1-808-733-9010 TTY: 711	https://health.hawaii.gov/harmreduction/about-us/hiv-programs/hiv-case-management/

Apéndice

Estados	Agencia ADAP	Dirección	Ciudad, Estado, Código postal	Número de teléfono/ TTY	Dirección web
Idaho	Programa Estatal de Asistencia a la Prescripción del VIH de Idaho (IDAGAP)	450 W. State Street, P.O. Box 83720	Boise, ID 83720-0036	1-208-334-5612 TTY: 711 de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.	https://healthandwelfare.idaho.gov/Health/FamilyPlanningSTDHIV/HIVCareandTreatment/tabid/391/Default.aspx
Illinois	Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA del Departamento de Salud Pública de Illinois	525 W. Jefferson Street, First Floor	Springfield, IL 62761	1-217-782-4977 TTY: 1-800-547-0466	https://dph.illinois.gov/topics-services/diseases-and-conditions/hiv-aids/ryan-white-care-and-hopwa-services
Indiana	Programa de Servicios Médicos para el VIH de la División del Departamento de Salud y Servicios Humanos del Estado de Indiana	2 N. Meridian Street	Indianapolis, IN 46204	1-866-588-4948, opción 1 TTY: 711	https://www.in.gov/isdh/17740.htm
Iowa	Departamento de Salud Pública de Iowa Oficina de VIH, ETS y Hepatitis	321 E. 12th Street	Des Moines, IA, 50319-0075	1-515-281-7689 TTY: 711 o 1-800-735-2942	https://idph.iowa.gov/hivstdhep/hiv/support

Apéndice

Estados	Agencia ADAP	Dirección	Ciudad, Estado, Código postal	Número de teléfono/ TTY	Dirección web
Kansas	Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA de Kansas	1000 SW Jackson Street, Suite 210	Topeka, KS 66612	1-785-296-6174 TTY: 711	https://www.kdheks.gov/sti_hiv/ryan_white_care.htm#ADAP
Kentucky	Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA de Kentucky (KADAP)	275 E. Main St., HS2E-C	Frankfort, KY 40621	1-800-420-7431 TTY: 711	https://chfs.ky.gov/agencies/dph/dehp/hab/Pages/services.aspx
Louisiana	Programa de Acceso a la Salud de Louisiana (LAHAP)	1450 Poydras Street, Suite 2136	New Orleans, LA 70112	1-504-568-7474 TTY: 711	https://www.lahap.org/
Maine	Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA de Maine	286 Water Street, State House Station 11	Augusta, ME 04333	1-207-287-3747 TTY: 711	https://www.maine.gov/dhhs/mecdc/infectious-disease/hiv-std/services/aids-drug-assist.shtml
Maryland	Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA de Maryland (MADAP)	201 W. Preston Street	Baltimore, MD 21201-2399	1-800-205-6308 TTY: 711	https://health.maryland.gov/phpa/OIDPCS/Pages/MADAP.aspx

Apéndice

Estados	Agencia ADAP	Dirección	Ciudad, Estado, Código postal	Número de teléfono/ TTY	Dirección web
Massachusetts	Programa de Asistencia para Medicamentos para el VIH de Massachusetts (HDAP)	Schrafft's Center, 529 Main Street, Suite 301	Charlestown, MA 02129	1-800-228-2714 TTY: 711	https://crine.org/hdap/
Michigan	Programa de Asistencia para Medicamentos para el VIH/ SIDA de Michigan (MIDAP)	109 Michigan Avenue, 9th Floor	Lansing, MI 48913	1-888-826-6565 TTY: 711	https://www.michigan.gov/mdhhs/0,5885,7-339-71550_2955_2982-44913--,00.html
Minnesota	Departamento de Servicios Humanos del Programa de VIH/SIDA de Minnesota	Programas de VIH/ SIDA Departamento de Servicios Humanos, P.O. Box 64972	St. Paul, MN 55164-0972	1-800-657-3761 TTY: 711 o 1-800-627-3529	https://mn.gov/dhs/people-we-serve/adults/health-care/hiv-aids/programs-services/medications.jsp
Mississippi	Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA de Mississippi	570 E. Woodrow Wilson Drive	Jackson, MS 39216	1-888-343-7373 TTY: 711	https://msdh.ms.gov/msdhsite/_static/14,13047,150.html

Apéndice

Estados	Agencia ADAP	Dirección	Ciudad, Estado, Código postal	Número de teléfono/ TTY	Dirección web
Missouri	Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA de Missouri	Oficina de VIH, ETS y Hepatitis Departamento de Salud y Servicios para Personas de Edad Avanzada de Missouri, P.O. Box 570	Jefferson City, MO 65102	1-573-751-6439 TTY: 711	https://health.mo.gov/living/healthcondiseases/communicable/hivaids/
Montana	Programa de Asistencia al VIH Ryan White de Montana (Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA de Montana, DPHHS)	Cogswell Building Room C-211, 1400 Broadway	Helena, MT 59620	1-406-444-3565 TTY: 711	https://dphhs.mt.gov/publichealth/hivstd/treatment/mtryanwhiteprog
Nebraska	Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA de Nebraska	P.O. Box 95044, 301 Centennial Mall South	Lincoln, NE 68509	1-402-559-4673 TTY: 711	https://www.rxresource.org/prescription-assistance/nebraska-aids-drugs-assistance-program.html

Apéndice

Estados	Agencia ADAP	Dirección	Ciudad, Estado, Código postal	Número de teléfono/ TTY	Dirección web
Nevada	Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA de Nevada	Office of HIV/AIDS 4126 Technology Way, Suite 200	Carson City, NV 89706	1-775-684-5928 TTY: 711	http://dpbh.nv.gov/Programs/HIV-Ryan/Ryan_White_Part_B_-_Home/
New Hampshire	Departamento de Salud y Servicios Humanos de New Hampshire	Departamento de Salud y Servicios Humanos de New Hampshire 129 Pleasant Street	Concord, NH 03301-3852	1-800-852-3345 ext 4502 TTY: 1-800-735-2964	https://www.dhhs.nh.gov/dphs/bchs/std/care.htm
New Jersey	Departamento de Salud de New Jersey	P.O. Box 360	Trenton, NJ 08625-0360	1-800-624-2377 TTY: 711	https://www.nj.gov/health/hivstdtb/hiv-aids/medications.shtml
New Mexico	Programa de Servicios de VIH/ SIDA del Departamento de Salud de New Mexico	1190 St. Francis Drive, Suite S1200	Santa Fe, NM 87502	1-505-827-2435 TTY: 711	https://nmhivguide.org/search_detail.php?id=75
New York	Programas de Atención al VIH para Personas Sin Cobertura de Seguro Médico en New York	Empire Station, P.O. Box 2052	Albany, NY 12220-0052	1-800-542-2437 TTY: 1-518-459-0121	https://www.health.ny.gov/diseases/aids/general/resources/adap/

Apéndice

Estados	Agencia ADAP	Dirección	Ciudad, Estado, Código postal	Número de teléfono/ TTY	Dirección web
North Carolina	Departamento de Salud y Servicios Humanos de North Carolina	División de Enfermedades Transmisibles, Sección de Epidemiología División de Salud Pública, N.C. Departamento de Salud y Servicios Humanos 1902 Mail Service Center	Raleigh, NC 27699-1902	1-919-733-3419 TTY: 711	https://epi.dph.ncdhhs.gov/cd/hiv/hmap.html
North Dakota	Programa de VIH/ SIDA del Departamento de Salud de North Dakota	División de Control de Enfermedades del Departamento de Salud de North Dakota, 2635 East Main Ave	Bismarck, ND 58505	1-800-472-2180 TTY: 711	https://www.ndhealth.gov/hiv/RyanWhite/
Ohio	Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA de Ohio	246 N. High Street	Columbus, OH 43215	1-614-995-5599 TTY: 711	https://odh.ohio.gov/wps/portal/gov/odh/know-our-programs/Ryan-White-Part-B-HIV-Client-Services/AIDS-Drug-Assistance-Program/

Apéndice

Estados	Agencia ADAP	Dirección	Ciudad, Estado, Código postal	Número de teléfono/ TTY	Dirección web
Oklahoma	Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA de Oklahoma	1000 NE Tenth & Stonewall, Mail Drop 0308	Oklahoma City, OK 73117-1299	1-405-271-4636 TTY: 711	https://oklahoma.gov/health/prevention-and-preparedness/sexual-health-and-harm-reduction-service/ryan-white-programs.html
Oregon	Programa CAREAssist de Oregón	800 NE Oregon Street, Suite 1105	Portland, O 97232	1-971-673-0144 TTY: 711	https://www.oregon.gov/oha/ph/DiseasesConditions/HIVSTDViralHepatitis/HIVCareTreatment/CAREAssist/Pages/index.aspx
Pennsylvania	Departamento de Salud de Pennsylvania	Departamento de Salud de Pennsylvania, Programa de Beneficios Farmacéuticos Especiales, P.O. Box 8808	Harrisburg, PA 17105-8808	1-800-922-9384 TTY: 711	https://www.health.pa.gov/topics/programs/HIV/Pages/Special-Pharmaceutical-Benefits.aspx
Rhode Island	Programa de Asistencia para Medicamentos para el Sida de Rhode Island	3 Capitol Hill	Providence, RI 02908	1-401-222-5960 TTY: 711	https://health.ri.gov/diseases/hiv aids/about/stayinghealthy/

Apéndice

Estados	Agencia ADAP	Dirección	Ciudad, Estado, Código postal	Número de teléfono/ TTY	Dirección web
South Carolina	Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA de South Carolina	2600 Bull Street	Columbia, SC 29201	1-800-322-2437 TTY: 711	https://www.scdhec.gov/infectious-diseases/hiv-std-viral-hepatitis/aids-drug-assistance-program
South Dakota	Programa de Atención Ryan White Parte B, Departamento de Salud de South Dakota	615 E. 4th Street	Pierre, SD 57501-1700	1-800-592-1861 TTY: 711	https://doh.sd.gov/diseases/infectious/ryanwhite/
Tennessee	Programa de Asistencia para Medicamentos para el VIH de Tennessee (HDAP)	Oficinas administrativas del Programa de VIH/ ETS del Departamento de Salud de Tennessee: 4th Floor, Andrew Johnson Tower, 710 James Robertson Pkwy	Nashville, TN 37243	1-800-525-2437 TTY: 711	https://www.tn.gov/health/health-program-areas/std/std/ryanwhite.html
Texas	Programa de Medicamentos contra el VIH/ETS Texas (THMP)	P.O. Box 149347, MC 1873	Austin, TX 78714	1-800-255-1090 TTY: 711	https://www.dshs.state.tx.us/hivstd/meds/default.shtm

Apéndice

Estados	Agencia ADAP	Dirección	Ciudad, Estado, Código postal	Número de teléfono/ TTY	Dirección web
Utah	Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA de Utah	288 North 1460 West, P.O. Box 142104	Salt Lake City, UT 84114-2104	1-801-538-6191 TTY: 711	http://health.utah.gov/epi/treatment/
Vermont	Programa de Asistencia de Medicamentos de Vermont (VMAP)	Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA, 108 Cherry Street	Burlington, VT 05402-0070	1-800-464-4343 TTY: 711	https://www.healthvermont.gov/immunizations-infectious-disease/hiv/care#:~:text=If%20you%20are%20a%20Vermont,who%20meet%20specific%20income%20guidelines.
Virginia	Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA del Departamento de Salud de Virginia (VDH)	Departamento de Salud de Virginia, HCS Unit, 1 st Floor James Madison Building, 109 Governor Street	Richmond, VA 23219	1-855-362-0658 TTY: 711	https://www.vdh.virginia.gov/
Washington	Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA del Estado de Washington	P.O. Box 47841	Olympia, WA, 98504-7841	1-877-376-9316 TTY: 711	https://www.doh.wa.gov/YouandYourFamily/IllnessandDisease/HIV/ClientServices/ADAPandEIP

Apéndice

Estados	Agencia ADAP	Dirección	Ciudad, Estado, Código postal	Número de teléfono/ TTY	Dirección web
West Virginia	Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA de West Virginia	350 Capitol Street, Room 125	Charleston, WV 25301	1-800-642-8244 TTY: 711	https://oeps.wv.gov/rwp/pages/default.aspx
Wisconsin	Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA/VIH de Wisconsin	1 West Wilson Street	Madison, WI 53703	1-608-266-1865 TTY: 711 o 1-800-947-3529	https://www.dhs.wisconsin.gov/hiv/adap.htm
Wyoming	Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA del Departamento de Salud de Wyoming	401 Hathaway Building	Cheyenne, WY 82002	1-307-777-5856 TTY: 711	https://health.wyo.gov/

Servicio al Cliente de UT CARE™ Medicare PPO

Método	Departamento de Servicios para Miembros: información de contacto
LLAME AL	1-877-842-7562 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días feriados. El Departamento de Servicios para Miembros también tiene servicios gratuitos de interpretación de idiomas para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días feriados.
FAX	1-855-895-4747
ESCRÍBANOS	Customer Service Box 4555 Scranton, PA 18505

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) es un programa estatal con fondos del gobierno federal que ofrece asesoría local gratuita sobre seguros médicos a personas que tienen Medicare.

Puede encontrar información de contacto del Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) en su estado en el apéndice de la parte posterior de este documento.

Declaración de divulgación con respecto a la PRA Según la ley de Reducción de Papeles (PRA, en inglés) de 1995, nadie está obligado a contestar una recopilación de información, a menos que muestre un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escríbanos a: CMS, 7500 Security Boulevard, Atención: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.