

1 de enero – 31 de diciembre del 2011

Evidencia de Cubierta:

Sus Beneficios de Salud y Servicios de Medicare

como afiliado a AHM_BÁSICO (HMO)

Este manual le provee detalles sobre su cubierta de salud de Medicare desde el 1 de enero – 31 de diciembre del 2011. Le explica cómo obtener el cuidado de salud. Este es un documento legal importante. Favor de mantenerlo en un lugar seguro.

AHM_BÁSICO (HMO) Servicios al Cliente:

Para ayuda o información, favor de llamar a Servicios al Cliente o visitar nuestra página de Internet: www.ahmpr.com.

1-888-620-1919 de 8:00 AM a 8:00 PM (Llamadas a este número son gratis)

Usuarios de TTY deben llamar al 1-866-620-2520

Este plan se ofrece a través de **American Health Medicare**. En esta Evidencia de Cubierta nos referimos a American Health Medicare como “nosotros” o “nuestro”. Nos referimos a **AHM_BÁSICO (HMO)** como “el plan” o “nuestro plan”.

American Health Medicare es una Organización Medicare Advantage que tiene contrato con Medicare.

Esta información esta disponible en diferentes formatos, incluyendo en inglés. Favor de llamar a Servicios al Cliente a los números listados arriba si usted necesita información del plan en otro formato o lenguaje.

This information is available in a different format, including Spanish. Please call Customer Services at the number listed above if you need plan information in another format or language

Los Beneficios, Formularios, las farmacias de la red, la prima y/o copagos/coaseguros pueden cambiar el 1 de enero del 2012.

H5774_1027_11_05_S
File & Use: 09/27/2010

Tabla de Contenido

Esta lista de capítulos y números de páginas es solo su punto de partida. Para ayuda adicional en encontrar información que necesita, vaya a la primera página de un capítulo. **Encontrará una lista detallada de temas al principio de cada capítulo.**

Capítulo 1: Comenzando como afiliado de *AHM_BÁSICO (HMO)* 1

Le habla de lo que significa estar en un plan de salud de Medicare y como usar este manual. Además le habla sobre materiales que estaremos enviándole, la prima de su plan, la tarjeta de membresía de su plan y cómo mantener su expediente del plan al día.

Capítulo 2. Recursos y Números de Teléfonos Importantes 10

Le habla de cómo contactar a nuestro plan (*AHM_BÁSICO (HMO)*) y otras organizaciones, incluyendo Medicare, el Programa de Asistencia para Seguros de Salud del Estado, la Organización para el Mejoramiento de Calidad, el Seguro Social, Medicaid (el programa de seguro de salud del estado para personas de bajos ingresos), y la Junta de Retiro Ferroviario.

Capítulo 3. Utilizando la cubierta del plan para sus servicios médicos 20

Le explica cosas importantes que usted debe de saber sobre cómo obtener su cuidado médico como afiliado a nuestro plan. Los temas incluyen el uso de los proveedores en la red del plan y de cómo obtener cuidado cuando usted tiene una emergencia.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga) 33

Provee los detalles sobre que tipos de cuidados médicos están cubiertos y cuales *no* están cubiertos para usted como afiliado de nuestro plan. Le dice cuanto usted deberá de pagar por el costo compartido de su cuidado médico cubierto.

Capítulo 5. Petición al plan para que pague su parte de los costos de una factura recibida por servicios cubiertos 94

Le explica cuándo y cómo enviarnos una factura si usted desea solicitar que le reembolsemos nuestra parte del costo compartido por servicios cubiertos.

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades 100

Explica los derechos y responsabilidades que usted tiene como afiliado a nuestro plan. Le dice que puede hacer si piensa que sus derechos no están siendo respetados.

Capítulo 7. Qué hacer si tiene un problema o queja (decisión de cubierta, apelaciones, quejas) 110

Le dice paso por paso que hacer si usted esta teniendo problemas o preocupaciones como afiliado a nuestro plan.

- Explica como solicitar decisiones de cubierta y someter una apelación si usted esta teniendo problemas para obtener el cuidado médico que usted piensa están cubiertos por nuestro plan. Esto incluye solicitar continuidad en cubierta a cuido en el hospital y ciertos tipos de servicios médicos si usted piensa que su cubierta se terminará antes de tiempo.
- Explica cómo someter una queja sobre la calidad del cuidado, tiempo de espera, servicios al cliente y otras preocupaciones.

Capítulo 8. Terminando su afiliación con el plan 105

Le dice cómo y cuándo puede cancelar su afiliación en el plan. Explica situaciones en las cuales nuestro plan requiere cancelar su afiliación.

Capítulo 9. Notificaciones Legales 168

Incluye notificaciones sobre leyes gubernamentales y sobre la no-discriminación.

Capítulo 10. Definiciones de Palabras Importantes 115

Explica términos importantes utilizados en este manual.

Capítulo 1: Comenzando como afiliado de AHM BÁSICO (HMO)

SECCIÓN 1	Introducción	2
Sección 1.1	¿De qué se trata la Evidencia de Cubierta?.....	2
Sección 1.2	¿De qué le habla este capítulo?.....	2
Sección 1.3	¿Que sucede si soy nuevo en AHM_BÁSICO (HMO)?.....	2
Sección 1.4	Información legal acerca de su <i>Evidencia de Cubierta</i>	3
SECCIÓN 2	¿Qué lo hace elegible para ser un afiliado de nuestro plan?.....	3
Sección 2.1	Sus tres requisitos de elegibilidad.....	3
Sección 2.2	¿Que son las Partes A y B de Medicare?	4
Sección 2.3	Aquí está el área de servicio para AHM_BÁSICO (HMO)	4
SECCIÓN 3	¿Que otros materiales usted va a recibir de nosotros?	5
Sección 3.1	Su tarjeta de membresía al plan – Utilícela para obtener todo su cuidado médico	5
Sección 3.2	El Directorio de Proveedores: su guía a todos los proveedores que pertenecen a nuestra red.....	5
SECCIÓN 4	Su prima mensual para AHM_BÁSICO (HMO)	6
Sección 4.1	¿Cuánto es su prima mensual?	6
SECCIÓN 5	Favor de mantener su expediente del plan al día.....	7
Sección 5.1	Como ayudarnos a asegurar que la información que tenemos sobre usted este correcta	7

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 ¿De qué se trata la Evidencia de Cubierta?
--

Esta *Evidencia de Cubierta* le explica cómo obtener su cuidado médico de Medicare a través de nuestro plan, un plan Medicare Advantage. Este manual explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto y lo que usted paga como afiliado al plan.

- Usted está cubierto por Medicare, y ha escogido recibir su cuidado de salud de Medicare a través de nuestro plan, *AHM_BÁSICO (HMO)*.
- Hay diferentes tipos de planes de Medicare Advantage. *AHM_BÁSICO (HMO)* es un plan de Medicare Advantage HMO (Organización para el Manejo de Salud. HMO, por sus siglas en inglés).

Este plan se ofrece a través de **American Health Medicare**. En esta Evidencia de Cubierta nos referimos a American Health Medicare como “nosotros” o “nuestro”. Nos referimos a **AHM_BÁSICO (HMO)** como “el plan” o “nuestro plan”.

Las palabras “cubierta” y “servicios cubiertos” se refieren a la cubierta de cuidado médico y servicios que está disponible para usted como afiliado a *AHM_BÁSICO (HMO)*.

Sección 1.2 ¿De qué le habla este capítulo?

Lea a través del Capítulo 1 de esta Evidencia de Cubierta para aprender sobre:

- ¿Que lo hace elegible para ser afiliado del plan?
- ¿Cuál es el área de servicio del plan?
- ¿Qué materiales recibirá de nosotros?
- ¿Cuál es la prima del plan y como pagarla?
- ¿Cómo mantener al día la información en su expediente de afiliado?

Sección 1.3 ¿Que sucede si soy nuevo en AHM_BÁSICO (HMO)?

Si usted es un afiliado nuevo, entonces es importante que aprenda cómo es que funciona el plan, cuales son las reglas y que servicios están disponibles para usted. Le exhortamos a que saque un tiempo para leer esta Evidencia de Cubierta.

Si usted está confundido o preocupado o si tiene alguna pregunta, favor de comunicarse con nuestro Departamento de Servicios al Cliente (números de contacto se encuentran en la cubierta de este manual).

Sección 1.4 Información legal acerca de su Evidencia de Cubierta

Es parte de nuestro contrato con usted

Esta *Evidencia de Cubierta* es parte de nuestro contrato con usted acerca de como *AHM_BÁSICO (HMO)* cubre su cuidado. Otras partes de este contrato incluyen su solicitud de afiliación, y cualquier otra notificación que usted reciba de nosotros referente a cambios a su cubierta o alguna condición adicional que pueda afectar su cubierta. Estas notificaciones a veces son llamadas anejos.

El contrato está vigente por los meses en que usted este afiliado a *AHM_BÁSICO (HMO)* entre el 1 de enero del 2011 al 31 de diciembre del 2011.

Medicare deberá aprobar nuestro plan cada año

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) deben aprobar a *AHM_BÁSICO (HMO)* cada año. Usted puede continuar obteniendo su cubierta de Medicare como afiliado a nuestro plan solo mientras nosotros continuemos ofreciendo el plan por el año y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid renuevan su aprobación del plan.

SECCIÓN 2 ¿Qué lo hace elegible para ser un afiliado de nuestro plan?

Sección 2.1 Sus tres requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para afiliación a nuestro plan siempre y cuando:

- Usted viva en nuestra área geográfica de servicio (Sección 2.3 un poco más abajo describe nuestra área de servicio)
- -- y -- sea elegible a la Parte A de Medicare
- -- y -- este afiliado a la Parte B de Medicare
- -- y -- usted no tenga Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD, por sus siglas en inglés), con excepciones limitadas, tales como si desarrolla ESRD cuando ya este afiliado a algunos de nuestros planes, o estuvo a afiliado a un plan diferente que fue descontinuado.

Sección 2.2 ¿Que son las Partes A y B de Medicare?

Cuando usted originalmente se suscribió a Medicare, recibió información de cómo obtener Medicare Parte A y Medicare Parte B. Recuerde:

- Medicare Parte A generalmente cubre servicios de proveedores institucionales tales como hospitales, facilidades de cuidado diestro o agencias de cuidado de salud en el hogar.
- Medicare Parte B es para la mayoría de los demás servicios médicos, como servicios de médicos y servicios ambulatorios.

Sección 2.3 Aquí está el área de servicio para AHM_BÁSICO (HMO)

Aunque Medicare es un programa Federal, *AHM_BÁSICO (HMO)* está disponible sólo para aquellos individuos que residan en el área de servicio de nuestro plan. Para permanecer afiliado a nuestro plan, debe seguir residiendo en esta área de servicio. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio:

Los pueblos incluidos en nuestra área de servicio son:

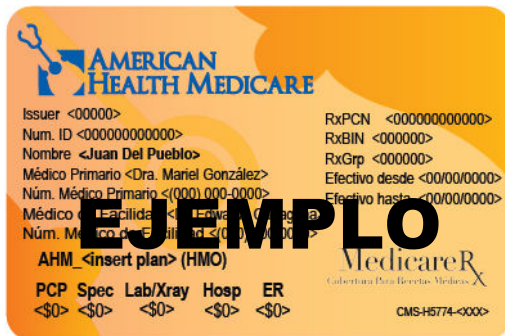
Adjuntas, Aguada, Aguadilla, Aguas Buenas, Aibonito, Añasco , Arecibo, Arroyo, Barceloneta, Barranquitas, Bayamón, Cabo Rojo, Caguas, Camuy, Canóvanas, Carolina, Cataño, Cayey, Ceiba, Ciales, Cidra, Coamo, Comerlo, Corozal, Culebra, Dorado, Fajardo, Florida, Guánica, Guayama, Guayanilla, Guaynabo, Gurabo, Hatillo, Hormigueros, Humacao, Isabela , Jayuya , Juana Díaz, Juncos, Lajas, Lares, Las Marías, Las Piedras, Loiza, Luquillo, Manatí, Maricao, Maunabo, Mayagüez, Moca, Morovis, Naguabo, Naranjito, Orocovis, Patillas, Peñuelas, Ponce, Quebradillas, Rincón, Río Grande, Sabana Grande, Salinas, San Germán, San Juan, San Lorenzo, San Sebastián, Santa Isabel, Toa Alta, Toa Baja, Trujillo Alto, Utuado, Vega Alta, Vega Baja, Vieques, Villalba, Yabucoa, Yauco, PR. Usted debe que residir en uno de estos pueblos para afiliarse al plan.

Si usted planifica mudarse fuera de nuestra área de servicio, favor de comunicarse con Servicios al Cliente.

SECCIÓN 3 ¿Que otros materiales usted va a recibir de nosotros?

Sección 3.1 Su tarjeta de membresía al plan – Utilícela para obtener todo su cuidado médico

Mientras usted este afiliado a nuestro plan, debe utilizar su tarjeta de membresía de nuestro plan para obtener servicios cubiertos por el plan. Aquí hay un ejemplo de una tarjeta de membresía para que vea cómo será la suya:



Mientras esté afiliado a nuestro plan **no debe usar su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare** para obtener servicios médicos cubiertos (con la excepción de estudios de investigaciones clínicas rutinarias y servicios de hospicio). Mantenga su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en un lugar seguro en caso de que pueda necesitarla luego.

Vea porque es tan importante: Si usted obtiene servicios cubiertos utilizando su tarjeta roja, blanca y azul en vez de utilizar su tarjeta de membresía de *AHM_BÁSICO (HMO)* mientras está afiliado a nuestro plan, puede que tenga que pagar el costo completo usted mismo.

Si la tarjeta del plan está dañada, perdida o fue robada, llame a Servicios al Cliente inmediatamente y le enviaremos una tarjeta nueva.

Sección 3.2 El Directorio de Proveedores: su guía a todos los proveedores que pertenecen a nuestra red

Cada año que usted este afiliado a nuestro plan, le enviaremos un Directorio de Proveedores nuevo o una actualización a su Directorio de Proveedores. Este Directorio tiene una lista de los proveedores de nuestra red.

¿Qué son “proveedores de la red”?

Los Proveedores de la red son médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otras facilidades de cuidado de salud que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier pago de costo compartido del plan por completo. Hemos hecho un acuerdo con estos proveedores para ofrecer servicios cubiertos a los afiliados de nuestro plan.

¿Por qué necesita conocer cuáles son los proveedores que forman parte de nuestra red?

Es importante saber cuáles proveedores son parte de nuestra red, ya que, con excepciones limitadas, mientras este afiliado al plan debe utilizar proveedores de la red para obtener su cuidado médico y servicios. Las únicas excepciones son para emergencias, cuidado necesario de urgencia cuando la red no está disponible (generalmente cuando está fuera del área), servicios de diálisis fuera del área y casos en que *AHM_BÁSICO (HMO)* autorice el uso de proveedores fuera de la red. Vea el Capítulo 3 (*Utilizando la cubierta del plan para sus servicios médicos*) para información más específica sobre emergencias, fuera de la red y cubierta fuera del área de servicio.

Si usted no tiene una copia del *Directorio de Proveedores*, puede obtener una copia comunicándose con Servicios al Cliente. Puede solicitar más información a Servicios al Cliente acerca de los proveedores de nuestra red, incluyendo sus cualificaciones. Además puede ver el Directorio de Proveedores en www.ahmpr.com, o puede descargarlo de la página de Internet. Ambos Servicios al Cliente y la página de Internet pueden proveerle la información más actualizada acerca de cambios a los proveedores de nuestra red.

SECCIÓN 4 Su prima mensual para AHM_BÁSICO (HMO)

Sección 4.1 ¿Cuánto es su prima mensual?

Usted no tiene que pagar una prima mensual separada para *AHM_BÁSICO (HMO)*. (Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.)

En algunas situaciones, la prima de su plan puede ser más

En algunas situaciones, su prima del plan puede ser más alta que la cantidad estipulada anteriormente en la Sección 4.1. Dichas situaciones se describen a continuación.

- La mayoría de las personas pagarán la prima mensual estándar de la Parte D. Sin embargo, comenzando el 1 de enero del 2011, algunas personas pagarán una prima más alta basado en su ingreso anual (por encima de \$85,000 para solteros--2010, \$170,000 para parejas casadas--2010). Para más información sobre primas de la Parte

D basadas en ingreso, puede visitar la página de Internet <http://www.medicare.gov> o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Además se puede comunicar con la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213. Usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

- Algunos afiliados tendrán que pagar una **penalidad por afiliación tardía** ya que no se afiliaron a un plan de medicamentos de Medicare cuando inicialmente fueron elegibles o porque tuvieron un período de 63 días continuos o más donde no mantuvieron su cubierta. Para estos afiliados, la penalidad por afiliación tardía se suma a la prima mensual del plan. Su prima será la prima mensual del plan más la cantidad de su penalidad por afiliación tardía.
 - Si usted tiene que pagar una penalidad por afiliación tardía, la cantidad de su penalidad depende de cuánto tiempo usted espero para afiliarse a una cubierta de medicamentos o cuantos meses estuvo sin cubierta de medicamentos luego de que fue elegible. El Capítulo 6, Sección 9 le explica la penalidad por afiliación tardía.

Muchos afiliados tienen que pagar otras primas de Medicare

Según fue explicado en la Sección 2, para poder ser elegible a nuestro plan, debe mantener su elegibilidad a las Partes A y B de Medicare. Es por esta razón que algunos afiliados al plan pagarán una prima por la Parte A de Medicare y la mayoría de los afiliados pagarán una prima por la Parte B de Medicare, en adición a pagar una prima mensual del plan. Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare para mantenerse afiliado al plan.

- Su copia de Medicare & Usted del 2011 le habla sobre estas primas en la Sección llamada “Costos de Medicare del 2011.” Esto explica como la Parte B es diferente para las personas con diferentes ingresos.
- Todas los beneficiarios de Medicare reciben una copia de Medicare & Usted cada año en el otoño. Aquellos que sean nuevos a Medicare lo reciben en o antes del mes cuando inicialmente se inscribieron. Además puede descargar una copia de Medicare & Usted de la página de Internet de Medicare (<http://www.Medicare.gov>). O puede ordenar una copia impresa llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 horas al día, 7 días a la semana. Usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 5 Favor de mantener su expediente del plan al día

Sección 5.1	Como ayudarnos a asegurar que la información que tenemos sobre usted este correcta
--------------------	---

Su expediente de afiliación tiene información de su solicitud de afiliación, incluyendo su dirección y su número de teléfono. Muestra su cubierta específica del plan incluyendo su Proveedor de Cuidado Primario.

Los médicos, hospitales, farmacias y demás proveedores en la red del plan necesitan tener la información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red utilizan su expediente de afiliación para saber que servicios tienen cubierta para usted.** Por esta razón es sumamente importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Llame a Servicios al Cliente para notificarnos sobre los siguientes cambios:

- Cambios a su nombre, dirección o número de teléfono
- Cambios en cualquier otro seguro médico o cubierta de medicamentos que usted tenga (tales como de su patrono, del patrono de su cónyuge, compensación laboral o Medicaid)
- Si usted tiene alguna reclamación de responsabilidad, tales como reclamaciones por accidente de automóvil.
- Si usted ha sido admitido a un hogar de cuidado
- Si está participando de un estudio de investigación clínica

Lea la información que le hemos enviado acerca de alguna otra cubierta de seguro que usted tenga

Medicare requiere que obtengamos información de usted sobre alguna otra cubierta médica o de medicamentos que usted tenga. Esto es porque debemos coordinar cualquier otra cubierta que usted tenga con los beneficios de nuestro plan.

Una vez cada año, le enviaremos una carta que enumera cualquier otro seguro médico o cubierta de medicamentos que nosotros sepamos que usted tenga. Favor de leer dicha información cuidadosamente. Si esta correcta, no necesita hacer nada. Si la información esta incorrecta, o si tiene alguna otra cubierta que no aparece en la lista, favor de llamar a Servicios al Cliente (números de contacto están en la portada).

Capítulo 2. Números de Teléfono Importantes y otros Recursos

SECCIÓN 1	Contactos de <i>AHM_BÁSICO (HMO)</i> (como contactarnos, incluyendo como comunicarse con Servicios al Cliente en el Plan).....	10
SECCIÓN 2	Medicare (como obtener ayuda y información directamente del programa Federal de Medicare).....	12
SECCIÓN 3	Programa de Asistencia en Seguros de Salud del Estado (ayuda gratis, información, y contestaciones a sus preguntas sobre Medicare)	13
SECCIÓN 4	Organización para el mejoramiento de Calidad (pagado por Medicare para verificar la calidad del cuidado par a las personas con Medicare)	14
SECCIÓN 5	Seguro Social	15
SECCIÓN 6	Medicaid (un programa Federal y del Estado que ayuda con los costos médicos de algunas personas con ingresos y recursos limitados).....	16
SECCIÓN 7	Como contactar a la Junta de Retiro de Ferroviario	17
SECCIÓN 8	¿Usted tiene “seguro grupal” o algún otro seguro de salud de su patrono?	18

SECCIÓN 1 Contactos de *AHM_BÁSICO (HMO)* (como contactarnos, incluyendo como comunicarse con Servicios al Cliente en el Plan)

Como contactar a Servicios al Cliente en el plan

Para ayuda con reclamaciones, cobros o preguntas sobre su tarjeta de membresía, favor de llamar o escribir a Servicios al Cliente de AHM_BÁSICO (HMO). Con gusto le ayudaremos.

Servicios al Cliente	
LLAME	1-888-620-1919 Llamadas a este número son gratis. Lunes a domingo de 8:00am a 8:00pm.
TTY	1-866-620-2520 Este número requiere equipo telefónico especial y es sólo para personas que tengan dificultades auditivas o al hablar. Llamadas a este número son gratis. Lunes a domingo de 8:00am a 8:00pm.
FAX	787-620-0931
ESCRIBA	American Health Medicare P.O. Box 11320 San Juan , P.R, 00922
INTERNET	www.ahmpr.com

Como contactarnos Cuando está solicitando una decisión de cubierta, si usted va a someter una queja o si usted va a someter una apelación acerca de su cuidado médico

Decisiones de Cubierta, Quejas o Apelaciones acerca de cuidado médico	
LLAME	1-888-620-1919 Llamadas a este número son gratis.
TTY	1-866-620-2520 Este número requiere equipo telefónico especial y es sólo para personas que tengan dificultades auditivas o al hablar. Llamadas a este número son gratis.
FAX	787-620-0929
ESCRIBA	American Health Medicare P.O. Box 11320 San Juan , P.R, 00922

Para más información de cómo solicitar decisiones de cubierta, como someter una queja o una apelación acerca de su cuidado médico vea el Capítulo 7 (*Que hacer si tiene un problema o queja (Decisiones de Cubierta, Apelaciones, Quejas)*).

Donde enviar solicitudes pidiéndonos que paguemos por nuestra parte del costo de un servicio que usted ha recibido

Para más información sobre situaciones donde usted necesite solicitarle al plan un reembolso o pago por alguna factura que haya recibido de un proveedor, vea el Capítulo 5 (*Solicitándole al Plan que pague su parte del costo por una factura que ha recibido por servicios médicos*).

NOTA: Si nos envía una solicitud de pago y le denegamos alguna parte de su solicitud, puede apelar a nuestra decisión. Vea el Capítulo 7 (*Que hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cubierta, Apelaciones, quejas)*) para más información.

Solicitudes de Pago	
LLAME	1-888-620-1919 Llamadas a este número son gratis.
TTY	1-866-620-2520 Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas que tengan dificultades auditivas o al hablar. Llamadas a este número son gratis.
FAX	787-620-0929
ESCRIBA	American Health Medicare P.O. Box 11320 San Juan , P.R, 00922

SECCIÓN 2 Medicare (como obtener ayuda y información directamente del programa Federal de Medicare)

Medicare es un programa Federal de seguro de salud para personas con 65 años o más, algunas personas menores de 65 con incapacidades y las personas con Enfermedad Renal en Etapa Terminal (fallo renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

La agencia Federal que está a cargo de Medicare se llama Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (a veces llamado “CMS” por sus siglas en ingles). Esta agencia contrata organizaciones de Medicare Advantage, incluyéndonos a nosotros.

Medicare	
LLAME	1-800-MEDICARE, o 1-800-633-4227 Llamadas a este número son gratis. 24 horas al día, 7 días a la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere equipo telefónico especial y es sólo para personas que tengan dificultades auditivas o al hablar. Llamadas a este número son gratis
INTERNET	http://www.medicare.gov Está es la página oficial Internet del gobierno para Medicare. Le provee información actualizada y asuntos actuales de Medicare. Además tiene información sobre hospitales, hogares de cuidado, médicos, agencias de cuidado en el hogar y facilidades para diálisis. Incluye manuales que puede imprimir directamente desde su computadora. Tiene herramientas para ayudarlo a comparar Planes Medicare Advantage y planes de Medicamentos de Medicare en su área. Además puede encontrar contactos de Medicare en su estado seleccionando “Números de Teléfono y Páginas de Internet Importantes” Si usted no tiene una computadora, una biblioteca local o un centro de envejecientes pueden ayudarles a visitar esta página de Internet a través de sus computadoras. O puede llamar a Medicare al número que aparece arriba y explicarles que información está buscando. Ellos encontrarán la información en la página de Internet, la imprimirán y se la enviarán.

SECCIÓN 3 Programa de Asistencia en Seguros de Salud del Estado
(ayuda gratis, información, y contestaciones a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa de Asistencia en Seguros de Salud del Estado (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa del gobierno, que hay en cada estado, con consejeros adiestrados. En Puerto Rico, el

Programa de Asistencia en Seguros de Salud del Estado es la Oficina de la Procuradora de las Personas de Edad Avanzada.

La Oficina de la Procuradora de las Personas de Edad Avanzada es una entidad independiente (no está asociada con ninguna aseguradora o plan de salud). Es un programa del Estado que obtiene dinero del gobierno Federal para ofrecer conserjería local, gratis, sobre seguros de salud a las personas con Medicare.

Los consejeros de la Oficina de la Procuradora de las Personas de Edad Avanzada pueden ayudarlo con sus preguntas y problemas relacionadas con Medicare. Pueden ayudarlo a entender sus derechos de Medicare, ayudarlo con quejas acerca de su cuidado o tratamiento médico y ayudarlo a resolver problemas con su facturas de Medicare. Los consejeros de la Oficina de la Procuradora de las Personas de Edad Avanzada pueden ayudarlo a entender sus opciones de plan de Medicare y contestar sus preguntas en relación a cambio de plan.

Oficina de la Procuradora de las Personas de Edad Avanzada	
LLAME	(787) 721-6121
ESCRIBA	Avenida Ponce de León Parada 16 Edificio 1064 tercer nivel San Juan, PR 00919-1179

SECCIÓN 4 Organización para el mejoramiento de Calidad (pagado por Medicare para verificar la calidad del cuidado par a las personas con Medicare)

Hay una Organización para el Mejoramiento de Calidad en cada Estado. En Puerto Rico, la Organización para el Mejoramiento de Calidad se llama QUIPRO.

QUIPRO tiene un grupo de médicos y otros profesionales de la salud los cuales son pagados por el gobierno Federal. Esta Organización es pagada por Medicare para verificar y ayudar a mejorar la calidad de cuidado recibido por personas con Medicare. QUIPRO es una organización independiente. No está conectada a nuestro plan.

Usted debe contactar a QUIPRO en cualquiera de estas situaciones:

- Usted tiene una queja acerca de la calidad del cuidado que ha recibido.
- Entiende que su cubierta por hospitalización terminará pronto.
- Entiende que su cubierta por cuidado de salud en el hogar, o servicios en facilidad de cuidado diestro de enfermería o Facilidad de Rehabilitación Ambulatoria (CORF, por sus siglas en inglés) terminarán antes de tiempo.

QUIPRO (Organización para el Mejoramiento de Calidad)	
LLAME	787-641-1240 Ext.6221 o 6222 durante horas laborables 787-340-2660 durante el fin de semana
ESCRIBA	Organización para el Mejoramiento de Calidad Avenida Ponce de León # 2 Suite 605 Mercantil Plaza San Juan, P.R.00918-1696

SECCIÓN 5 Seguro Social

La Administración del Seguro Social es responsable de determinar su elegibilidad y manejar las afiliaciones para Medicare. Los ciudadanos de E.U. que tengan 65 años o más, o que tengan una incapacidad o enfermedad renal en etapa terminal y cumplan con ciertos requisitos, son elegibles para Medicare. Si usted ya recibe cheques de Seguro Social, la afiliación a Medicare es automática. Si usted no está recibiendo cheques de Seguro Social, debe afiliarse a Medicare y pagar la prima de la Parte B. El Seguro Social maneja el proceso de afiliación para Medicare. Para solicitar Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar su oficina local de Seguro Social.

Administración del Seguro Social	
LLAME	1-800-772-1213 Llamadas a este número son gratis. Disponible de 7:00 am a 7:00 pm, lunes a viernes. Puede utilizar nuestros servicios de teléfono automatizado para obtener información grabada y manejar ciertos asuntos 24 horas al día.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere equipo telefónico especial y es sólo para personas que tengan dificultades auditivas o al hablar. Llamadas a este número son gratis Disponible de 7:00 am a 7:00 pm, lunes a viernes.
INTERNET	http://www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid
(un programa Federal y del Estado que ayuda con los costos médicos de algunas personas con ingresos y recursos limitados)

Medicaid es un programa Federal y del Estado que ayuda con los costos médicos de algunas personas con ingresos y recursos limitados. Algunas personas con Medicare también son elegibles a tener Medicaid. Medicaid tiene programas que pueden ayudar a pagar sus primas de Medicare y otros costos si cualifica. Para saber más sobre Medicaid y sus programas, contacte al Programa de Asistencia Médica

Programa de Asistencia Médica	
LLAME	787-765-1230

ESCRIBA	Departamento de Salud Programa de Asistencia Médica P.O. Box 70184 San Juan, P.R. 00936-8184
----------------	---

SECCIÓN 7 Como contactar a la Junta de Retiro de Ferroviario

La Junta de Retiro Ferroviario es una agencia Federal independiente que administra programas de beneficios comprensivos para los trabajadores ferroviarios de la nación y sus familias. Si usted tiene preguntas con respecto a sus beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario, contacte a la agencia.

Junta de Retiro Ferroviario	
LLAME	1-877-772-5772 Llamadas a este número son gratis. Disponible de 9:00 am a 3:30 pm, lunes a viernes Si usted tiene un teléfono tele-tecla, información grabada y servicios automatizados estarán disponibles para usted 24 horas al día incluyendo fines de semana y días festivos.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas que tengan dificultades auditivas o al hablar. Llamadas a este número <i>no</i> son gratis
INTERNET	http://www.rrb.gov

SECCIÓN 8 ¿Usted tiene “seguro grupal” o algún otro seguro de salud de su patrono?

Si usted o (su cónyuge) reciben beneficios de su patrono o de parte de un grupo patronal de retirados, comuníquese con el administrador de beneficios o Servicios al Cliente si usted tiene alguna pregunta. Usted puede preguntar sobre de los beneficios de su patrono o (de su cónyuge), prima de su plan o el período de inscripción anual de su patrono/unión.

Si usted tiene otra cubierta de medicamentos a través de su patrono/unión o (de su cónyuge), favor de comunicarse con **el administrador de beneficios de ese grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarlo a determinar cómo su cubierta de medicamentos actual puede funcionar con nuestro plan.

Capítulo 3. Utilizando la cubierta del plan para sus servicios médicos

SECCIÓN 1	Cosas que usted debe de saber sobre obtener cuidado médico como afiliado de nuestro plan.....	21
Sección 1.1	¿Qué son “proveedores de la red” y “servicios cubiertos”?	21
Sección 1.2	Reglas básicas para obtener su cuidado médico que esta cubierto por el plan.....	21
SECCIÓN 2	Utilice proveedores de nuestra red de proveedores para obtener su cuidado médico.....	22
Sección 2.1	Usted debe escoger un Proveedor de Cuidado Primario (PCP) para proveer y coordinar su cuidado médico	22
Sección 2.2	¿Qué tipos de cuidados médicos puede usted recibir sin necesidad de aprobación previa de su PCP?.....	24
Sección 2.3	Cómo obtener cuidado de especialistas y otros proveedores de la red de proveedores	24
SECCIÓN 3	Cómo obtener servicios cubiertos cuando usted tiene una emergencia o una necesidad urgente de cuidado	25
Sección 3.1	Obtener cuidado si usted tiene una emergencia médica.	25
Sección 3.2	Obtener cuidado cuando tiene necesidad de cuidado urgente	26
SECCIÓN 4	¿Qué sucede si se le factura directamente por el costo completo de sus servicios cubiertos?	27
Sección 4.1	Usted puede solicitarle al plan que pague su parte del costo compartido de su servicio cubierto	27
Sección 4.2	Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan, usted tiene que pagar el costo completo	28
SECCIÓN 5	¿Cómo son cubiertos sus servicios médicos cuando está en un “estudio de investigación médica?.....	28
Sección 5.1	¿Qué es un “estudio de investigación médica?.....	28

Sección 5.2	¿Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica, quién paga por qué?	29
SECCIÓN 6	Reglas para obtener cuidados en una “institución no médica religiosa de cuidados de salud”	31
Sección 6.1	¿Qué es una institución religiosa de cuidados no médicos de salud?	31
Sección 6.2	¿Qué cuidados ofrecidos por una institución de cuidados no médicos de salud están cubiertos por nuestro plan?	31

SECCIÓN 1 Cosas que usted debe de saber sobre obtener cuidado médico como afiliado de nuestro plan

Este capítulo le habla sobre lo que usted debe de saber acerca del uso del plan para obtener cubierta médica. Le ofrece definiciones de términos y explica las reglas que usted necesita seguir para obtener tratamientos médicos, servicios, y otros cuidados médicos que están cubiertos por el plan.

Para detalles sobre qué cuidado médico esta cubierto por nuestro plan y cuánto usted tiene que pagar por su parte del costo cuando reciba este cuidado, utilice la tabla de beneficios en el próximo capítulo, Capítulo 4. (*Tabla de Beneficios Médicos, qué está cubierto y cuánto usted paga*)

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

Aquí hay algunas definiciones que pueden ayudarle a entender cómo obtener los cuidados y servicios que están cubiertos para usted como afiliado de nuestro plan:

- **“Proveedores”** son médicos y otros profesionales de la salud que el estado autoriza para proveerle servicios y cuidados médicos. El término “Proveedores” también incluye hospitales y otras facilidades de cuidado de salud.
- **“Proveedores de la red”** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otras facilidades de cuidado de salud que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestros pagos y su cantidad de costo compartido como pagos totales. Hemos acordado con estos proveedores para que le ofrezcan servicios cubiertos a los afiliados de nuestro plan. Los proveedores en nuestra red, generalmente nos facturan directamente por los cuidados brindados a usted. Cuando usted visita a un proveedor de la red, usualmente paga sólo su parte del costo de sus servicios.
- **“Servicios con cubierta”** incluye todo el cuidado médico, servicios de cuidado de salud, suministros y equipo que este cubierto por nuestro plan. Sus servicios cubiertos para cuidado médico aparecen en la tabla de beneficios del Capítulo 4.

Sección 1.2 Reglas básicas para obtener su cuidado médico que esta cubierto por el plan.
--

AHM_BÁSICO (HMO) generalmente cubrirá sus cuidados médicos siempre y cuando:

- **El cuidado que usted reciba está incluido en la Tabla de Beneficios Médicos del plan** (esta tabla está en el Capítulo 4 de este manual).
- **El cuidado que usted reciba es considerado médicamente necesario.** Necesita ser un tratamiento aceptado para su condición médica.

- **Usted tiene un proveedor primario de cuidados (un PCP, por sus siglas en inglés) quien provee y vigila su cuidado.** Como afiliado de nuestro plan, usted debe de seleccionar un PCP (para más información sobre esto, ver Sección 2.1 en este capítulo).
 - En la mayoría de las situaciones, su PCP debe dar su aprobación previa antes de que usted pueda visitar otros proveedores de la red del plan, tales como especialistas, hospitales, facilidades de cuidado diestro de enfermería o agencias de cuidado de salud en el hogar. Esto es llamado un “referido”. Para mas información sobre esto, vea la Sección 2.2 de este capítulo.
 - Referidos de su PCP no son requeridos para cuidados de emergencia o cuidado necesario urgente. También hay algunos otros tipos de cuidados que usted puede obtener sin tener la aprobación previa de su PCP (para mas información sobre esto, ver Sección 2.3 de este capítulo).
- **Generalmente, usted debe recibir su cuidado de un proveedor de la red.** (para más información sobre esto, ver Sección 2 en este capítulo). En la mayoría de los casos, cuidados que usted reciba de un proveedor fuera de la red de proveedores (un proveedor que no es parte de la red de proveedores del plan) no serán cubiertos.

Aquí hay dos excepciones:

- El plan cubre cuidados de emergencia o cuidados urgentes necesarios que usted obtenga de un proveedor fuera de la red de proveedores. Para más información sobre esto, y para ver que significa emergencia o cuidados urgentes necesarios, ver Sección 3 de este capítulo.
- Si usted necesita cuidado médico que Medicare requiere que nuestro plan cubra y los proveedores de nuestra red no pueden proveerlo, usted puede obtener este cuidado de un proveedor fuera de nuestra red de proveedores. En esta situación, usted pagará lo mismo que pagaría si usted estuviera recibiendo el cuidado de un proveedor de nuestra red de proveedores.

SECCIÓN 2 Utilice proveedores de nuestra red de proveedores para obtener su cuidado médico

Sección 2.1 Usted debe escoger un Proveedor de Cuidado Primario (PCP) para proveer y coordinar su cuidado médico
--

¿Qué es un “PCP” y que hace el PCP por usted?

¿Qué es un “PCP”?

Cuando usted se afilia a nuestro plan, debe escoger un proveedor del plan para que sea su PCP. Su PCP es un: médico geriátrico, médico de familia, médico general, internista o ginecólogo, quien cumple con los requerimientos estatales y esté entrenado para darle cuidado médico básico. Como explicamos más adelante, usted obtendrá su cuidado rutinario o básico de su PCP. Su PCP también monitoreará el resto de los servicios cubiertos que usted obtiene al ser un

afiliado de nuestro plan. Su PCP proveerá la mayoría de sus cuidados y ayudará a arreglar o coordinar el resto de los servicios cubiertos que usted obtiene al ser un afiliado de nuestro plan. Esto incluye:

- Sus rayos X
- Pruebas de laboratorio
- Terapias
- Cuidado de médicos que son especialistas
- Hospitalizaciones
- Cuidado de seguimiento.

“Coordinar” sus servicios incluye verificar o consultar con otros proveedores del plan sobre su cuidado y como va. Si usted necesita cierto tipo de servicios o abastecimientos cubiertos, su PCP necesitará obtener autorización previa (aprobación previa) del plan. Ya que su PCP proveerá y coordinará su cuidado médico, usted deberá enviar todos sus expedientes médicos pasados a la oficina de su PCP.

¿Cómo usted escoge un PCP?

Como afiliado de nuestro plan, usted debe escoger un PCP, por ejemplo, usando el directorio de proveedores u obteniendo ayuda de Servicios al Cliente. Los afiliados pueden cambiar de PCP (como se explica más adelante en esta Sección). El nombre y el teléfono de la oficina de su PCP esta impreso en su tarjeta de membresía.

¿Cómo usted obtiene cuidados de su PCP?

Su PCP proveerá la mayoría de su cuidado y ayudará a arreglar o coordinar el resto de los servicios cubiertos que usted obtiene como afiliado del plan. Esto incluye sus rayos x, pruebas de laboratorio, terapias, cuidados de médicos que son especialistas, hospitalizaciones y cuidados de seguimiento.

Para algunos tipos de referidos, su PCP tendrá que obtener autorización previa de nuestro Plan (a esto se le llama “pre-autorización”)

Cambiar de PCP

Usted puede cambiar su PCP por cualquier razón, en cualquier momento. Además, es posible que su PCP pueda abandonar nuestra red de proveedores del plan y usted tenga que conseguir un nuevo PCP.

Para cambiar de PCP, puede llamar a Servicios al Cliente. Cuando usted llame, asegúrese de decirle a Servicios al Cliente si usted está visitando especialistas u obteniendo otros servicios

cubiertos que necesitan aprobación de su PCP (tales como servicios de salud en el hogar y equipo médico duradero). Servicios al Cliente le ayudara a asegurarse de que usted pueda continuar con el cuidado especial y otros servicios que usted ha estado obteniendo cuando usted cambie su PCP. Ellos también se aseguraran de que el PCP al cual usted quiere cambiar esta aceptando nuevos pacientes. Servicios al Cliente cambiará su expediente de afiliación para que muestre el nombre de su nuevo PCP, y le dirá a usted cuando el cambio a su nuevo PCP se hará efectivo. Ellos también le enviaran una nueva tarjeta de membresía que muestre el nombre y el teléfono de su nuevo PCP.

Sección 2.2	¿Qué tipos de cuidados médicos puede usted recibir sin necesidad de aprobación previa de su PCP?
--------------------	---

Usted puede obtener los servicios listados a continuación sin aprobación previa de su PCP.

- Cuidado rutinario de salud de la mujer, el cual incluye examen de seno, mamografías (rayos x de los senos), Papanicolaou, y exámenes pélvicos, siempre y cuando usted los reciba de un proveedor de la red de proveedores.
- Vacunas contra la influenza y la pulmonía, siempre y cuando usted las reciba de un proveedor de la red de proveedores.
- Servicios de emergencia de proveedores de la red de proveedores y de proveedores fuera de la red de proveedores.
- Servicios urgentes necesarios de proveedores dentro de nuestra red o proveedores fuera de nuestra red cuando los proveedores de la red no estén disponibles o, por ejemplo, cuando usted esta temporeraamente fuera del área de servicio del plan.
- Servicios de diálisis de riñón que usted obtiene en una facilidad de diálisis certificada por Medicare cuando usted esta temporeraamente fuera del área de servicio del plan. Si es posible, cuando vaya a salir del área de servicio, déjenos saber el área de servicio donde usted estará, así nosotros podemos ayudarle en la coordinación de diálisis de mantenimiento mientras esté fuera del área de servicio.

Sección 2.3	Cómo obtener cuidado de especialistas y otros proveedores de la red de proveedores
--------------------	---

Un especialista es un médico que provee servicios de cuidado de salud para enfermedades o partes del cuerpo específicas. Hay muchos tipos de especialistas. Aquí hay unos ejemplos:

- Oncólogo, quienes tratan pacientes con cáncer.
- Cardiólogos, quienes tratan pacientes con condiciones del corazón.
- Ortopedas, quienes tratan pacientes con ciertas condiciones en los huesos, coyunturas o músculos.

¿Qué papel juega (si alguno) el PCP en referir afiliados a especialistas y a otros proveedores?

Su PCP lo ayudara a encontrar el especialista correcto para tratar su condición. Para ciertos servicios deberá obtener autorización de su PCP para visitar a un especialista del plan. Si no tiene un referido (autorización previa) antes de recibir servicios de un especialista, es posible que tenga que pagar por los servicios usted mismo.

¿Para que servicios el PCP tendrá que obtener autorización previa del plan?

Cuando usted un proveedor especialista y el medico necesite hacerle ciertos exámenes o cirugía, deberá recibir autorización previa del plan. El medico es responsable de obtener esta autorización por usted.

¿Qué sucede si un especialista u otro proveedor de la red abandona nuestro plan?

A veces, un especialista, clínica, hospital u otro proveedor de nuestra red de proveedores que usted está utilizando podría abandonar el plan. Si esto sucede, usted tendrá que cambiar a otro proveedor que es parte de nuestro plan. Estará recibiendo una notificación de parte del plan la cual explica el proceso de transición. Si el proveedor era su PCP, siguiendo las reglas y estándares de Medicare, American Health Medicare deberá asignarle un nuevo PCP. Usted tiene derecho a escoger su nuevo PCP. Si usted no escoge un PCP en 30 días (desde la fecha en que recibe la notificación) American Health Medicare escogerá su nuevo PCP por usted. Servicios al cliente puede asistirle a encontrar y seleccionar otro proveedor.

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cubiertos cuando usted tiene una emergencia o una necesidad urgente de cuidado

Sección 3.1 Obtener cuidado si usted tiene una emergencia médica.

¿Qué es una “emergencia médica” y qué debe de hacer si tiene una?

Cuando usted tiene una “emergencia médica”, piensa que su salud está en serio peligro. Una emergencia médica puede incluir dolor severo, una lesión seria, una enfermedad repentina o una condición médica que está empeorando rápidamente.

Si usted tiene una emergencia medica:

- **Consiga ayuda lo antes posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o vaya a la sala de emergencia, hospital o centro de cuidado urgente más cercano. Llame a una ambulancia si la necesita. Usted *no* necesita aprobación o referido de su PCP.
- **Tan pronto como le sea posible, asegúrese de que nuestro plan sea notificado de su emergencia.** Nosotros necesitamos darle seguimiento a su caso de emergencia. Usted o alguien más debe llamarnos para decirnos sobre su cuidado de emergencia, usualmente

dentro de las primeras 48 horas. El número se encuentra en la parte posterior de la tarjeta de membresía del plan.

¿Qué está cubierto si usted tiene una emergencia médica?

Usted puede obtener cuidado de emergencia médica cubierta cuando usted lo necesite, en cualquier lugar en los Estados Unidos o sus territorios. Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones donde el llegar a la sala de emergencia por alguna otra vía pone en peligro su salud. Para más información, ver la tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este manual.

Si usted tiene una emergencia, nosotros hablaremos con los médicos que le están dando cuidados de emergencia para ayudar a manejar y dar seguimiento a su caso. Los médicos que le están dando los cuidados de emergencia decidirán cuando su condición esté estable y la emergencia médica haya terminado.

Luego que la emergencia haya terminado, usted tiene derecho a cuidado de seguimiento para asegurar que su condición continua siendo estable. Su cuidado de seguimiento será cubierto por nuestro plan. Si su cuidado de emergencia es obtenido a través de proveedores fuera de la red de proveedores, nosotros trataremos de hacer arreglos para que su caso sea tomado por proveedores de la red tan pronto como su condición medica y las circunstancias lo permitan.

¿Qué sucede si no fue una emergencia médica?

A veces, puede ser difícil saber si usted tiene una emergencia médica. Por ejemplo, usted puede ir buscando cuidado de emergencia – pensando que su salud esta en grave peligro – y el médico puede decir que en realidad no es una emergencia médica. Si resulta que no es una emergencia, siempre y cuando usted haya pensado que su salud estaba en peligro, nosotros cubriremos su cuidado.

Sin embargo, luego que el médico haya dicho que *no* era una emergencia, generalmente cubriremos cuidado adicional *solamente* si el cuidado adicional es de una de estas dos formas:

- Usted va a un proveedor de la red para obtener cuidado adicional.
- – *o* – el cuidado adicional que usted obtiene es considerado “cuidado necesario urgente” y usted sigue las reglas para obtener cuidado de urgencia (para más información de este tema, vea la Sección 3.2 a continuación).

Sección 3.2 Obtener cuidado cuando tiene necesidad de cuidado urgente

¿Qué es un “cuidado urgente necesario”?

“Cuidado urgente necesario” es una situación de no-emergencia cuando usted necesita cuidado médico de inmediato por una enfermedad, lesión o condición que usted no espera o anticipa, pero su salud no está en serio peligro.

¿Qué sucede si usted está en el área de servicio del plan y necesita cuidado necesario urgente?

Cuando sea posible, debe utilizar los proveedores de nuestra red, cuando usted esté en el área de servicio del plan y necesite cuidado urgente. (Para más información sobre el área de servicio del plan, ver el Capítulo 1, Sección 2.3 de este manual.)

En la mayoría de las situaciones, si usted está en el área de servicios del plan, nosotros cubriremos su cuidado necesario urgente *solamente* si obtiene el mismo de un proveedor de la red y sigue las reglas descritas anteriormente en este capítulo. Si las circunstancias son inusuales o extraordinarias, y los proveedores de nuestra red no están disponibles o inaccesibles, nuestro plan cubrirá el cuidado necesario urgente que usted obtenga de un proveedor fuera de la red de proveedores.

¿Qué sucede si usted está fuera del área de servicio del plan cuando usted necesita cuidado necesario urgente?

Suponga que usted está temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, pero dentro de los Estados Unidos. Si usted tiene necesidad de cuidado urgente, probablemente no podrá encontrar u obtener servicio de los proveedores de la red de nuestro plan. En esta situación (cuando usted está fuera de área de servicio y no puede obtener servicios de un proveedor de la red), nuestro plan cubrirá los cuidados urgentes necesitados que usted obtenga de cualquier proveedor.

Nuestro plan cubre cuidado urgente necesario fuera de los Estados Unidos; favor ver Tabla de Beneficios en el Capítulo 4 para más información.

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si se le factura directamente por el costo completo de sus servicios cubiertos?

Sección 4.1 Usted puede solicitarle al plan que pague su parte del costo compartido de su servicio cubierto

En ocasiones limitadas, a usted se le puede pedir que pague el costo completo de un servicio. En otras ocasiones, puede encontrar que ha pagado más de lo que esperaba pagar bajo las reglas de cubierta del plan. En cualquiera que sea el caso, usted querrá que nuestro plan pague su parte del costo compartido reembolsándolo por los pagos que usted haya hecho.

También, puede haber momentos cuando usted recibe una factura de un proveedor por el costo completo de cuidado médico que usted haya recibido. En muchos casos, usted debe de enviarnos esta factura para que nosotros podamos pagar nuestra parte del costo de su servicio médico cubierto.

Si usted ha pagado más de lo que le corresponde por su servicio cubierto, o si ha recibido una factura por el costo total de sus servicios médicos cubiertos, vaya al capítulo 5 (*solicitando al plan pagar su parte del costo compartido de una facturas que usted a recibido por servicios médicos*) para obtener información sobre que hacer.

Sección 4.2	Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan, usted tiene que pagar el costo completo
--------------------	--

AHM_BÁSICO (HMO) cubre todos los servicios médicos que sean médicamente necesarios, están cubiertos bajo Medicare y se obtienen consistentemente con las reglas del plan. Usted es responsable de pagar el costo completo por servicios que no están cubiertos por nuestro plan, ya sea porque no son servicios cubiertos por el plan, o porque fuera de la red donde no estaba autorizado.

Si usted tiene preguntas sobre si pagaremos algún servicio o cuidado médico que usted este considerando, tiene derecho a preguntarnos si cubriremos el servicio antes de obtener el mismo. Si nosotros le decimos que no cubriremos sus servicios, usted tendrá derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su cuidado.

Capítulo 7 (¿Qué hacer si usted tiene un problema o queja?) contiene mas información sobre qué hacer si usted quiere una decisión de cubierta por parte de nosotros o quiere apelar una decisión ya tomada por nosotros. Usted puede llamar a Servicios al Cliente al número en la portada de este manual para obtener más información sobre como hacer esto.

Para servicios cubiertos que tienen limitación de beneficios, usted paga el costo total de cualquier servicio que usted obtenga luego de que usted haya gastado su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Usted puede llamar a Servicios al Cliente para saber que cantidad de su limite de beneficio usted ya haya consumido.

SECCIÓN 5	¿Cómo son cubiertos sus servicios médicos cuando está en un “estudio de investigación médica?”
------------------	---

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

Un estudio de investigación médica es una manera en la que los médicos y científicos prueban nuevos tipos de cuidados médicos, como cuan bien pueda trabajar un nuevo medicamento contra el cáncer. Ellos prueban nuevos procedimientos de cuidados médicos solicitando voluntarios para ayudarles con el estudio. Este tipo de estudio es una de las etapas finales de un proceso de

investigación que ayuda a los médicos y científicos ver si un nuevo método funciona y si es seguro.

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

Una vez Medicare apruebe el estudio, alguien que trabaje en el estudio lo contactará para darle más información sobre el estudio y ver si usted cumple con los requerimientos solicitados por los científicos que están llevando a cabo el estudio. Usted puede participar en el estudio siempre y cuando usted cumpla con los requerimientos del estudio y entienda completamente y acepte lo que conlleva participar en el estudio.

Si usted participa en un estudio aprobado por Medicare, Medicare Original paga la mayoría de los costos por los servicios cubiertos que usted reciba como parte del estudio. Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica usted puede mantenerse afiliado en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de sus cuidados (cuidados que no están relacionados con el estudio) a través de nuestro plan.

Si usted desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, usted *no* necesita aprobación de nuestro plan o de su PCP. El proveedor que suple su cuidado como parte del estudio de investigación médica *no* necesita ser parte de la red de proveedores de nuestro plan.

Aunque usted no necesita permiso de nuestro plan para estar en un estudio de investigación clínica, **necesita decirnos antes de comenzar a participar en un estudio de investigación clínica.** Aquí esta el porque usted debe de decirnos:

1. Nosotros podemos dejarle saber si el estudio de investigación esta aprobado o no por Medicare.
2. Nosotros podemos decirle que servicios usted obtendrá de los proveedores del estudio de investigación clínica en vez de nuestro plan.
3. Nosotros podemos mantener un registro de los servicios de cuidados de salud que usted reciba como parte del estudio.

Si su este piensa participar en un estudio de investigación clínica, comuníquese con Servicios al Cliente (Ver Capítulo 2, Sección 1 de esta *Evidencia de Cubierta*).

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

Una vez usted haya ingresado a un estudio de investigación clínica aprobada por Medicare, usted esta cubierto por los artículos rutinarios y servicios que recibe como parte del estudio, incluyendo lo siguiente:

- Habitación en un hospital que Medicare pagaría aun si usted no estuviese en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si es parte del estudio de investigación.
- Tratamientos de efectos secundarios y complicaciones del nuevo cuidado.

Medicare Original paga la mayoría de los costos de servicios cubiertos que usted recibe como parte del estudio. Luego de que Medicare haya pagado su parte del costo por estos servicios, nuestro plan también pagará parte del costo. Nosotros pagaremos la diferencia entre el costo compartido de Medicare Original y su costo compartido como afiliado a nuestro plan. Esto significa que sus costos por estos servicios no serán mayores de lo que serian si no fuesen parte de un estudio de investigación clínica.

Cuando usted es parte de un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagará por lo siguiente:**

- Generalmente, Medicare *no* pagará por nuevos artículos o servicios que el estudio esté probando, a menos que Medicare fuera a cubrir el artículo o servicio aunque usted *no* estuviese en el estudio.
- Artículos y servicios que el estudio le da a usted o a alguno de los participantes gratuitamente.
- Artículos o servicios ofrecidos sólo para recolectar información, y no usados para el cuidado directo de su salud. Por ejemplo, Medicare no pagaría una Tomografía Computarizada “CT Scan” mensuales hechas como parte de un estudio si su condición usualmente solo requiere de una Tomografía Computarizada “CT Scan”.

¿Desea saber más?

Para saber cuánto sería su coaseguro si usted ingresa a un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, favor de llamar a Servicios al Cliente (los números telefónicos están en la portada de este manual).

Usted puede obtener mas información sobre ingresar a un estudio de investigación clínica leyendo la publicación “Medicare and Clinical Research Studies” en la pagina de Internet de Medicare (<http://www.medicare.gov>). También, usted puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 horas al día, 7 días a la semana. Usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Reglas para obtener cuidados en una “institución no médica religiosa de cuidados de salud”

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

Una institución religiosa de cuidados no médicos de salud es una facilidad que ofrece cuidados para una condición que ordinariamente sería tratada en un hospital o una facilidad de cuidado diestro de enfermería. Si recibir cuidados en un hospital o una facilidad de cuidado diestro de enfermería va en contra de las creencias religiosas de un afiliado, nuestro plan ofrecerá cubierta para una institución religiosa de cuidados no médicos de salud. Usted podrá escoger buscar cuidados médicos en cualquier momento por cualquier razón. Este beneficio es brindado sólo para servicios de hospitalización de Parte A (servicios de cuidados no médicos de salud). Medicare sólo pagará por los servicios de cuidados no médicos de salud obtenidos por una institución de religiosa de cuidados no médicos de salud.

Sección 6.2	¿Qué cuidados ofrecidos por una institución de cuidados no médicos de salud están cubiertos por nuestro plan?
--------------------	--

Para obtener cuidados de una institución de cuidados no médicos de salud, usted debe de firmar un documento legal que indique que usted está conscientemente opuesto a recibir tratamiento médico que es “sin excepción”.

- Un tratamiento o cuidado médico “Sin excepción” es cualquier tratamiento o cuidado médico que es *voluntario* y que *no es requerido* por ninguna ley federal, estatal o local.
- Un tratamiento o cuidado médico “Con Excepción” es un tratamiento o cuidado médico que usted recibe que *no* es voluntario o *es requerido* bajo las leyes federales, estatales o locales.

Para que nuestro plan le cubra, el cuidado que usted reciba de una institución religiosa de cuidados no médicos de salud debe cumplir con las siguientes condiciones:

- La facilidad ofreciendo el cuidado debe estar certificada por Medicare.
- La cubierta de servicios de nuestro plan que usted recibe es limitada a aspectos de cuidados *no-religioso*.
- Si usted recibe servicios de esta institución que son recibidos en su hogar, nuestro plan cubrirá estos servicios sólo si su condición ordinariamente cumpliría con las condiciones para cubierta de servicios ofrecidos por agencias de salud en el hogar que no son instituciones de cuidados no médicos de salud.
- Si usted obtiene servicios de esta institución que son recibidos en una facilidad, las siguientes condiciones aplican:

- Usted debe tener una condición médica que le permita recibir servicios cubiertos de hospitalización o cuidados de facilidades diestras de enfermería.
- –y– Usted debe obtener aprobación previa de nuestro plan antes de ser admitido a la facilidad o su estadía no será cubierta.

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (lo que se cubre y lo que usted paga)

SECCIÓN 1	Entendiendo los costos que salen de su bolsillo por servicios cubiertos	34
Sección 1.1	¿Qué tipo de costos salen de su bolsillo para pagar por servicios cubiertos?	34
Sección 1.2	¿Cuál es la cantidad máxima que pagaría usted por servicios médicos cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare?	34
SECCIÓN 2	Utilice esta Tabla de Beneficios Médicos para saber lo que está cubierto y cuánto tendrá que pagar	35
Sección 2.1	Sus beneficios médicos y costos como afiliado al plan	35
SECCIÓN 3	¿Que tipos de beneficios no están cubiertos por el plan?.....	53
Sección 3.1	Tipos de beneficios que no están cubiertos (excluidos).....	53

SECCIÓN 1 Entendiendo los costos que salen de su bolsillo por servicios cubiertos

Este capítulo se enfoca en sus servicios cubiertos y lo que usted paga por beneficios médicos. Incluye una tabla de Beneficios Médicos que le provee una lista de servicios cubiertos y cuánto usted pagará por cada beneficio cubierto como afiliado de AHM_BÁSICO (HMO). Más adelante en este capítulo, puede encontrar información de servicios médicos que no están cubiertos. También muestra las limitaciones en ciertos servicios.

Sección 1.1 ¿Qué tipo de costos salen de su bolsillo para pagar por servicios cubiertos?

Para entender la información de pago que damos en este capítulo, necesita saber sobre los tipos de costos que salen de su bolsillo y que puede pagar por servicios cubiertos.

- El “**deducible**” es la cantidad que usted debe pagar por los servicios cubiertos antes de que nuestro plan comience a pagar por los servicios cubiertos.
- Un “**copago**” es una cantidad fija que usted paga cada vez que recibe un servicio médico. Usted lo paga al recibir el servicio médico.
- Un “**coaseguro**” es un porcentaje (%) del costo total de un servicio médico. Usted lo paga al recibir el servicio médico.

Algunas personas cualifican para ayuda estatal de programas de Medicaid para pagar los costos de Medicare. Si usted está suscrito a estos programas, dependiendo de las reglas estatales, puede que aun tenga que pagar un copago por el servicio.

Sección 1.2 ¿Cuál es la cantidad máxima que pagaría usted por servicios médicos cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare?
--

Ya que usted está afiliado a un plan Medicare Advantage, hay un límite para lo que usted paga de su bolsillo cada año por servicios médicos que están cubiertos bajo la Parte A y la Parte B de Medicare. (ver la tabla de Beneficios Médicos en la Sección 2, a continuación).

Como afiliado a AHM_BÁSICO (HMO), el máximo que tendrá que pagar de su bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y B de Medicare en el 2011 es \$2,500. Si usted alcanza la cantidad máxima de pagos de su bolsillo de \$2,500, no tendrá que pagar mas costos de su bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y B de Medicare por el restante de año. (Tendrá que continuar pagando su prima de la parte B de Medicare.)

SECCIÓN 2 Utilice esta Tabla de Beneficios Médicos para saber lo que está cubierto y cuánto tendrá que pagar

Sección 2.1	Sus beneficios médicos y costos como afiliado al plan
--------------------	--

La Tabla de Beneficios Médicos en las siguientes páginas enumera los servicios que AHM_BÁSICO (HMO) cubre y lo que usted paga de su bolsillo por cada servicio. Los servicios en esta Tabla de Beneficios Médicos solo se cubren cuando los siguientes requerimientos de cubierta se cumplen:

- Sus servicios cubiertos de Medicare deben ser provistos de acuerdo a las guías de cubierta establecidas por Medicare.
- Excepto en el caso de servicios preventivos y exámenes de cernimiento, sus servicios (incluyendo cuidado médico, servicios, suministros y equipo) *deberán* ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que los servicios son utilizados para diagnóstico, cuidado directo y tratamiento de su condición médica y no son en la mayoría provistos por su conveniencia o la de su médico.
- Usted recibe su cuidado de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, cuidado que usted reciba de un proveedor fuera de la red no tendrá cubierta. El capítulo 3 ofrece más información sobre requisitos para utilizar un proveedor y las situaciones en las que podemos cubrir servicios de un proveedor fuera de la red.
- Usted tiene un médico primario (PCP) que provee y supervisa su cuidado. En la mayoría de las situaciones su PCP debe darle autorización previa antes de que pueda visitar a otro proveedor de la red. Esto se llama darle un “referido” El capítulo 3 ofrece más información sobre como obtener referidos y las situaciones en que no necesita referido.
- Algunos de los servicios en la tabla de Beneficios Médicos están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene aprobación previa (a veces llamada pre-autorización) del plan. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la tabla de Beneficios Médicos en una nota al calce y en **negritas**.

<p>Tabla de Beneficios – lista de servicios cubiertos</p>	<p>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios cubiertos</p>
<p>Cuidado para paciente hospitalizado</p>	
<p>Cuidado para paciente hospitalizado Afiliados están cubiertos por días ilimitados por cada periodo de beneficio. Servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semi-privada (o privada de ser médicamente necesario) • Comidas incluyendo dieta especial • Servicio regular de enfermería • Costo de unidades de cuidado especial (tales como unidad de cuidado intensivo o coronario) • Medicinas y medicamentos • Pruebas de laboratorio • Rayos-X y otros servicios de radiología • Materiales quirúrgicos y médicos necesarios • Uso de equipos, como silla de ruedas • Costos de sala de operación y recuperación • Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla • Bajo ciertas condiciones, los siguientes tipos de transplantes están cubiertos: córnea, riñón, páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células embrionarias “stem cell”, intestinales/multiviscerales. Si usted necesita un transplante, nosotros coordinaremos para que su caso sea revisado por un centro de transplantes aprobado por Medicare el cual decidirá si usted es candidato para el transplante. • Sangre – incluyendo almacenaje y administración. Cubierta de sangre entera y glóbulos rojos empacados comienza con la cuarta pinta de sangre que necesite – usted paga por las primeras 3 pintas de sangre no reemplazada. Cubierta para todo otro componente de sangre comienza con la primera pinta de sangre que necesite. • Servicios de médico. <p><i>Excepto en una emergencia, su proveedor deberá obtener autorización previa del plan.</i></p>	<p>\$0 co-pago por servicios recibidos en un hospital que sea parte de la red.</p> <p>Si usted obtiene cuidado en un hospital que no esté en la red, después que su condición se estabilice, sus gastos son más altos de lo que serían en un hospital del plan.</p>

Cuidado de salud mental a paciente hospitalizado

\$0 co-pago por servicios recibidos en un hospital que sea parte de la red.

- Servicios cubiertos incluye servicios de cuidado de salud mental que requieran hospitalización. Los beneficiarios de Medicare sólo pueden recibir 190 días de hospital psiquiátrica en toda su vida. El límite de 190 días no aplica a servicios de cuidado de salud mental en la unidad psiquiátrica de un hospital general.

Excepto en una emergencia, su proveedor deberá obtener autorización previa del plan.

Cuidado en Facilidad de Enfermería Diestra (SNF, por sus siglas en inglés)

(Para la definición de Facilidad de Enfermería Diestra vaya al Capítulo 12 de este manual, también se conocen como SNF, por sus siglas en inglés)

Está cubierto por 100 días en cada período de beneficio pero tiene que haber estado hospitalizado al menos 3 días antes de ingresar en la (SNF, por sus siglas en inglés). Servicios cubiertos incluyen:

\$0 co-pago por servicios recibidos por una SNF que sea parte de la red.

- Habitación semi-privada (o privada de ser médicamente necesario)
- Comidas, incluyendo dieta especial
- Servicios regulares de enfermería
- Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla
- Medicamentos administrados como parte de su plan de cuidado (esto incluye sustancias que están naturalmente presentes en el cuerpo, como factores de coagulación de sangre)
- Sangre – incluyendo almacenaje y administración. Cubierta de sangre entera y glóbulos rojos empacados comienza con la cuarta pinta de sangre que necesite – usted paga por las primeras 3 pintas de sangre no reemplazada. Cubierta para todo otro componente de sangre comienza con la primera pinta de sangre que necesite.
- Materiales médicos y quirúrgicos provistos por la SNF.
- Pruebas de laboratorio provistos por la SNF.
- Rayos-X y otros servicios de radiología provistos por la

SNF.

- Uso de equipos, como silla de ruedas provistos por la SNF.
- Servicios de médico.

Por lo general obtendrá su cuidado de SNF de una facilidad del plan. Sin embargo bajo ciertas condiciones descritas a continuación, es posible que pueda pagar un costo compartido dentro de la red por una facilidad que no es proveedor del plan, si la facilidad acepta la cantidad del plan como pago.

- Un hogar de cuidado o una comunidad de cuidado continuado en la que residía antes de que fuera al hospital (siempre y cuando provea cuidado diestro de enfermería)
- Un SNF donde viva su cónyuge al momento que usted salga del hospital.

Pueden aplicar reglas de autorización.

Servicios a paciente hospitalizado cuando los días de hospital o facilidad de enfermería diestra no están cubiertos

Según descrito anteriormente, el plan cubre ilimitadamente los días por periodo de beneficios por cuidado a paciente hospitalizado y hasta 100 días por periodo de beneficios en una facilidad de cuidado diestro de enfermería (SNF). Una vez haya alcanzado estas limitaciones de cubierta, el plan ya no cubrirá su estadía en el hospital o SNF. Sin embargo, cubriremos cierto tipo de servicios que usted recibe mientras esta hospitalizado o esta en un SNF. Servicios cubiertos incluyen:

- Servicios de médico
- Pruebas (como Rayos-X o pruebas de laboratorio)
- Rayos-X, radio y terapia de isótopos incluyendo materiales y servicios del técnico
- Vendajes quirúrgicos, entablillado, yesos entre otros aparatos usados para reducción de fractura o dislocación
- Prótesis u Ortóticos (que no sea dental) que reemplace todo o parte de un órgano interno (incluyendo tejido contiguo) o todas o parte de las funciones de un órgano interno que funciona mal o está permanentemente inoperante, incluyendo reemplazo o reparación de tal

\$0 co-pago por servicios recibidos en un hospital o facilidad de enfermería diestra que sea parte de la red.

pieza

- Abrazaderas para pierna, brazo, espalda y cuello; piernas, brazos y ojos artificiales incluyendo ajustes, reparación y sustituciones requeridos debido a rotura, desgaste, pérdida o cambio en la condición física del paciente
- Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla

Cuidado de Salud en el Hogar

Servicios cubiertos incluyen:

- Servicio a tiempo parcial o intermitente de enfermería diestra y salud en el hogar (A ser cubierto bajo el beneficio de cuidado de salud en el hogar, su enfermería diestra y servicios de cuidado de salud en el hogar combinados deben ser menos de 8 horas por día y 35 o menos horas a la semana)
- Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla
- Servicios sociales médicos
Equipo y materiales médicos

Pueden aplicar reglas de autorización.

\$0 co-pago por servicios de cuidado de salud en el hogar cubiertos por Medicare.

Cuidado en Hospicio

Usted puede recibir cuidado por cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. El Plan Original de Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará al proveedor de hospicio por los servicios que usted reciba. Su médico de hospicio puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red. Usted continuará afiliado a nuestro plan y continuará recibiendo el resto de su cuidado que no esté relacionado a su condición terminal a través de nuestro plan. Sin embargo, Medicare Original pagará por todos sus servicios de la Parte A y B de Medicare. Su proveedor facturará a Medicare Original por estos servicios mientras su elección de hospicio este vigente. Servicios cubiertos incluyen:

- Medicamentos para control de síntomas y alivio de dolor, cuidado de alivio a corto plazo y otros servicios no cubiertos de otra manera por Medicare Original
- Cuidado en el hogar

Quando usted ingresa a un programa de hospicio certificado por Medicare, sus servicios de hospicio y sus servicios de Medicare Original son pagados por Medicare, no AHM_BÁSICO (HMO).

Servicios a Paciente Ambulatorio

Servicios Médicos, incluyendo visitas a oficinas médicas

Servicios cubiertos incluyen:

- Visitas a consultorio, incluyendo cuidado médico y quirúrgico en el consultorio médico.
- Servicios médicos o quirúrgicos en un centro de cirugía ambulatoria certificado o en un hospital de casos ambulatorios.
- Consulta, diagnóstico y tratamiento por algún especialista
- Exámenes de audición y balance, si su médico lo ordena para ver si necesita tratamiento médico
- Visitas de oficinas de “Telehealth” incluyendo consultas, diagnóstico y tratamiento por un especialista
- Segunda opinión por otro proveedor del plan antes de una cirugía
- Servicio ambulatorio en hospital
- Cuidado dental no rutinario (servicios cubiertos se limitan a cirugía de la quijada o estructuras relacionadas, arreglo de fracturas de quijada o huesos faciales, extracción de dientes en preparación para tratamiento de radiación de enfermedad neoplásica de cáncer o servicios que estarían cubiertos y provistos por un médico).

\$0 co-pago por visitas a un Médico Primario por servicios cubiertos por Medicare y que se reciben de proveedores del plan.

\$0 co-pago por visitas en área de cuidado urgente, cubiertos por Medicare y que se reciben de proveedores del plan

\$0 co-pago por visitas a Especialistas por servicios cubiertos por Medicare y que se reciben de proveedores del plan

Servicios de Quiropráctico

Servicios cubiertos incluyen:

- Manipulación manual de la espina para corregir subluxación.

Pueden aplicar reglas de autorización.

\$0 co-pago por servicios cubiertos por Medicare recibidos por un proveedor de la red.

Hasta 5 visitas de rutina al año.

Visitas al quiropráctico cubiertas por Medicare son para manipulación manual de la espina dorsal para corregir subluxación (un desplazamiento o desalineamiento de un coyuntura o parte del cuerpo)

	<p>si lo obtiene de un quiropráctico u otro proveedor cualificado.</p>
<p>Servicios de Podiatra</p> <p>Servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento de lesiones y enfermedades de los pies (como juanetes y espuelones) • Cuidado de rutina de pies para afiliados con ciertas condiciones médicas que afecten las extremidades inferiores <p><i>Pueden aplicar reglas de autorización.</i></p>	<p>\$0 co-pago por visitas cubiertas (medicamente necesarias para los pies) por Medicare a un proveedor en la red.</p> <p>- Hasta 4 visitas de rutina al año.</p>
<p>Cuidado Ambulatorio de Salud Mental</p> <p>Servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Servicios de salud mental provistos por un médico, psicólogo clínico, trabajador social clínico, enfermera clínica especializada, enfermera practicante, asistente médico u otro profesional de cuidado de salud mental según permitido por las leyes estatales que apliquen.</p> <p><i>Pueden aplicar las reglas de autorización.</i></p>	<p>\$0 co-pago por servicios cubiertos por Medicare ofrecidos por un proveedor de la red.</p>
<p>Servicios de hospitalización parcial</p> <p>“Hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento activo que es más intenso que el cuidado recibido en la oficina de su médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización.</p>	<p>\$0 copago por servicios cubiertos por Medicare recibidos de un proveedor de la red.</p>
<p>Servicios ambulatorios para el abuso de sustancias</p> <p><i>Pueden aplicar las reglas de autorización.</i></p>	<p>\$0 copago por servicios cubiertos por Medicare recibidos de un proveedor de la red.</p>

Cirugía ambulatoria (incluye servicios provistos en un centro de cirugía ambulatoria)	\$0 copago por visita a un centro de cirugía ambulatoria de un proveedor de la red.
<i>Pueden aplicar las reglas de autorización.</i>	\$0 copago por visita a una facilidad hospitalaria de cirugía ambulatoria de un proveedor de la red.
Servicios de Ambulancia	\$0 co-pago por servicio de ambulancia médicamente necesario cubierto por Medicare.
<ul style="list-style-type: none">• Los servicios de ambulancia incluyen ala fija, ala rotaria y servicios de ambulancia terrestre, a la facilidad apropiada más cercana la cual pueda proveer cuidado para un beneficiario cuya condición médica a través de otros medios de transportación sean contraindicativos (que pueda poner en riesgo la salud de la persona). La condición del beneficiario debe requerir transportación por ambulancia así como el nivel de servicio provisto para que los servicios facturados sean considerados médicamente necesarios.• La transportación que no sea de emergencia por ambulancia es apropiada si se documenta que la condición del beneficiario sea tal que otros medios de transportación sean contraindicativos (que pueda poner en riesgo la salud de la persona) y que la transportación por ambulancia sea médicamente requerida.	
<i>Pueden aplicar las reglas de autorización.</i>	
Cuidado de Emergencia	\$50 co-pago por visitas a sala de emergencia dentro de Puerto Rico y los Estados Unidos.
Los servicios de emergencia están cubiertos alrededor del mundo.	\$50 co-pago por visitas a sala de emergencia fuera de Puerto Rico y los Estados Unidos.
	Si usted recibe tratamiento de paciente interno en un hospital que no es proveedor del plan-después que su

	<p>condición se ha estabilizado, sus gastos serán mayores de los que pagaría en un hospital del plan.</p>
<p>Cuidado de Urgencia</p> <p>El cuidado de urgencia está cubierto alrededor del mundo.</p>	<p>\$25 co-pago por cuidado de urgencia dentro de Puerto Rico y los Estados Unidos.</p> <p>\$25 co-pago por cuidado de urgencia fuera de Puerto Rico y los Estados Unidos.</p>
<p>Servicios de rehabilitación ambulatorios</p> <p>Servicios cubiertos incluyen: Terapia física, terapia ocupacional, terapia del habla/lenguaje, terapia de rehabilitación cardíaca, terapia intensiva de rehabilitación cardíaca, servicios de rehabilitación pulmonar y Servicios de Rehabilitación Comprensiva en Facilidad Ambulatoria (CORF, por sus siglas en inglés).</p> <p><i>Pueden aplicar las reglas de autorización.</i></p>	<p>\$0 co-pago por visitas de Terapia Ocupacional Cubiertas por Medicare a un proveedor dentro-de-la red.</p> <p>\$0 co-pago por visitas de Terapias Físicas y/o Terapias del habla/lenguaje que son cubiertas por Medicare a un proveedor dentro-de-la red.</p> <p>\$0 co-pago por visitas de Rehabilitación Cardíaca Cubiertas por Medicare a un proveedor dentro-de-la red.</p>
<p>Equipo médico duradero y materiales relacionados</p> <p>(Para la definición de “equipo médico duradero” vea el Capítulo 12 de este manual)</p> <p>Servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a: sillas de ruedas, muletas, camas de hospital, bomba de infusión intravenosa, equipo de oxígeno, nebulizador y andador.</p> <p><i>Pueden aplicar las reglas de autorización.</i></p>	<p>10% del costo por artículos cubiertos por Medicare que se reciben de un proveedor-dentro de la red.</p>

<p>Prótesis y materiales relacionados – (que no sean dentales) que reemplacen una parte o función del cuerpo. Esto incluye bolsas de colostomía y materiales directamente relacionados con cuidado de colostomía, marcapasos, abrazaderas, zapatos prostéticos, extremidades artificiales y prótesis de seno (incluyendo sostén quirúrgico luego de mastectomía). Incluye ciertos materiales relacionados con prótesis y reparación y/o sustitución de prótesis. También incluye cubierta luego de una remoción de catarata o cirugía de catarata – vea “Cuidado de la Vista” más adelante para detalles.</p>	<p>10% del costo por artículos cubiertos por Medicare que se reciben de un proveedor dentro de la red.</p>
<p><i>Pueden aplicar las reglas de autorización.</i></p>	
<p>Auto-monitoreo de Diabetes, adiestramiento y suministros - para toda persona con diabetes (usuarios y no usuarios de insulina).</p> <p>Servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor de glucosa en la sangre, tirillas, lancetas y soluciones de control de glucosa para verificar exactitud de monitores y cintas. • Para personas con Diabetes que tengan enfermedad diabética severa del pie: Un par por año calendario de zapatos terapéuticos hechos a la medida (incluyendo plantillas para dichos zapatos) y dos pares de plantillas adicionales, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas (sin incluir las plantillas removibles que vienen con dichos zapatos). La cubierta incluye entalle • El adiestramiento para auto-manejo está cubierto bajo ciertas condiciones. • Para personas con riesgo de diabetes: Prueba de plasma de glucosa está cubierta una vez por año calendario. Cuando sea médicamente necesario. 	<p>\$0 co-pago por adiestramiento de auto monitoreo para diabéticos.</p> <p>\$0 co-pago por suministros de Diabetes.</p>
<p><i>Pueden aplicar las reglas de autorización.</i></p>	
<p>Terapia médica de nutrición – para personas con diabetes, enfermedad (riñón) renal (pero no en diálisis) y luego de un trasplante cuando referido por su médico.</p>	<p>\$0 co-pago por Terapia de Nutrición para Diabetes.</p>
<p><i>Pueden aplicar las reglas de autorización.</i></p>	

<p>Servicios Educativos sobre Enfermedad del Riñón</p> <p>Educación para enseñar como cuidar del riñón y ayudar a afiliados a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. Para las personas con enfermedad crónica del riñón en etapa IV, cuando son referidos por un médico, cubrimos hasta 6 sesiones educativas de por vida.</p>	<p>\$0 co-pago</p>
<p>Pruebas diagnósticas, servicios y materiales terapéuticos para paciente ambulatorio</p> <p>Servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rayos-X • Terapia de radiación • Materiales quirúrgicos, como vendajes • Materiales como yesos y entablillados • Pruebas de laboratorio • Sangre – Cubierta comienza con la cuarta pinta de sangre que necesite – usted paga por las primeras 3 pintas de sangre no reemplazada. Cubierta por almacenaje y administración comienza con la primera pinta de sangre que necesite. • Otras pruebas de diagnostico para paciente ambulatorio <p><i>Pueden aplicar las reglas de autorización.</i></p>	<p>\$0 co-pago por servicios cubiertos por Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ servicios de laboratorios ○ procedimientos diagnósticos y pruebas ○ Rayos X cubiertos por Medicare <p>\$0 a \$25 co-pago por servicios de radiología diagnóstica cubierta por Medicare (sin incluir Rayos X)</p> <p>\$0 a \$25 co-pago por servicios de radiología terapéutica cubierta por Medicare</p>
<p>Cuidado de la Visión</p> <p>Servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicio de médico ambulatorio para el cuidado de los ojos. • Para personas que están en riesgo alto de glaucoma, tales como personas con historial familiar de glaucoma, con diabetes y personas afro-americanas que tengan 50 años o más: prueba de glaucoma una vez al año. 	<p>\$0 co-pago por diagnostico y tratamiento para enfermedades y condiciones de la vista</p> <p>hasta 1 examen de rutina al año.</p> <p>\$0 de copago por:</p>

- Un par de espejuelos o lentes de contacto luego de cada cirugía de catarata que incluya la inserción de un lente intraocular. Los lentes/marcos correctivos (y de reemplazo) necesarios luego de la remoción de la catarata sin un implante de lente.
- Hasta un examen de rutina cada año.

Un par de espejuelos o un par de lentes de contacto luego de cirugía de cataratas.

Hasta 1 par de espejuelos cada año.

Hasta un par de lentes de contactos cada año.

Hasta un par de lentes cada año.

Hasta un marco para espejuelos cada año.

Cubierta de hasta \$100 para espejuelos por año.

Cuidado Preventivo y Pruebas de Cernimiento

Prueba Abdominal de Aneurisma Aórtica

Prueba hecha una sola vez de ultrasonido para personas en riesgo. Medicare solo cubre esta prueba si usted recibe un referido para él como resultado de su prueba física de “Bienvenida a Medicare”.

\$0 co-pago por cada servicio cubierto por Medicare recibido por un proveedor de la red.

Medición de masa ósea

Para individuos que cualifiquen (generalmente significa personas con riesgo de perder masa ósea o con riesgo de osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 2 años o con más frecuencia si es médicamente necesario: procedimientos para identificar masa ósea, detectar pérdida ósea o determinar calidad ósea, incluyendo la interpretación de resultados por un médico.

\$0 co-pago por cada servicio cubierto por Medicare recibido por un proveedor de la red.

Pueden aplicar las reglas de autorización.

<p>Pruebas de cernimiento colorrectal</p>	<p>\$0 co-pago por servicios cubiertos por Medicare recibidos de un proveedor de la red.</p>
<p>Para personas de 50 años o más, cubre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario como alternativa) cada 48 meses. • Prueba de detección de sangre en excreta, cada 12 meses. <p>Para personas en alto riesgo de cáncer colorrectal, cubre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colonoscopia para cernimiento (o enema de bario para cernimiento como alternativa) cada 24 meses. <p>Para personas sin alto riesgo de cáncer colorrectal, cubre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colonoscopia para cernimiento cada 10 años, pero no dentro de 48 meses después de una sigmoidoscopia. 	
<p><i>Pueden aplicar las reglas de autorización.</i></p>	
<p>Prueba de VIH</p>	<p>\$0 co-pago</p>
<p>Para personas que solicitan prueba de VIH o que tienen alto riesgo de ser infectados por VIH, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una prueba cada 12 meses <p>Para mujeres embarazadas, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hata 3 pruebas durante el embarazo 	
<p>Vacunas</p>	
<p>Servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacunas de neumonía • Vacuna de influenza, una vez al año en otoño o invierno. • Si corre riesgo alto o intermedio de contraer Hepatitis B: vacuna de Hepatitis B. • Otras vacunas si está en riesgo. 	<p>\$0 co-pago por vacunas de Pulmonía e Influenza.</p> <p>\$0 co-pago por vacuna de Hepatitis B.</p> <p>No se necesita referido para vacunas de Neumonía e</p>

<p>También cubrimos algunas vacunas bajo el beneficio de medicamentos recetados ambulatorio.</p>	<p>Influenza.</p>
<p><i>Pueden aplicar las reglas de autorización.</i></p>	
<p>Cernimiento de Mamografía</p>	<p>\$0 co-pago por Mamografías de Cernimiento cubiertas por Medicare recibidas de un proveedor de la red.</p>
<p>Servicios cubiertos incluyen:</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Un examen básico entre las edades de 35 y 39 años. • Un examen de cernimiento cada 12 meses para mujeres de 40 años en adelante. 	
<p>Pruebas PAP, exámenes pélvicos y examen clínico del seno</p>	<p>\$0 co-pago por pruebas PAP y Exámenes Pélvicos cubiertos por Medicare recibidos de un proveedor de la red.</p>
<p>Servicios cubiertos incluyen:</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Para toda mujer, las pruebas PAP, exámenes pélvicos y exámenes clínicos del seno están cubiertos una vez cada 24 meses. • Si usted está en alto riesgo de sufrir cáncer cervical o ha tenido una prueba PAP anormal y está en edad reproductiva: una prueba PAP cada 12 meses. 	
<p><i>Pueden aplicar las reglas de autorización.</i></p>	
<p>Examen de cernimiento de cáncer de la próstata</p>	<p>\$0 co-pago por examen de Cernimiento de Cáncer Prostático cubierto por Medicare recibido de un proveedor de la red.</p>
<p>Para hombres mayores de 50 años, lo siguiente está cubierto cada 12 meses:</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Examen rectal digital • Prueba PSA (Antígeno Específico de Próstata) 	
<p><i>Pueden aplicar las reglas de autorización.</i></p>	
<p>Pruebas para enfermedades cardiovasculares</p>	<p>\$0 co-pago por servicios cubiertos por Medicare recibidos por un proveedor de la red.</p>
<p>Exámenes de sangre para detección temprana de enfermedades cardiovasculares (o de anomalías asociadas con un riesgo elevado</p>	

de enfermedad cardiovascular).El plan cubre hasta un examen anual.	
<p>Examen Físico Inicial Preventivo (Examen Físico de “Bienvenido a Medicare”)</p> <p>Un examen físico para afiliados dentro de los primeros 12 meses de tener su nueva cubierta de Medicare Parte B. Incluye: tomar el peso, altura, índice de masa corporal, presión arterial, agudeza de visión y otras medidas de rutina; un electrocardiograma, educación, consejería y referido respecto a exámenes de cernimiento y servicios preventivos. No incluye exámenes de laboratorio.</p>	<p>Cuando usted obtiene Medicare Parte B puede recibir un examen físico de solo una vez durante los primeros 12 meses de su nueva cubierta de la Parte B. La cubierta no incluye exámenes de laboratorio.</p> <p>Exámenes de rutina no están cubiertos.</p>
<p>Servicios Personalizados de Prevención (Visita Anual de Bienestar)</p> <p>Disponible para afiliados los primeros 12 meses de su afiliación a la Parte B de Medicare o 12 meses después de que el afiliado tiene su Examen Físico Inicial Preventivo(Examen Físico de “Bienvenido a Medicare”)</p>	<p>\$0 co-pago</p>
<p>Otros Servicios</p>	
<p>Diálisis Renal (Riñón)</p> <p>Servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento de diálisis ambulatorio (incluyendo tratamientos de diálisis cuando esté temporalmente fuera del área de servicio, según explicado en el Capítulo 3). • Tratamiento de diálisis a paciente recluido (si es ingresado a un hospital por cuidado especial). • Adiestramiento de auto-diálisis (incluyendo adiestramiento para usted y otros que le ayuden con sus tratamientos de diálisis en el hogar). • Equipo y materiales para diálisis en el hogar. • Ciertos servicios de apoyo a domicilio (tales como, visitas por trabajadores adiestrados de diálisis para verificar su diálisis en el hogar, ayudarle en emergencias y verificar su equipo de diálisis y provisiones de agua). 	<p>\$0 co-pago por servicio de diálisis en y fuera del área de servicio.</p> <p>\$0 co-pago por Terapia Nutricional para Enfermedad Renal.</p>

Pueden aplicar las reglas de autorización.

Medicamentos Recetados de la Parte B

\$0 co-pago por
Medicamentos Recetados
por la Parte B de Medicare.

Estos medicamentos están cubiertos bajo la Parte B de Medicare Original. Beneficiarios de nuestro plan reciben este beneficio a través de nuestro plan. Medicinas cubiertas incluyen:

- Medicamentos que usualmente no son auto-administrados por el paciente y son inyectados mientras se recibe servicio médico.
- Medicamentos usados mediante equipo médico duradero (como nebulizadores) que sean autorizados por el plan.
- Factores de coagulación que usted mismo se inyecte si padece de hemofilia.
- Medicamentos inmunosupresores si usted está afiliado en la Parte A de Medicare al momento de ser sometido a un transplante de órgano.
- Medicamentos inyectables para osteoporosis, si está recluido en la casa, tiene fractura ósea que un médico certifique está relacionada a osteoporosis post-menopausia y no puede auto-administrarse el medicamento.
- Antígenos
- Ciertos medicamentos orales anti-cáncer y medicamentos anti-náusea.
- Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, incluyendo heparina, el antídoto para heparina cuando sea medicamento necesario, anestésicos tópicos, agentes estimulantes Erythropoetin (tales como Epogen®), Procrit® o Epoetin Alfa, Aranesp® y Darbepoetin).
- Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de enfermedad de inmunodeficiencia primaria.

Beneficios Adicionales

Servicios Dentales

\$0 co-pago por los siguientes
beneficios dentales recibidos

<ul style="list-style-type: none"> • El Plan cubre servicios dentales preventivos tales como exámenes orales, limpiezas y rayos X dentales. • Ofrece Beneficios Dentales Comprensivos. 	<p>por un proveedor de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> - hasta 2 limpiezas al año - hasta 2 tratamientos de fluoruro al año. - hasta 2 rayos x al año. <p>\$ 5 copago por hasta 2 exámenes orales al año</p> <p>Hasta un máximo de \$750 por servicios dentales comprensivos adicionales cada 2 años.</p>
<p>Servicios de audición</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen diagnóstico de audición • Audífonos 	<p>\$0 co-pago por servicios cubiertos por Medicare recibidos por un proveedor de la red.</p> <p>Pruebas de audición cubiertas por Medicare (exámenes diagnósticos)</p> <p>Exámenes de rutina hasta 1 visita al año.</p> <p>Hasta 1 evaluación para audífonos al año.</p> <p>\$0 copago por hasta 1 audífono cada año.</p> <p>Límite de \$300 por audífonos cada 3 años.</p>
<p>Programas de educación en salud y bienestar</p> <p>Estos programas están enfocados en condiciones clínicas de salud tales como hipertensión, colesterol, asma y dietas</p>	<p>El Plan cubre los siguientes beneficios de salud y bienestar:</p>

<p>especiales. Los programas diseñados para enriquecer la salud y los estilos de vida de los beneficiarios incluyen manejo de peso, cesar de fumar, ejercicios y manejo de stress.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sesiones para dejar de fumar adicionales - Membresía a un gimnasio o clases de bienestar - Otros beneficios de bienestar
	<p>\$0 co-pago por cada sesión adicional para dejar de fumar.</p>
	<p>Cada sesión adicional para dejar de fumar incluye hasta 2 visitas al año.</p>
	<p>El beneficio de Membresía a un gimnasio tiene un máximo de \$50.00 por mes. Este beneficio no es acumulativo y las cantidades no se traspasan de un mes a otro.</p>
<p>Suplementos Orales Nutricionales</p>	<p>Para individuos con la condición médica de tomar suplementos orales nutricionales el plan pagará por hasta 3 unidades diarias por 4 semanas consecutivas al año. Este beneficio requiere la aprobación del médico primario y del plan.</p>
<p><i>Pueden aplicar las reglas de autorización.</i></p>	
<p>Pañales de Adulto (Incontinencia)</p>	<p>El plan ofrece cubierta para pañales de adultos cuando es médicamente necesario. Beneficio se limita a 3 pañales diarios y está sujeto a autorización y revisión de necesidad medica.</p>
<p><i>Pueden aplicar las reglas de autorización.</i></p>	
<p>Acupuntura</p>	<p>\$5 copago por 6 visitas al año</p>

Pueden aplicar las reglas de autorización

Silla de Baño

1 por afiliado

Pueden aplicar las reglas de autorización

Según sea médicamente necesario

SECCIÓN 3 ¿Que tipos de beneficios no están cubiertos por el plan?

Sección 3.1 Tipos de beneficios que no están cubiertos (excluidos)

Esta Sección le habla de los tipos de beneficios que están “excluidos.” Excluidos significa que el plan no cubre esos beneficios.

La lista a continuación describe algunos servicios y artículos que no están cubiertos bajo ninguna condición y algunos que están excluidos solo bajo condiciones específicas.

Nosotros no pagaremos por las exclusiones que aparecen en esta Sección (o en otras Secciones de esta Evidencia de Cubierta) y tampoco lo hará Medicare Original, a menos que bajo apelación, se encuentre que son servicios, artículos que debimos haber pagado o cubierto (en el Capítulo 7 la Sección 5.3 se discute lo que es apelación).

En adición a cualquier exclusión o limitación descritas en la Tabla de Beneficios, o en cualquier otro sitio de esta Evidencia de Cubierta, **los siguientes artículos y servicios no están cubiertos por Medicare Original ni por el plan:**

- Servicios que no son razonables ni necesarios de acuerdo a los estándares del Plan Medicare Original, excepto si dichos servicios están listados como cubiertos.
- Procedimientos médicos y quirúrgicos, equipo, de carácter experimental o investigativo, a menos que estén cubiertos por Medicare Original o para ciertos servicios cubiertos bajo un estudio clínico aprobado. El Centro de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) continuar pagando a través del Medicare Original por artículos experimentales y servicios cubiertos bajo la Determinación de Cubierta Nacional de septiembre 2000 que son provistas a los beneficiarios del plan. Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos artículos y procedimientos determinados por nuestro plan y el Plan Original de Medicare a no ser aceptados generalmente por la asociación médica.
- Tratamiento quirúrgico de obesidad morbosa excepto si médicamente necesario y cubierto por Medicare Original.
- Cuarto privado en hospital, a menos que sea médicamente necesario.
- Enfermera privada.

- Artículos de conveniencia personal, tales como teléfono o televisor en su cuarto de hospital o facilidad de enfermería diestra.
- Cuidado de enfermera a tiempo completo en su hogar.
- Cuidado de custodia se provee en conjunto con cuidado de enfermera diestra o/y servicios de rehabilitación. “Cuidado de custodia” incluye cuido que ayuda a las personas en sus actividades del diario vivir como bañarse y vestirse.
- Servicios de Ama de Casa incluyen asistencia básica en el hogar y de limpieza y preparación ligera de alimentos.
- Cargos impuestos por un familiar cercano o miembro de su hogar.
- Comidas a domicilio.
- Procedimientos electivos o voluntarios, servicios, provisiones y medicamentos con propósitos de realce personal, incluyendo pero no limitado a: pérdida de peso, vellos, funcionamiento sexual, funcionamiento atlético, propósitos cosméticos, anti-envejecimiento y funcionamiento mental, excepto si médicamente necesario.
- Procedimientos o cirugía estéticos, excepto si necesario debido a lesión accidental o para mejorar la función de una parte contrahecha del cuerpo. Las etapas de reconstrucción del seno objeto de una mastectomía y para lograr una apariencia simétrica, la cirugía y reconstrucción del seno no operado.
- Zapatos ortopédicos, excepto si son parte de una abrazadera de pierna y están incluidos en el costo de la misma. Hay otra excepción: los zapatos ortopédicos o terapéuticos están cubiertos para personas con enfermedad de pié diabético
- Implementos de soporte para los pies. Hay una excepción: los zapatos ortopédicos o terapéuticos están cubiertos para personas con enfermedad de pié diabético.
- Medicamentos que se auto-administran para el tratamiento de disfunción sexual, incluyendo disfunción de erección, impotencia, y anorgasmo o híper orgasmo.
- Procedimientos para revertir procedimientos de esterilización, cambios de sexo y contraceptivos sin receta y artefactos.
- Servicios naturopáticos.
- Consejería o servicios de referido los cuales nuestro Plan objete basándose en razones morales o religiosas. En el caso de nuestro Plan, no damos consejería o hacemos referidos para adelantar directrices relacionadas a no comer/o rehusar tratamiento, etc. Hasta el punto que estos servicios son cubiertos por Medicare, estos serán cubiertos por el Plan de Medicare Original.
- Servicios provistos a los veteranos en facilidades de Veterans Affairs (VA). Aunque, en caso de servicios de emergencias recibidos en un hospital de veteranos, si el co pago de VA es mayor que el co pago requerido bajo nuestro plan, nosotros reembolsaremos a los veteranos la diferencia. Los miembros aun siguen siendo responsable por la cantidad del co pago de nuestro plan.
- Cualquiera de estos servicios antes listados que no están cubiertos continuaran no cubiertos aunque hayan sido recibidos en una facilidad de emergencia. Por ejemplo, no están cubiertas aunque se reciban en facilidades de emergencia aquellas condiciones rutinarias que no se hayan autorizado antes.

Capítulo 5. Petición al plan para que pague por su parte de los costos por los servicios recibidos

SECCIÓN 1	Situación en la cual usted debe pedirle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo de sus servicios cubiertos	56
Sección 1.1	Si usted paga nuestra parte del costo de sus servicios cubiertos, usted puede solicitar pago	56
SECCIÓN 2	Como solicitar que le paguemos de vuelta.....	56
Sección 2.1	Como y a donde enviarnos su petición de pago.....	56
SECCIÓN 3	Nosotros consideraremos su petición de pago y le diremos sí o no	57
Sección 3.1	Nosotros verificamos para ver si debemos cubrir el costo del servicio y cuanto le debemos.....	57
SECCIÓN 3.2	Si nosotros le decimos a usted que no le pagaremos por el servicio, usted puede apelar.....	57

SECCIÓN 1 Situación en la cual usted debe pedirle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo de sus servicios cubiertos

Sección 1.1 Si usted paga nuestra parte del costo de sus servicios cubiertos, usted puede solicitar pago

A veces Cuando usted recibe un servicio médico, usted podría necesitar pagar el costo completo de inmediato. En otras ocasiones, usted podría darse cuenta de que usted ha pagado más de lo que usted esperaba bajo las reglas de cubierta del plan. En cualquier caso, usted podría preguntarle a nuestro plan que le pague de vuelta (pagarle de vuelta es llamado regularmente “reembolso”). Solicitar un reembolso en los primeros tres ejemplos de abajo son tipos de decisión de cubierta (para más información sobre decisión de cubierta, valla al Capítulo 7 de este manual).

SECCIÓN 2 Como solicitar que le paguemos de vuelta

Sección 2.1 Como y a donde enviarnos su petición de pago

Envíenos su petición de pago, junto con sus recibos documentando el pago que usted ha hecho. Es una buena idea hacer copia de sus recibos para sus récords.

Para asegurarse de que nos está dando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, usted puede llenar nuestra forma para reclamos para hacer su petición de pago.

- Usted no tiene que usar el formulario, pero ayuda a nuestro plan a procesar la información más rápido.
- Ya sea bajando una copia del formulario de nuestra página de Internet, www.ahmpr.com o llamando a Servicios al Cliente y pida un formulario. Los números de teléfonos de Servicios al Cliente están en la portada de este manual.

Envíe su petición de pago junto con cualquier recibo a esta dirección:

American Health Medicare

P.O. Box 11320

San Juan, P.R, 00922

Por favor asegúrese de contactar a Servicios al Cliente si usted tiene cualquier pregunta. Si usted no sabe lo que debe, le podemos ayudar. Usted también puede llamar si usted quiere darnos más información sobre su petición de pago que ya nos haya enviado.

SECCIÓN 3 Nosotros consideraremos su petición de pago y le diremos sí o no

Sección 3.1 Nosotros verificamos para ver si debemos cubrir el costo del servicio y cuanto le debemos

Cuando nosotros recibimos su petición de pago, nosotros le dejaremos saber si necesitamos cualquier otra información adicional de su parte. De otra manera, nosotros consideraremos su petición y decidiremos si pagamos y cuanto le debemos.

- Si nosotros decidimos que el servicio está cubierto y usted siguió todas las reglas para obtener el medicamento, nosotros le pagaremos por nuestra parte del costo. Nosotros le enviaremos por correo su reembolso de todo menos su parte. (
- Si nosotros decidimos que el servicio *no* está cubierto, o usted *no* siguió todas las reglas, nosotros no pagaremos nuestra parte del costo. En vez, nosotros le enviaremos una carta explicándole las razones de por qué nosotros no le estamos enviando el pago que usted solicito y su derecho a apelar esa decisión.

SECCIÓN 3.2 Si nosotros le decimos a usted que no le pagaremos por el servicio, usted puede apelar
--

Si usted piensa que nos hemos equivocado haciendo la denegación, usted puede apelar. Si usted apela, significa que usted esta solicitándonos que cambiemos nuestra decisión Cuando denegamos su petición de pago. Los ejemplos de situaciones en las cuales usted puede solicitarle a nuestro plan que le pague de vuelta:

- Cuando usted usa una farmacia fuera de la red para llenar una receta
- Cuando usted paga el costo total de su receta por que usted no tiene en el momento su tarjeta de afiliado
- Cuando usted paga el costo total de su receta en otras situaciones

Para detalles de cómo hacer esta Apelación, pase al Capítulo 7 de este manual (*Que hacer si usted tiene un problema o queja (decisión de cubierta, Apelaciones, quejas)*). El proceso de Apelaciones es un proceso legal con procedimientos detallados e importantes fechas. Si hacer una Apelación es nuevo para usted, usted encontrara de ayuda empezando por leer la SECCIÓN 4 del Capítulo 7. La SECCIÓN 4 es una SECCIÓN de introducción que le explica el proceso para decisiones de cubierta y Apelaciones y le da definiciones de términos tales como

“Apelación.” Entonces después de que usted lea la SECCIÓN 4, usted puede pasar a la SECCIÓN 5 en el Capítulo 7 para una explicación paso a paso de cómo someter una Apelación.

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1	Nuestro plan debe honrar sus derechos como afiliado al plan	60
Sección 1.1	Nosotros debemos proveerle información de una manera que funcione para usted (en otros idiomas además de Inglés que se hablen en el área de servicio de cubierta del plan, en Braille, en letras grandes, u otro formato alternativo, etc.).....	60
Sección 1.2	Nosotros debemos tratarlo con justicia y respeto en todo momento	60
Sección 1.3	Nosotros debemos asegurarle que usted reciba sus servicios cubiertos en un tiempo razonable	60
Sección 1.4	Nosotros debemos proteger su privacidad de su información personal de salud	61
Sección 1.5	Nosotros le debemos de dar información sobre el plan, sus servicios cubiertos	62
Sección 1.6	Nosotros debemos apoyar su derecho a tomar una decisión sobre su cuidado	63
Sección 1.7	Usted tiene el derecho a solicitar una reconsideración de la decisión que nosotros tomamos.....	65
Sección 1.8	¿Que puede hacer usted si piensa que usted está siendo tratado injustamente o sus derechos no están siendo respetados?	65
Sección 1.9	Como obtener más información sobre sus derechos.....	65
SECCIÓN 2	Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan.....	66
Sección 2.1	¿Cuáles son sus responsabilidades?	66

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe honrar sus derechos como afiliado al plan

Sección 1.1	Nosotros debemos proveerle información de una manera que funcione para usted (en otros idiomas además de Ingles que se hablen en el área de servicio de cubierta del plan, en Braille, en letras grandes, u otro formato alternativo, etc.)
--------------------	--

Para obtener información de nosotros de una manera que funcione para usted, favor de llamar a Servicios al Cliente (los números de teléfonos están en la portada).

Nuestro plan tiene personas y servicios de traducción disponible para contestar preguntas de afiliados que no hablen Ingles. Nosotros también podemos darle información en Braille, en letra grande, u otro formato alternativo si lo necesita. Si usted es elegible a Medicare debido a incapacidad, estamos obligados a darle información sobre los beneficios del plan de manera accesible y apropiada para usted.

Si usted tiene cualquier problema en recibir información de nuestro plan problemas relacionados a lenguaje o incapacidad, favor de llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, los 7 días de la semana, y dígales que usted quiere someter una queja. Usuarios de TTY llamen al 1-877-486-2048.

Sección 1.2	Nosotros debemos tratarlo con justicia y respeto en todo momento
--------------------	---

Nuestro plan debe obedecer las leyes que lo protegen a usted de discrimen o trato injusto. **Nosotros no discriminamos** basado en la raza de la persona, incapacidad, religión, sexo, salud, etnia, credo (creencias), edad, y origen.

Si usted quiere más información o tiene preocupación por discrimen o trato injusto, favor de llamar al Departamento de Salude y Recursos humanos, **Oficina de Derechos Civiles** 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o su oficina local de Derechos Civiles.

Si usted tiene alguna incapacidad y necesita ayuda para recibir cuidado, favor de llamar a Servicios al Cliente (los números de teléfono están en la portada de este manual). Si usted tiene alguna queja, como un problema con el acceso para una silla de ruedas, Servicios al Cliente le puede ayudar.

Sección 1.3	Nosotros debemos asegurarle que usted reciba sus servicios cubiertos en un tiempo razonable
--------------------	--

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a escoger un médico primario (PCP) en la red de proveedores y coordinar sus servicios cubiertos (El capítulo 3 explica mas sobre esto).

Llame a Servicios al Cliente para conocer que médicos están aceptando nuevos pacientes. Además tiene derecho a ir a un especialista en salud de mujer (como un ginecólogo) sin referido.

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a hacer citas para recibir servicios cubiertos durante un tiempo razonable. Esto incluye recibir servicios de un especialista cuando los necesite.

Sección 1.4	Nosotros debemos proteger su privacidad de su información personal de salud
--------------------	--

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus récords médicos y su información personal de salud. Nosotros protegemos su información personal de salud como requieren estas leyes.

- Su “información personal de salud” incluye información personal que usted nos dio. Cuando se afilio en este plan como también sus récords médicos y otra información médica e información de salud.
- Las leyes que protegen su privacidad le dan el derecho relacionado con conseguir información y controlar como se utiliza su información de salud. Nosotros le damos a usted notificación por escrito, llamada “Nota de Practica de Privacidad”, que le habla sobre estos derechos y explica como nosotros protegemos la privacidad de su información de salud.

¿Cómo nosotros protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nosotros nos aseguramos de que gente no autorizada no vea o cambie sus récords.
- En la mayoría de las situaciones, si nosotros le damos su información de salud a alguien que no le esta proveyendo cuidado o pagando por su cuidado, *nosotros estamos en la obligación de obtener su permiso escrito primero*. Permiso escrito puede ser dado por usted o alguien al que usted le ha dado poder legal para tomar una decisión por usted.
- Hay algunas excepciones que no requieren que nosotros obténgalos su permiso escrito primero. Estas excepciones están permitidas o requeridas por ley.
 - Por ejemplo, a nosotros se nos requiere que divulguemos información de salud a las agencias gubernamentales que están velando la calidad del cuidado.
 - Porque usted es un afiliado de nuestro plan a través de Medicare, estamos obligados a darle a Medicare su información de salud incluyendo información sobre su Parte D de medicamentos recetados. Si Medicare divulga su información para estudios u otros usos, esto será hecho de acuerdo con los estatutos y regulaciones federales.

**Usted puede ver la información en sus récords y saber
Cuando ha sido compartida con nosotros**

Usted tiene el derecho a ver sus récords médicos que tenga el plan, y obtener una copia de sus récords. Usted también tiene el derecho a pedirnos que se añada o se corrijan sus récords médicos. Si usted nos pide que hagamos esto, nosotros consideraremos su petición y decidiremos si el cambio debe de hacerse.

Usted tiene el derecho a saber cómo se ha compartido con otros su información de salud con cualquier propósito que no sea rutinario.

Si usted tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información personal de salud, favor de llamar a Servicios al Cliente (los números de teléfono está en la portada de este manual).

Sección 1.5	Nosotros le debemos de dar información sobre el plan, sus servicios cubiertos
--------------------	--

Como afiliado de nuestro plan, usted tiene el derecho a recibir de nosotros distintos tipos de información. (Como se explica arriba en la SECCIÓN 1.1, usted tiene el derecho a recibir información de una manera que funcione para usted. Esto incluye obtener la información en idiomas además de Inglés y letra grande u otro formato alternativo.)

Si usted requiere cualquiera de los siguientes tipos de información, favor de llamar a Servicio al Cliente (los números de teléfono están en la portada de este manual):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la condición financiera del plan. También incluye información sobre la cantidad de Apelaciones hechas por afiliados y el rendimiento de ratings del plan, incluyendo como se ha calificado por otros afiliados del plan y como compara con otros planes de Medicare Advantage.
- **Información sobre nuestros proveedores**
 - Por ejemplo, usted tiene el derecho a recibir de nosotros información acerca de las cualificaciones de los proveedores y farmacias de la red y como le pagamos a los proveedores.
 - Para una lista de proveedores en la red del plan vea el *Directorio de Proveedores*.
 - Para una lista de farmacias en la red del plan vea el *Directorio de Proveedores*.
 - Para más información detallada sobre nuestros proveedores y farmacias, usted puede llamar a Servicios al Cliente (los números de teléfono están en la portada de este manual) o visítenos en nuestra página de Internet www.ahmpr.com.
- **Información sobre su cubierta y reglas que usted debe seguir para el uso de su cubierta.**

- En los capítulos 3 y 4 de este manual, explicamos los servicios médicos que están cubiertos para usted, y cualquier restricción a su cubierta, y las reglas que debe seguir para obtener sus servicios.
- Si usted tiene preguntas sobre las reglas o restricciones, favor de llamar a Servicios al Cliente (los números de teléfono están en la portada de este manual).
- **Información sobre porque a veces algo no está cubierto y que puede hacer sobre eso.**
 - Si un servicio no está cubierto para usted, o si su cubierta se restringe por alguna razón, usted debe de pedir una explicación por escrito. Usted tiene el derecho a esta explicación aunque usted haya recibido el servicio de un proveedor o el medicamento de una farmacia fuera de la red
 - Si usted no esta contento o no está de acuerdo no la decisión que hayamos tomado sobre que servicio médico esta cubierto para usted, usted tiene el derecho a pedirnos que cambiemos la decisión. Para detalles de qué hacer si algo no está cubierto para usted de la manera que usted piensa que debería estar cubierto, vea el Capítulo 7 de este manual. Le da detalles a usted sobre como pedirle al plan por una decisión sobre su cubierta y como someter una apelación para que cambiemos nuestra decisión. (Capítulo 7 también habla sobre cómo hacer una queja sobre la calidad del cuidado, periodos de espera, y otras inquietudes.)
 - Si usted quiere pedirnos que el plan pague nuestra parte de los costos de los servicios médicos, vea el Capítulo 7 de este manual.

Sección 1.6	Nosotros debemos apoyar su derecho a tomar una decisión sobre su cuidado
--------------------	---

Usted tiene el derecho a dar instrucciones sobre lo que se debe hacer si usted no está capacitado para tomar decisiones médicas por usted mismo

A veces las personas pierden la capacidad para tomar decisiones por ellos mismos debido a un accidente o enfermedad seria. Usted tiene el derecho a decir que quiere usted que se haga si usted está en esta situación. Esto significa que, si usted quiere, usted puede:

- Llenar una forma escrita para darle **a alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** si usted alguna vez pierde la capacidad para tomar decisiones por usted mismo.
- **Déle instrucciones por escrito a su médico** sobre quiere usted que ellos manejen su cuidado médico si alguna vez no está capacitado para tomar decisiones por usted mismo.

El documento legal que usted puede usar para dar sus direcciones por adelantado se llama **“direcciones por adelantado.”** Hay diferentes tipos de direcciones por adelantado y diferentes nombres para ello. Documentos llamados **“testamento en vida”** y **“poder de abogado para cuidado médico”** son ejemplos de direcciones por adelantado.

Si usted quiere usar unas “direcciones por adelantado” para dar sus instrucciones, aquí esta lo que debe de hacer:

- **Obtenga el formulario.** Si usted quiere tener la oportunidad de tener unas direcciones por adelantado, usted puede obtener el formulario a través de su abogad, de un trabajador social, alguna tienda de efectos de oficina. A veces se puede obtener los formularios de direcciones por adelantado a traves de organizaciones que le dan información de Medicare a las personas. Usted también puede contactar Servicios al Cliente para solicitar el formulario (los números de teléfono están en la portada de este manual).
- **Llénelo y fírmelo.** No importa de donde usted obtenga este formulario, tenga en cuenta que es un documento legal. Usted debe de considerar el que un abogado le ayude a prepararlo.
- **Déle copias a las personas apropiadas.** Usted le debe de dar una copia de su formularios su médico y a la persona que usted nombre en el formulario como la que tomara decisiones por usted si usted no puede hacerlo. Usted podría querer darle copias a amigos cercanos o también a miembros de la familia. Asegúrese de guardar una copia en la casa.

Si usted sabe por adelantado que va ha ser hospitalizado, y ha firmado unas direcciones por adelantado, **llévese una copia con usted al hospital.**

- Si usted es admitido en el hospital, los le preguntaran si usted ha firmado un formulario de direcciones por adelantado y si lo tiene con usted.
- Si usted no ha firmado un formulario de direcciones por adelantado, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntara si quiere firmar uno.

Recuerde, es su elección si desea firmar o no direcciones por adelantado (incluyendo si quiere firmar una Cuando este en el hospital). De acuerdo con la ley, nadie puede negarle cuidado o discriminar en contra suyo basado en si firmo o no direcciones por adelantado.

¿Que sucede si sus instrucciones no son seguidas?

Si usted ha firmado unas direcciones por adelantado, y usted cree que un médico u hospital no ha seguido las instrucciones en el mismo, usted puede radicar una queja con *el Departamento de salud del Estado*.

Sección 1.7 Usted tiene el derecho a solicitar una reconsideración de la decisión que nosotros tomamos

Si usted tiene cualquier problema o inquietud sobre los servicios cubiertos o cuidados, el Capítulo 7 de este manual le dice lo que puede hacer. Les da los detalles sobre como lidiar con todo tipo de problemas o quejas.

Como se explica en el Capítulo 7, lo que usted tiene que hacer para darle seguimiento a algún problema o inquietud dependiendo de la situación. Usted podría necesitar pedirle a nuestro plan que tome una decisión sobre su cubierta, someter una Apelación a nosotros para cambiar una decisión de cubierta, o hacer una queja. Lo que sea que haga – pida por una decisión de cubierta, una Apelación, o queja **nosotros estamos obligados a tratarlo justamente.**

Usted tiene el derecho a recibir un resumen de información sobre las Apelaciones y quejas que otros afiliados han radicado en contra de nuestro plan en el pasado. Para obtener esta información, favor de llamar a Servicios al Cliente (los números de teléfono están en la portada de este manual).

Sección 1.8 ¿Que puede hacer usted si piensa que usted está siendo tratado injustamente o sus derechos no están siendo respetados?

Si es sobre discriminación, llames a la Oficina de Derechos Civiles

Si usted cree que está siendo tratado de manera injusta o si sus derechos no han sido respetados debido a su raza, incapacidad, religión, sexo, salud, etnia, credo (creencias), edad o lugar de origen, usted debería llamar al Departamento de Salud y Servicios humanos, **Oficina de Derechos Civiles** al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697, o llame a su oficina local de Derechos Civiles.

¿Es acerca de algo más?

Si usted cree que usted ha sido tratado de manera injusta o si sus derechos no han sido respetados, y no es sobre discrimen, usted puede recibir ayuda con el problema que este teniendo:

- Usted puede **llamar a Servicios al Cliente** (los números de teléfono están en la portada de este manual).
- Usted puede **llamar al Programa de Asistencia Seguro de Salud del Estado.** Para detalles sobre esta organización y como contactarlo vaya al Capítulo 2, SECCIÓN 3.

Sección 1.9 Como obtener más información sobre sus derechos

Hay diferentes sitios donde usted puede conseguir más información sobre sus derechos:

- Usted puede **llamar a Servicios al Cliente** (los números de teléfono están en la portada de este manual).
- Usted puede **llamar al Programa de Asistencia de Seguro de Salud del Estado**. Par detalles sobre esta organización y como contactarlo, vaya al Capítulo 2, SECCIÓN 3.
- Usted puede contactar a **Medicare**.
 - Usted puede visitar la página de Internet de Medicare (<http://www.Medicare.gov>) para leer o bajar la publicación “Sus Derechos y Protecciones de Medicare.”
 - O usted puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 horas al día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades?
--

Las cosas que necesita hacer como afiliado del plan están listados en la parte de abajo. Si usted tiene cualquier pregunta, favor de llamar a Servicio al Cliente (los números de teléfonos están en la portada de este manual). Nosotros estamos aquí para ayudar.

- **Familiarícese con su cubierta de servicios y las reglas que usted debe de seguir para recibir estos servicios cubiertos.** Use este manual de Evidencia de Cubierta para saber que le cubre a usted y las reglas usted necesita seguir para tener sus servicios cubiertos.
 - Capítulo 3 y 4 le da detalles sobre su cubierta de servicios médicos, incluyendo lo que esta cubierto, lo que no y lo que usted paga.
- **Si usted tiene otra cubierta de salud además de nuestro plan, a usted se le requiere que nos notifique a nosotros.** Favor de llamar a Servicios al Cliente para dejarnos saber
 - Nosotros estamos obligados a seguir las reglas impuestas por Medicare, para asegurarnos que usted está usando todas sus cubiertas en combinación Cuando usted obtiene la cubierta de medicamentos de nuestro plan. A esto se le da el nombre de “**coordinación de beneficios**” porque esto envuelve la coordinación de los beneficios de medicamentos que recibe usted de nuestro plan, con cualquier otro beneficio de medicamentos disponible a usted. Nosotros le ayudaremos con eso.

- **Dígale a su médico y farmacéutico que usted está afiliado en nuestro plan.** *Enseñe la tarjeta de membresía del plan cada vez que vaya por servicios médicos*
- **Ayúdele a su médico y otros proveedores a ayudarle a usted dándoles información, hacienda preguntas, y siguiendo su cuidado**
 - Para ayudar a sus médicos y otros proveedores de salud a darle a usted un mejor cuidado, aprenda tanto como se le sea posible sobre sus problemas de salud y proveerles a ellos la información que ellos necesitan acerca de usted y sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento e instrucciones que usted y sus médicos acuerden.
 - Si usted tiene cualquier pregunta, asegúrese de preguntar. Sus médicos y otros proveedores de la salud están supuestos a explicar cosas en una manera en la cual usted lo pueda entender. Si usted hace preguntas y usted no entiende las contestaciones que le han dado, pregunte otra vez.
- **Sea considerado.** *Esperamos que todos nuestros afiliados respeten los derechos de otros pacientes. Además esperamos que actúe de manera que su visita al médico, al hospital y/o a otras oficinas corra suavemente.*
- **Pague lo que debe.** *Como miembro del plan, usted es responsable por estos pagos:*
 - Alguno de sus servicios por el plan, usted deberá pagar su parte del costo Cuando usted vaya por el servicio. Esto será un copago (una cantidad fija) en el Capítulo 4 le dice lo que debe pagar por los servicios médicos.
 - Si usted obtiene servicios médicos que no está cubierto por nuestro plan o por otra aseguradora que posiblemente usted tenga, usted deberá pagar el costo total.
- **Déjenos saber si se muda.** *Si usted se va a mudar, es importante que nos deje saber rápidamente. Llame a Servicios al Cliente (los números de teléfono están en la portada de este manual).*
 - **Si usted se muda fuera de nuestra área de servicios del plan, usted,] no podrá continuar siendo un afiliado de nuestro plan.** (Capítulo 1 le dice sobre nuestra área de servicio.) Nosotros le podemos ayudar a averiguar si se está mudando fuera de nuestra área de servicio. Si usted está dejando nuestra área de servicio, nosotros le podemos dejar saber si tenemos un plan en su nueva área.
 - **Si usted se muda dentro de nuestra área de servicio, nosotros aun necesitamos saber** para así conservar su record de afiliado al día y saber cómo contactarlo.
- **Llame a servicio al afiliado para ayuda si usted tiene preguntas o preocupaciones.** *Nosotros también le damos la bienvenida a cualquier sugerencia que pueda tener para mejorar nuestro plan.*
 - Los números de teléfono y horario de llamada para Servicios al Cliente están en la portada de este manual.

- Para más información en cómo llegar a nosotros, incluyendo nuestra dirección de correo, favor de ver Capítulo 2.

Capítulo 7. Qué hacer si tiene un problema o queja (decisión de cubierta, apelaciones, quejas)

TRASFONDO

SECCIÓN 1	Introducción	72
Sección 1.1	Que hacer si usted tiene un problema o preocupación.....	72
Sección 1.2	Sobre los Términos legales	72
SECCIÓN 2	Usted puede obtener ayuda de organizaciones gubernamentales que no tengan conexión con nosotros.....	73
Sección 2.1	Donde obtener más información y asistencia personalizada	73
SECCIÓN 3	¿Para lidiar con su problema, que proceso debe usar usted?	74
Sección 3.1	¿Debe usted usar el proceso para decisión de cubierta y Apelaciones O debería usted usar el proceso para someter quejas?.....	74
SECCIÓN 4	Una guía básica de la decisión de cubierta y Apelaciones	75
Sección 4.1	Solicitando una decisión de cubierta y Apelaciones: una perspectiva amplia.....	75
Sección 4.2	Cómo obtener ayuda cuando este usted pidiendo una decisión de cubierta o una Apelación	76
Sección 4.3	¿Que Sección de este capítulo le da detalles para <u>su</u> situación?	77
SECCIÓN 5	Su cuidado médico: Como pedir una decisión de cubierta o hacer una Apelación	78
Sección 5.1	Esta SECCIÓN le dice lo que debe de hacer si usted tiene problemas obteniendo cuidado médico o usted quiere que le pagemos de vuelta por un servicio recibido	78
SECCIÓN 6	¿Cómo preguntar a nosotros para cubrir una estadía de mayor duración en el hospital si usted entiende que el médico le esta dando de alta muy pronto?.....	80

Sección 6.1	Durante su estadía en el hospital, usted recibirá de parte de Medicare una notificación escrita que le habla sobre sus derechos	80
Sección 6.2	Paso-a-paso: Como someter una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha en la que será dado de alta del hospital	81
Sección 6.3	Paso-a-paso: Como someter una apelación del Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital.....	84
Sección 6.4	Que si usted deja perder la fecha limite para someter su apelación del Nivel 1?.....	86
SECCIÓN 7	Como solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted piensa que su cubierta esta terminando muy rápido.....	89
Sección 7.1	<i>Esta Sección es sobre <u>solo tres servicios</u>: Cuidado de Salud en el Hogar, facilidad de enfermería diestra, y servicios en Facilidad de Rehabilitación Ambulatoria (CORF).....</i>	<i>89</i>
Sección 7.2	Nosotros le dejaremos saber por adelantado cuando su cubierta terminará.	90
Sección 7.3	Paso-a-paso: Como someter una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cobra sus cuidados por un tiempo mas largo	91
Sección 7.4	Paso-a-paso: Como someter una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra mas tiempo sus cuidados.....	93
Sección 7.5	¿Que si usted deja pasar las fechas limites para someter una apelación del Nivel 1?.....	95
SECCIÓN 8	Tomando su Apelación al Nivel 3 y más allá	98
Sección 8.1	Niveles de Apelación 3, 4, y 5 para Apelaciones	98
SECCIÓN 9	Como someter una queja sobre la calidad del cuidado, tiempos de espera, servicio al cliente, u otra preocupación.....	99
Sección 9.1	¿Qué tipo de problemas son manejados por el proceso de quejas?	99
Sección 9.2	El nombre formal para “someter una queja” es “someter una querella”	102
Sección 9.3	Paso a paso: Sometiendo una queja	102

Sección 9.4	Usted también puede quejarse sobre la calidad de cuidado con la Organización de Mejoras a la Calidad	104
-------------	--	-----

TRASFONDO

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Que hacer si usted tiene un problema o preocupación

Este Capítulo explica los dos tipos de procesos formales para lidiar con los problemas:

- Para algunos tipos de problemas, usted necesita usar los **procesos para decisión de cubierta y para Apelaciones**.
- Para otros tipos de problemas usted tendrá que usar los **procesos para someter quejas**.

Ambos procesos han sido aprobados por Medicare. Para asegurar ser justo y el manejo rápido de sus problemas, cada proceso tiene un grupo de reglas, procedimientos, y fechas límite que debemos seguir tanto nosotros como usted.

¿Cuales usa usted? Eso depende del tipo de problema que usted este teniendo. La guía en la SECCIÓN 3 le podrá ayudar a identificar los procesos correctos que se deben usar.

Sección 1.2 Sobre los Términos legales

Existen Términos técnicos legales para alguna de las reglas, procedimientos, y tipos de fechas límite explicados en este Capítulo. Muchos de estos Términos no le son familiares para la mayoría de las personas y puede ser difícil entender.

Para mantener las cosas simples, este Capítulo explica las reglas legales y procesamientos usando palabras más comunes en vez de ciertos Términos legales. Por ejemplo, este Capítulo generalmente dice “sometiendo una queja” en vez de “sometiendo una querella,” “decisión de cubierta” en vez de “determinación de cubierta,” y “Organización Independiente de Evaluación” en vez de “Entidad Independiente de Evaluación.” También usa abreviaturas lo menos posible.

De todas maneras, podría ser de ayuda –y a veces muy importante – el que usted sepa el término legal correcto para la situación en la que usted se encuentra. Sabiendo que términos usar esto le ayudara a comunicarse más clara y certeramente Cuando este lidiando con sus problemas y recibir la ayuda correcta o información para su situación. Para ayudarle a saber qué términos usar, nosotros incluimos Términos legales Cuando le damos los detalles para manejar tipos específicos de situaciones.

SECCIÓN 2 Usted puede obtener ayuda de organizaciones gubernamentales que no tengan conexión con nosotros

Sección 2.1 Donde obtener más información y asistencia personalizada
--

A veces puede ser confuso empezar y seguir el proceso para lidiar con un problema. Esto puede ser especialmente cierto si usted no se siente bien o tiene energía limitada. En otras ocasiones, usted no tendrá el conocimiento necesario para dar el próximo paso. Tal vez ambos sean ciertos para usted.

Recibir ayuda de una organización gubernamental independiente

Nosotros estamos siempre disponibles para ayudarlo. Pero en algunas situaciones usted también quisiera ayuda o guía de alguien que no tenga conexión con nosotros. Usted siempre puede contactar su **Programa de Asistencia del Seguro de Salud del Estado**. Este programa de gobierno a adiestrado consejeros en cada estado. El programa no está en conexión con nuestro plan con ninguna compañía aseguradora de salud. Los consejeros de este programa le pueden hacer entender que procesos usted debe usar para manejar el problema que este teniendo. Ellos también pueden contestar preguntas, darle más información, y ofrecer conserjería en lo que debe hacer.

Sus servicios son gratis. Usted podrá encontrar números telefónicos en el Capítulo 2, SECCIÓN 3 de este manual.

Usted también puede recibir ayuda e información de Medicare

Para más información y ayuda en el manejo del problema, usted también puede contactar Medicare. Aquí hay dos maneras para recibir información directa de Medicare:

- Usted puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 horas al día, 7 días de la semana. Usuarios de TTY deben de llamar al 1-877-486-2048.
- Usted puede visitar la página de Internet (<http://www.Medicare.gov>).

SECCIÓN 3 ¿Para lidiar con su problema, que proceso debe usar usted?

Sección 3.1 ¿Debe usted usar el proceso para decisión de cubierta y Apelaciones O debería usted usar el proceso para someter quejas?
--

Si tiene usted un problema o inquietud y quiere usted hacer algo al respecto, usted no tiene que leer este Capítulo por completo. Usted solo necesita encontrar y leer las partes de este Capítulo que aplican a su situación. La guía que sigue le ayudara.

Para saber en que parte de este capítulo le hablamos sobre su problema o duda, **COMIENCE AQUÍ**

¿Su problema o duda es con relación a su cubierta y beneficios?

(Esto incluye problemas acerca de cuidado médico o medicamentos recetados y si los mismos tienen cubierta o no, la forma en que tengan cubierta y problemas relacionados al pago de cuidado medico o de medicamentos recetados.)

Sí

No

Pase a la próxima Sección de este capítulo, la **Sección 4: “Una guía básica sobre decisiones de cubierta y hacer apelaciones.”**

Pase a la **Sección 10** al final de este capítulo: **“Cómo someter una queja sobre calidad de cuidado, tiempos de espera, servicio al cliente o alguna otra preocupación.”**

DECISIÓN DE CUBIERTA Y APELACIONES

SECCIÓN 4 Una guía básica de la decisión de cubierta y Apelaciones

Sección 4.1 Solicitando una decisión de cubierta y Apelaciones: una perspectiva amplia
--

El proceso de decisión de cubierta y el de Apelaciones o problemas relacionados a sus beneficios, incluyendo problemas relacionados con el pago. Este es el proceso que usted usa para asuntos tales como el de si un servicio está cubierto o no y el modo en el cual está cubierto.

Solicitando decisiones de cubierta

Una decisión de cubierta es una decisión que nosotros tomamos sobre sus beneficios y cubierta o sobre la cantidad que nosotros pagaremos por sus servicios médicos. Nosotros tomamos una decisión de cubierta por usted cada vez que usted va al médico para cuidado médico. Por ejemplo si usted desea saber si cubriremos un servicio médico antes de que lo reciba, puede pedirnos que tomemos una decisión de cubierta.

Nosotros estamos tomando una decisión de cubierta para usted cada vez que nosotros decidamos lo que está cubierto para usted y cuanto le pagamos. En algunos casos nosotros podríamos decidir que el servicio no está cubierto o que de ahora en adelante su servicio no será cubierto por Medicare. Si usted está en desacuerdo con esta decisión de cubierta, usted, usted puede someter una apelación

Haciendo una apelación

Si nosotros tomamos una decisión de cubierta y usted no está satisfecho con esta decisión, usted puede “apelar” la decisión. Una apelación es una forma formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cubierta que hemos hecho.

Cuando usted solicita una apelación nosotros revisamos la decisión de cubierta que hemos hecho para verificar que hayamos sido justos y seguimos todas las reglas como es debido. Cuando nosotros hemos completado la revisión nosotros le damos nuestra decisión.

Si le decimos no a todo o parte de su Nivel 1 de Apelación, su caso automáticamente pasara al Nivel 2 de Apelación. El Nivel 2 de Apelación es conducida por una organización independiente que no está en conexión con nuestro plan. Si usted no está satisfecho con la decisión del Nivel 2 de Apelación, usted podría estar dispuesto a continuar con varios más niveles de apelación.

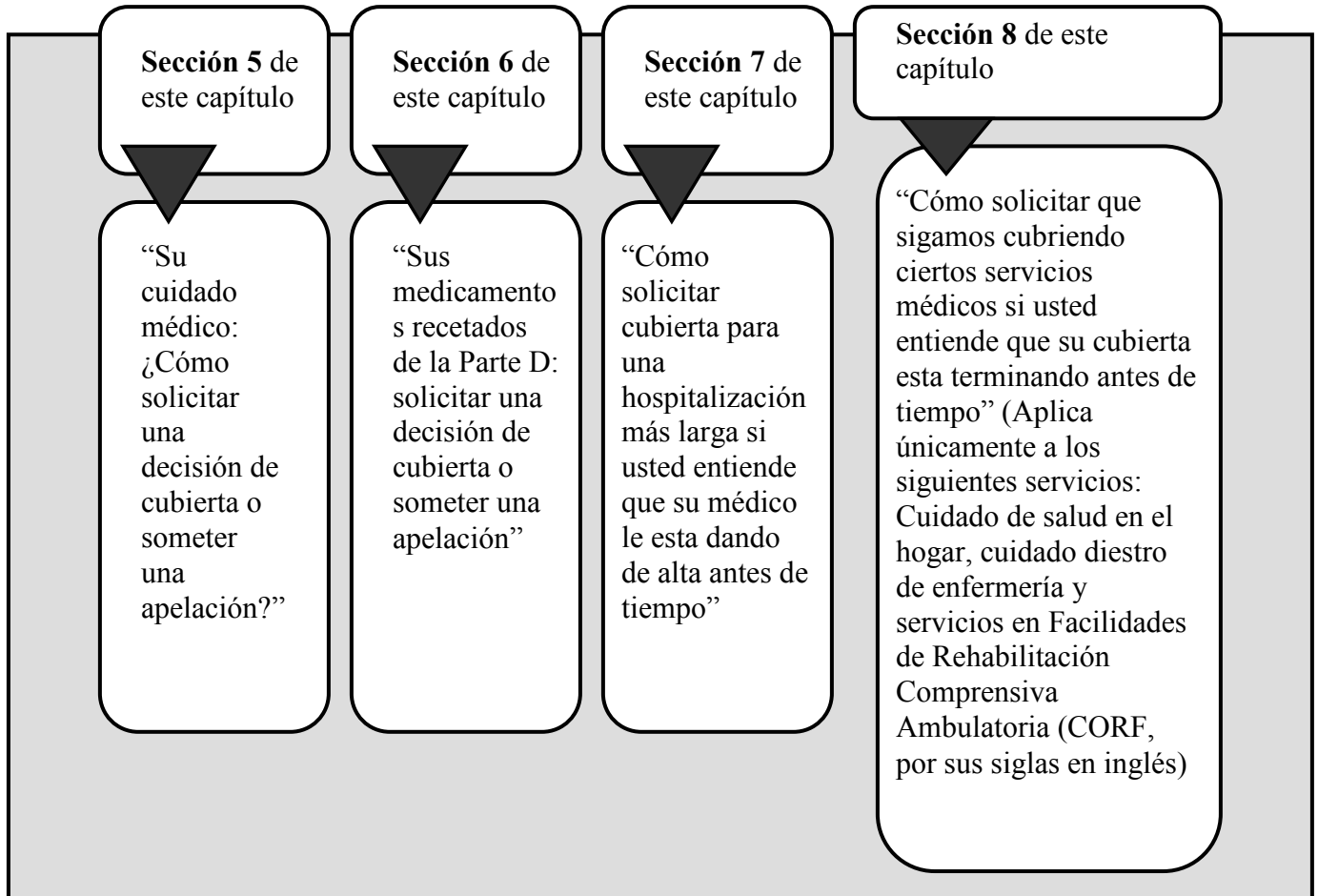
Sección 4.2	Cómo obtener ayuda cuando este usted pidiendo una decisión de cubierta o una Apelación
--------------------	---

¿Quisiera usted algo de ayuda? Aquí hay recursos que tal vez usted quisiera utilizar si usted decide pedir algún tipo de decisión de cubierta o apelar una decisión:

- Usted **puede llamarnos a Servicios al Cliente** (los números de teléfono están en la portada).
- Para **obtener ayuda gratuita de una organización independiente** que no esté en conexión con nuestro plan, contacte su Programa de Asistencia de Seguro de Salud de Estado (vea la Sección 2 de este Capítulo).
- **Usted podría considerar que su médico u otro recetador envueltos de ser posible, especialmente si usted quiere una decisión “rápida” o “expedita”.** En la mayoría de las situaciones en la que se envuelven decisión de cubierta o Apelación, su médico u otro recetador le debe de explicar las razones médicas que le dan peso a su solicitud. Su médico u otro recetador no puede solicitar cada Apelación. Él/ella le puede solicitar al plan una decisión de cubierta y una Apelación en el Nivel 1. Para solicitar cualquier apelación luego del Nivel 1, su médico u otro recetador debe de estar señalado como su “representante” (vea abajo sobre “representantes”).
- **Usted puede pedir que alguien actúe de su parte.** Si usted quiere, usted puede nombrar a alguien a actuar por usted como su “representante” para solicitar una decisión de cubierta o una Apelación.
 - Tal vez ya haya una persona que legalmente autorizada para actuar como su representante bajo la ley del estado.
 - Si usted quiere que un amigo, familiar, su médico u otro recetador, u otra persona sea su representante, llame a Servicio l Afiliado y pregunte por el formulario para darle a una persona permiso para actuar de su parte. El formulario debería estar firmado por usted y por la persona que usted quisiera que actuara de su parte. Usted le debe dar a nuestro plan una copia firmada del formulario.
- **Usted también tiene el derecho a contratar un abogado para que actúe de su parte.** Usted podría contactar a su propio abogado, u obtener el nombre de un abogado de la asociación de abogados colegiados del estado u otro servicio de referido. Aquí también hay grupos que le darán servicios legales gratuitos si cualifica. Sin embargo, **usted no está obligado a contratar un abogado** para pedir cualquier tipo de decisión de cubierta o decisión de Apelación.

Sección 4.3 **¿Que Sección de este capítulo le da detalles para su situación?**

Hay cuatro tipos de situaciones que envuelven decisiones de cubierta y apelaciones. Ya que cada situación tiene diferentes reglas y fechas limites, le damos los detalles de cada una en una Sección separada:



Si aun no esta seguro cual Sección debería estar usando, favor de llamar a Servicios al Cliente (los números están en la portada). También puede obtener ayuda o información de organizaciones del gobierno tales como su Programa de Asistencia sobre Seguros de Salud del Estado (el Capítulo 2, Sección 3 de este manual le provee los números para este programa.)

SECCIÓN 5 Su cuidado médico: Como pedir una decisión de cubierta o hacer una Apelación



¿Ha leído la Sección 4 de este capítulo (*Una guía a “lo básico” de decisiones de cubierta y apelaciones*)? Si no es así, quizás quiera leerla antes de comenzar esta Sección.

Sección 5.1	Esta SECCIÓN le dice lo que debe de hacer si usted tiene problemas obteniendo cuidado médico o usted quiere que le paguemos de vuelta por un servicio recibido
--------------------	---

Esta Sección es sobre sus beneficios de cuidado médico y servicios. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de de este manual: Tabla de beneficios médicos (lo que esta cubierto y lo que usted paga). Para mantener esto simple, generalmente nos referimos a “cubierta de cuidado médico” o “cuidado médico” en esta Sección, en vez de repetir “cuidado médico o tratamiento o servicios” cada vez.

Esta Sección le habla sobre lo que usted puede hacer si esta en alguna de las siguientes 5 situaciones:

1. No esta obteniendo cierto cuidado médico que usted desea, y usted entiende que este cuidado esta cubierto por nuestro plan.
2. Nuestro plan no aprobara cuidado médico que su médico o proveedor quiere darle, y usted entiende que este cuidado esta cubierto por nuestro plan.
3. Usted ha recibido servicios o cuidado médico que entiende deben estar cubiertos por el plan, pero le hemos dicho que no pagaremos por este cuidado.
4. Usted ha recibido y pagado por servicios y cuidado médico que usted entiende debe estar cubierto por el plan, y desea pedirle al plan que lo reembolse por este cuidado.
5. Se le ha dicho que cubierta por ciertos tipos de cuidado médico que ha estado recibiendo serán reducidos o se van a detener, y usted entiende que reducir o detener su cuidado puede lastimar su salud.
 - **NOTA: Si la cubierta que se va a detener es para cuidado hospitalario, cuidado de salud en el hogar, servicios en facilidad de cuidado diestro de enfermería, o Facilidad de Rehabilitación Comprensiva Ambulatoria (CORF, por sus siglas en inglés), necesita leer una Sección separada de este capítulo ya que aplican reglas especiales a este tipo de cuidado. Esto es lo que debe leer en esas situaciones:**
 - Capítulo 7, Sección 7: *Cómo pedir una hospitalización mas larga si usted entiende que le están dando de alta antes de tiempo.*

- Capítulo 7, Sección 8: *Cómo pedirle al plan que siga cubriendo ciertos servicios médicos si entiende que su cubierta esta terminando antes de tiempo.* Esta Sección es acerca de tres servicios solamente: cuidado de salud en el hogar, servicios en facilidad de cuidado diestro de enfermería, o Facilidad de Rehabilitación Comprensiva Ambulatoria (CORF, por sus siglas en inglés.)
- Para las demás situaciones que envuelvan que se detenga un cuidado médico que este recibiendo, utilice esta Sección (Sección 5) como una guía de que hacer.

¿En cual de estas situaciones usted se encuentra?

¿Usted desea saber si nuestro plan cubrirá el cuidado médico o servicios que usted quiere?

Necesita solicitarle al plan que tome una decisión de cubierta para usted.

Pase a la próxima Sección de este capítulo, la **Sección 5.2**

¿Nuestro plan ya le notificó que no le cubriremos o pagaremos por servicios médicos en la forma que usted desea que se cubran o se paguen?

Puede someter una apelación.

(Esto significa que nos está pidiendo una reconsideración)

Pase a la **Sección 5.3** de este capítulo.

¿Usted desea solicitarle al plan que le haga un reembolso por cuidado médico o por servicios que ya usted recibió o por los que ya pagó?

Puede enviarnos la factura. Pase a la **Sección 5.5** de este capítulo.

SECCIÓN 6 ¿Cómo preguntar a nosotros para cubrir una estadía de mayor duración en el hospital si usted entiende que el médico le esta dando de alta muy pronto?

Cuando usted es admitido a un hospital, usted tiene el derecho de obtener todos los servicios cubiertos de hospital que son necesarios para diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión. Para más información sobre la cubierta del plan para su cuidado en el hospital, ver el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de beneficios médicos (que está cubierto y cuanto debes pagar)*.

Durante su estadía en el hospital, su médico y el personal del hospital estarán trabajando con usted para prepararte para el día que saldrá del hospital. Ellos además te ayudaran a hacer los arreglos para el cuidado que puedas necesitar luego que salgas del hospital.

- El día que usted sale del hospital se le llama “fecha de alta.” Nuestra cubierta del plan para la estadía en el hospital terminará en esa fecha.
- Cuando su fecha de alta ha sido establecida, su médico o el personal del hospital te lo informará.
- Si usted piensa que su salida del hospital es muy pronto, usted puede preguntar por una estadía de más duración en el hospital y su solicitud será considerada. Esta Sección te explica cómo preguntar.

Sección 6.1 Durante su estadía en el hospital, usted recibirá de parte de Medicare una notificación escrita que le habla sobre sus derechos

Durante su estadía en el hospital, a usted se le facilitará una notificación escrita llamada *Mensaje importante de Medicare sobre tus derechos*. Todo beneficiario de Medicare obtiene una copia de esta notificación cuando es admitido a un hospital. Una persona en el hospital está supuesta a facilitársela dentro de dos días después que ha sido admitido.

- 1. Lea esta notificación cuidadosamente y haga preguntas si no lo entiende.** Le informa a usted cuales son sus derechos como paciente de un hospital, incluyendo:
 - Su derecho de recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estadía en el hospital, como fue ordenada por su médico. Esto incluye el derecho a saber cuales son estos servicios, quien pagará por ellos, y cuando los puede obtener.
 - Su derecho a involucrarte en cualquier decisión relacionada sobre su estadía en el hospital, y saber quien pagará por ello. Donde reportar cualquier preocupación que usted tenga sobre la calidad del cuidado en el hospital.
 - Que hacer si tu piensas que vas a ser dado de alta muy pronto.

Términos Legales	La notificación escrita de Medicare te indica como puedes “ hacer una apelación. ” Hacer una apelación es una vía legal formal para preguntar en extender la fecha de alta para que su cuidado en el hospital sea cubierto por un periodo de mayor duración. (Abajo en la Sección 7.2 le explica como hacer esta apelación)
-------------------------	--

2. Usted debe firmar la notificación escrita para demostrar que usted recibió y entiende sus derechos.

- Usted o alguien que actúe de su parte debe firmar la notificación. (Sección 4 de este capítulo le dice como puede dar autorización por escrito a alguien más que actúe como su representante.)
- Firme la notificación *solo* si ha recibido la información sobre sus derechos. La notificación no le da una fecha de alta (su médico o empleado del hospital le dará la fecha de su alta). Firmando la notificación **no significa** que usted esta de acuerdo con su fecha en la que fue dado de alta.

3. Conserve su copia de la notificación firmada para que usted tenga la información sobre como hacer una apelación (o reporte una preocupación sobre calidad de cuidado) a la mano si lo necesita.

- Si usted firma la notificación más de 2 días antes del día en el que saldrá del hospital, usted recibirá otra copia antes de su alta programada.
- Para ver una copia de esta notificación por adelantado, usted puede llamar a Servicio al Cliente o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227 o TTY: 1-877-486-2048). Usted también puede verla en línea en <http://www.cms.hhs.gov>

Sección 6.2	Paso-a-paso: Como someter una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha en la que será dado de alta del hospital
--------------------	--

Si usted quiere pedir que los servicios de hospital sean cubiertos por nuestro plan por más tiempo, usted necesitara utilizar el proceso de apelaciones para hacer esta petición. Antes de que comience, entienda que usted necesita hacer y cuales son las fechas límites.

- **Siga el proceso.** Cada paso en los primeros dos niveles del proceso de apelaciones esta explicado abajo.
- **Cumpla con las fechas límite.** Las fechas límite son importantes. Asegúrese de que usted entiende y sigue las fechas límite que aplican a cosas que debe hacer usted.
- **Pida ayuda si la necesita.** Si usted tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, favor de llamar a Servicio al Cliente (los números de teléfono están en la cubierta de este manual). O llame a su Programa de Asistencia de Seguros de Salud

del Estado, que es una organización gubernamental que provee asistencia personalizada (vea la Sección 2 de este capítulo).

Durante una apelación de Nivel 1, la organización para el Mejoramiento de Calidad revisa su apelación. Verifica para ver si la fecha de su alta planificada es médicamente apropiada para usted.

Términos Legales	Cuando usted comienza el proceso de apelaciones sometiendo la apelación, a esto se le llama “primer nivel de apelaciones” o “Nivel 1 de Apelaciones.”
-------------------------	---

Paso 1: Contacte la organización para el Mejoramiento de Calidad de su estado y solicite una “revisión rápida” de su alta de hospital. Usted debe actuar con rapidez.

Términos Legales	Una “revisión rápida” es también llamada una “revisión inmediata” o una “revisión expedita.”
-------------------------	--

¿Que es una organización para el Mejoramiento de Calidad?

- Esta organización es un grupo de médicos y otros profesionales de cuidado de salud los cuales son pagados por el gobierno Federal. Estos expertos no son parte de nuestro plan. Esta organización es pagada por Medicare para verificar y ayudar a mejorar la calidad del cuidado de las personas con Medicare. Esto incluye el revisar las fechas de las altas de los hospitales para personas con Medicare.

¿Como puede usted contactar esta organización?

- La notificación por escrito que usted recibió (*Un Mensaje Importante de Medicare*) le dice como contactar esta organización. (O encontrando el nombre, dirección, y número de teléfono de la organización para el Mejoramiento de Calidad de su estado en el Capítulo 2, Sección 4, de este manual.)

Actúe con rapidez:

- Para someter su apelación, usted debe contactar la organización para el Mejoramiento de Calidad *antes* de que usted salga del hospital **no mas tarde de la fecha del alta planificada.** (Su “fecha planificada de alta” es la fecha en la que se ha programado para salir del hospital.)
 - Si usted cumple con estas fechas limite, usted esta permitido a quedarse en el hospital *luego* de su fecha de alta *Sin paga por eso* mientras usted espera recibir la contestación de su apelación de la Organización para el Mejoramiento de Calidad.

- Si usted *no* cumple con estas fechas límite, y usted decide quedarse en el hospital luego de la fecha planificada de su alta, *usted tendrá que pagar el costo total del cuidado en hospital que usted reciba luego de la fecha planificada de su alta.*
- Si usted deja pasar las fechas límite para contactar la Organización de Mejoramiento de Calidad con relación a su apelación, usted entonces puede solicitar una apelación directamente a su plan. Para mas detalles sobre como someter su apelación, vea la Sección 7.4.

Solicite una “revisión rápida”:

- Usted debe de solicitar a la organización de Mejoramiento de Calidad por una **“revisión rápida”** por su alta. Solicitar una “revisión rápida” significa que usted esta solicitándole a la organización que use las fechas limites “rápida” en vez de usar las fechas limites estándar.

Términos Legales	Una “revisión rápida” es también llamada “revisión inmediata” o una “revisión expedita.”
-------------------------	--

Paso 2: La organización de Mejoramiento de Calidad conduce una revisión independiente de su caso.

¿Que sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la organización de Mejoramiento de Calidad (le llamaremos “los evaluadores”) le solicitaremos a usted (o su representante) por que usted entiende que los servicios debieran de ser cubiertos. Usted no tiene que preparar nada por escrito, pero lo puede hacer si lo desea.
- El evaluador también mirara la información médica, hablara con su médico, y evaluara la información que el hospital y su plan le han dado.
- Durante este proceso de evaluación, a usted también se le notificara por escrito la fecha de su alta planificada y le explicara las razones de por que su médico, el hospital, y su plan piensan que esta correcto (medicamento apropiado) el darle de alta en esa fecha.

Términos Legales	Esta explicación por escrito es llamada la “ notificación Detallada del Alta. ” Usted puede recibir una muestra de esta notificación llamando a Servicio al Cliente o 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227, 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.) O usted puede obtener la muestra de la notificación en línea en http://www.cms.hhs.gov/BNI/
-------------------------	--

Paso 3: Un día después luego de tener toda la información necesaria, la organización de Mejoramiento de Calidad le dará una contestación a su apelación.

¿Que su la contestación es si?

- Si la organización evaluadora contesta si a su apelación, **nuestro plan debe continuar proveyéndole con los servicios de hospital cubiertos por el tiempo que estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando su parte de los costos (tales como los deducibles o copagos, si esto aplica). En adición, tal vez tenga limitaciones en sus servicios de hospital cubiertos. (Vea el Capítulo 4 de este manual).

¿Que pasa si la contestación es no?

- Si la organización evaluadora contesta *no* a su apelación, ellos están diciendo que su alta planificada es médicamente apropiada. (Diciendo *no* a su apelación es también llamado *rechazando* su apelación.) Si esto ocurre, **nuestra cubierta del plan por los servicios de hospital terminarán** al medio día del día *después* en que la organización para el Mejoramiento de Calidad le de su contestación a su apelación.
- Si usted decide quedarse en el hospital, entonces **usted podría tener que pagar el costo total** del cuidado en el hospital que recibió después del medio día del día después en que la organización para el Mejoramiento de Calidad le da la contestación a su apelación.

Paso 4: Si la contestación a su apelación del Nivel 1 es no, usted decide hacer otra apelación.

- Si la Organización de Mejoramiento de Calidad ha rechazado su apelación, y usted se queda en el hospital luego de la fecha de su alta planificada, entonces usted podría hacer otra apelación. Someter otra apelación significa que usted esta entrando al “Nivel 2” del proceso de apelaciones.

Sección 6.3	Paso-a-paso: Como someter una apelación del Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital
--------------------	--

Si la Organización para el Mejoramiento de Calidad ha rechazado su apelación, y usted se queda en el hospital luego de la fecha del alta planificada, entonces usted puede someter una apelación del Nivel 2. Durante la apelación del Nivel 2, usted le solicita a la organización para el Mejoramiento de Calidad que observe nuevamente la decisión que tomaron con relación a su apelación inicial.

Aquí están los pasos para el Nivel 2 del proceso de apelaciones:

Paso 1: Contacte la organización para el Mejoramiento de Calidad otra vez y solicite otra evaluación.

- Usted debe solicitar esta evaluación **dentro de 60 días** luego del día en la Organización para el Mejoramiento de Calidad contesto *no* a su Apelación de Nivel 1. Usted solo puede solicitar esta evaluación si usted se quedo en el hospital luego de la fecha en la cual su cubierta finalice.

Paso 2: La calidad de organización de Mejoramiento de Calidad conduce una segunda evaluación de su situación.

- Los evaluadores de la Organización para el Mejoramiento de Calidad le darán otro cuidadoso vistazo a toda la información relacionada a su apelación.

Paso 3: Dentro de 14 días, los evaluadores de la organización de Mejoramiento de Calidad decidirán sobre su apelación y le dejara saber sobre su decisión.

Si la organización evaluadora contesta que si:

- **Nuestro plan le debe rembolsar** por nuestra parte de los costos por cuidado en el hospital que recibió desde el medio día del día después de la fecha en la que fue denegada su primera apelación por la Organización para el Mejoramiento de Calidad. **Nuestro plan debe continuar proveyéndole cubierta** por el cuidado de hospital por el tiempo que sea médicamente necesario.
- Usted debe continuar pagando su parte de los costos compartidos y limitaciones de cubierta pueden aplicar.

Si la organización evaluadora contesta no:

- Significa que ellos están de acuerdo con la decisión que tomaron en el Nivel 1 de Apelaciones y no lo cambiaran. A esto se le llama “retener la decisión.” también se le llama “rechazando su apelación.”
- La notificación por escrito que recibirá lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de evaluación. Le dará detalles sobre como pasar al próximo nivel de apelaciones, lo cual es manejado por un juez.

Paso 4: Si la contestación es no, usted necesitara decidir si quiere tomar su apelación al Nivel 3.

- Existen tres niveles adicionales del proceso de apelación, luego del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelaciones). Si el evaluador de la organización rechaza su apelación del Nivel 2, usted puede elegir si acepta la decisión o si pasa al Nivel 3 y hace otra apelación. En el Nivel 3 podrá hacer otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es evaluada por un juez.

- En la Sección 9 de este capítulo le dirá más sobre el Nivel 3, 4, y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 6.4	Que si usted deja perder la fecha limite para someter su apelación del Nivel 1?
--------------------	--

Usted puede apelarle a nuestro plan en vez

Como se explicó en la Sección 7.2, usted debe actuar con rapidez para contactar la Organización para el Mejoramiento de Calidad y comenzar con su primera apelación del alta del hospital. (“Rápidamente” significa antes de que salga del hospital y no mas tarde de su fecha del alta planificada). Si usted deja pasar la fecha límite para contactar esta organización, hay otra manera de someter su apelación.

Si usted usa otra manera para someter su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes.*

Paso-a-paso: Como someter una apelación *Alternativa* del Nivel 1

Si usted pierde la fecha límite para contactar la Organización para el Mejoramiento de Calidad, usted puede someter una apelación a nuestro plan, solicitando una “evaluación rápida.” Una evaluación rápida es una apelación que utiliza las fechas límites en vez de las fechas límites estándar.

Términos Legales	Una evaluación “rápida” (o “apelación rápida”) es también llamada una “ evaluación expedita ” (o “ apelación expedita ”).
-------------------------	---

Paso 1: Contacte nuestro plan y solicite una “evaluación rápida.”

- Para detalles sobre como contactar nuestro plan, vaya al Capítulo 2, Sección 1 y busque la Sección llamada, *Como contactar nuestro plan cuando este usted solicitando una apelación sobre su cuidado medico.*
- **Asegúrese de solicitar una “evaluación rápida.”** Esto significa que usted esta solicitándonos una contestación usando las fechas límites “rápidas” en vez de las fechas límites “estándar”.

Paso 2: Nuestro plan hará una evaluación “rápida” de su fecha de alta planificada, verificando si fue médicamente apropiada.

- Durante esta evaluación, nuestro plan revisa toda la información sobre su estadía en el hospital. Nosotros verificamos que su fecha de alta planificada. Nosotros

verificaremos para ver si la decisión sobre si usted debe salir del hospital fue justa y si se siguieron las reglas.

- En esta situación, nosotros usaremos las fechas límites “rápidas” en vez de las fechas límites para estándar para darle una contestación a esta evaluación.

Paso 3: Nuestro plan le da una decisión dentro de 72 horas luego de habernos solicitado una “evaluación rápida” (“apelación rápida”).

- **Si nuestro plan le contesta si a su apelación**, significa que estamos de acuerdo con usted que usted todavía necesita permanecer en el hospital luego de su fecha de alta, y continuara su cubierta de servicios provisto por el tiempo que sea médicamente necesario. también significa que hemos acordado reembolsarle por su parte de costos por cuidados que ha recibido desde el día en que le dijimos que su cubierta terminaría. (Usted debe pagar la parte de los costos compartidos y límites de cubierta pueden aplicar.)
- **Si nuestro plan le contesta no a su apelación rápida**, nosotros le estamos dejando saber que su alta del hospital fue médicamente apropiada. Nuestra cubierta por los servicios de su hospitalización terminará el día en que nosotros dijimos que terminaría.
- Si usted permaneció en el hospital *luego* de la fecha planificada de su alta, entonces **usted tendría que pagar el costo total** del cuidado del hospital que recibió luego de la fecha del alta planificada.

Paso 4: Si nuestro plan contesta *no* a su apelación rápida, su caso entonces *automáticamente* será pasado al próximo nivel del proceso de apelaciones.

- Para estar seguros de que estamos siendo justos cuando le contestamos no a su apelación rápida, **a nuestro plan se le requiere enviar su apelación a la “Organización Independiente de evaluación.”** Cuando nosotros hacemos esto, significa que usted esta *automáticamente* pasando al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso- a- Paso: ¿Como hacer una apelación *Alternativa* del Nivel 2?

Si nuestro plan contesta que no a su apelación del Nivel 1, su caso pasara *automáticamente* al próximo nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación del Nivel 2, la **Organización Independiente de evaluación** evaluara la decisión que nuestro plan tomo cuando le contestamos negativamente a su “apelación rápida.” Esta organización decide si la decisión que nosotros tomamos podría ser cambiada.

Términos Legales	El nombre formal para “organización Independiente de evaluación” es la “ Entidad Independiente de evaluación. ” Es a veces llamado el “ IRE. ”
-------------------------	--

Paso 1: Nosotros automáticamente pasaremos adelante su caso a la organización de evaluación Independiente.

- Nosotros estamos requeridos a enviar la información para su apelación del Nivel 2 a la organización de evaluación Independiente dentro de 24 horas cuando le contestamos no a su primera apelación. (Si usted piensa que nosotros no estamos cumpliendo con estas fechas límites u otras fechas límites, usted puede someter una queja. El proceso de quejas es diferente al del proceso de apelaciones. Sección 10 de este capítulo le dice como someter una queja.)

Paso 2: La organización de evaluación Independiente hace una “evaluación rápida” de su apelación. Los evaluadores le darán a usted una contestación dentro de 72 horas.

- **La organización de evaluación Independiente es una organización independiente externa la cual es contratada por Medicare.** Esta organización no esta conectada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía escogida por Medicare para manejar el trabajo de ser quien vigile el trabajo de la organización de Evaluación Independiente.
- Los evaluadores de la Organización de evaluación Independiente tomara una Mirada cuidadosa a toda la información relacionado con su apelación por su alta del hospital.
- **Si esta organización contesta *si* a su apelación,** entonces nuestro plan deberá reembolsarle a usted (pagarle de vuelta) por su parte de los costos de cuidados de hospital que recibió desde la fecha de su alta planificada. Nosotros también continuaremos brindando cubierta por los servicios de hospital por el tiempo que sea médicamente necesario. Usted debe continuar pagando su parte de los costos. Si hay limitaciones de cubierta, estas podrían limitar cuanto le reembolsaremos o por cuanto tiempo cubriremos sus servicios.
- **Si esta organización contesta *no* a su apelación,** esto significa que ellos están de acuerdo con nuestro plan de que el alta planificada del hospital era médicamente apropiado. (Esto es llamado “absteniéndose de la decisión.” también es llamado “rechazando su apelación.”)
 - La notificación que usted recibe de la organización de evaluación Independiente le dirá por escrito lo que usted puede hacer si desea continuar con el proceso de evaluación. Le dará a usted los detalles sobre como pasar al Nivel 3 de Apelaciones, el cual es manejado por un juez.

Paso 3: Si la organización de evaluación Independiente rechaza su apelación, usted puede escoger si quiere llevar mas haya su apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si los evaluadores dicen no a su Nivel 2 de

Apelaciones, usted decide si acepta su decisión o si va al Nivel 3 y solicita una tercera apelación.

- Sección 9 en este capítulo le dirá más sobre los Niveles 3, 4, y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Como solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted piensa que su cubierta esta terminando muy rápido

Sección 7.1	<i>Esta Sección es sobre <u>solo</u> tres servicios:</i> Cuidado de Salud en el Hogar, facilidad de enfermería diestra, y servicios en Facilidad de Rehabilitación Ambulatoria (CORF).
--------------------	--

Esta Sección es sobre *solo* los siguientes tipos de cuidado:

- **Servicios de cuidado de salud en el hogar** que usted esta recibiendo.
- **Cuidado de enfermería diestra** que usted esta recibiendo como paciente en una facilidad de enfermería diestra. (Para saber sobre requerimientos para ser considerado una “facilidad de enfermería diestra,” vea el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes.*)
- **Cuidado de Rehabilitación** que usted esta recibiendo como paciente ambulatorio en una Facilidad de Rehabilitación Comprensiva Ambulatoria aprobada por Medicare (CORF). Usualmente, esto significa que usted esta recibiendo tratamiento por una enfermedad o accidente, o usted se esta recuperando de una cirugía mayor. (Para mas información sobre este tipo de facilidad, vea el Capítulo 12, *Definición de palabras importantes.*)

Cuando usted esta recibiendo tres tipos de cuidado, usted tiene el derecho de continuar recibiendo sus servicios cubiertos por ese tipo de cuidado por el tiempo que sea necesario para diagnosticar y tratar su enfermedad o herida. Para mas información de los servicios cubiertos, incluyendo en costo compartido y cualquier limitación de cubierta que apliquen, vea el Capítulo 4 de este manual: *Tabla de beneficios médicos (lo que esta cubierto y lo que usted paga).*

Cuando nuestro plan decida que es tiempo para parar de cubrir cualquiera de los tres tipos de cuidados para usted, nosotros estamos requeridos a decirle a usted por adelantado. Cuando su cubierta para ese cuidado termina, *nuestro plan parara de pagar por su parte de los costos compartidos por su cuidado.*

Si usted piensa que nosotros estamos terminando de cubrir sus cuidados muy rápido, **usted puede apelar nuestra decisión.** Esta Sección le dice como solicitarlo.

Sección 7.2 Nosotros le dejaremos saber por adelantado cuando su cubierta terminará.

1. Usted recibe una notificación por escrito. Por lo menos dos días antes de que nuestro plan vaya a parar de cubrir por su cuidado, la agencia o facilidad que le esta proveyendo cuidados le notificara.

- La notificación por escrito le dirá la fecha en la que nuestro plan dejara de cubrir por sus cuidados.

Términos Legales	En esta notificación escrita, nosotros le dejaremos saber sobre “decisión de cubierta” nosotros hemos decidido sobre cuando parar de cubrir su cuidado. (Para mas información sobre decisión de cubierta, vea la Sección 4 en este capítulo.)
-------------------------	--

- La notificación por escrito le dirá lo que puede hacer si quiere solicitarle a nuestro plan que cambie esta decisión sobre cuando terminar su cuidado, y continuar cubriéndole por un periodo de tiempo mas largo.

Términos Legales	Le dirá lo que puede hacer, la notificación por escrito le dirá como usted puede “someter una apelación.” Solicitando una apelación es manera formal, legal para solicitarle cambios que hemos hecho sobre cuando detener sus cuidados. (La Sección 8.3 abajo le dice como usted puede someter una apelación.)
-------------------------	---

Términos Legales	La notificación por escrito es llamada “notificación de NO-Cubierta de Medicare.” Para obtener un ejemplo, llame a Servicio al Cliente o 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227, 24 horas al día, 7 días de la semana. Usuarios de TTY debe de llamar al 1-877-486-2048.). O vea una copia en línea http://www.cms.hhs.gov/BNI/
-------------------------	--

2. Usted debe de firmar la notificación escrita para mostrar que lo recibió.

- Usted o alguien quien esta actuando de su parte debe de firmar la notificación. (La Sección 4 le dice como puede dar permiso por escrito para que alguien más actúe como su representante.)

- Firmando la notificación le muestra *solo* lo que ha recibido la información sobre cuando parara su cubierta. **Firmarla no significa que usted esta de acuerdo** con el plan de que es hora de parar de recibir cuidados.

Sección 7.3	Paso-a-paso: Como someter una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cobra sus cuidados por un tiempo mas largo
--------------------	--

Si usted quiere solicitarnos que cubramos sus cuidados para un periodo de tiempo mas largo, usted necesita usar el proceso de apelaciones para hacer esta solicitud, usted necesitara usar el proceso de apelaciones para hacer esta solicitud. Antes de que empiece, entienda que usted necesita hacer y cuales son sus fechas límites.

- **Siga el proceso.** Cada paso en los primeros dos niveles del proceso de apelación son explicados abajo.
- **Cumpla con sus fechas límites.** Las fechas límites son importantes. Asegúrese que usted entiende y sigue las fechas límites que aplican dos cosas que debe hacer. también hay fechas limites que nuestro plan debe de seguir. (Si usted piensa que nosotros no estamos cumpliendo con nuestras fechas limites, usted puede someter una queja. La Sección 10 de este capítulo le dice como someter una queja.)
- **Solicite ayuda si la necesita.** Si usted tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, favor de llamar a Servicio al Cliente (los números de teléfono están en el frente de este manual). O llame a su Programa Estatal de Asistencia de Seguro de Salud, una organización gubernamental que le provee asistencia personalizada (vea la Sección 2 de este capítulo).

Durante la apelación de Nivel 1, la organización de Mejoramiento de Calidad revisara su apelación y decidirá cuando cambiar la decisión hecha por nuestro plan.

Términos Legales	Cuando usted comienza el proceso de apelaciones, es llamado el “primer nivel de aprobación” o “apelación de Nivel 1”
-------------------------	--

Paso 1: Someta su apelación del Nivel 1: contacte la organización de Mejoramiento de Calidad de su estado y solicite una evaluación. Usted debe actuar con rapidez.

¿Que es la organización de Mejoramiento de Calidad?

- Esta organización es un grupo de médicos y otros expertos del cuidado de la salud los cuales están siendo pagados por el gobierno Federa. Estos expertos no son parte de nuestro plan. Ellos verifican la calidad de los cuidados recibidos por las personas con Medicare y evalúan las decisiones sobre cuando será el momento para detener las cubiertas de ciertos tipos de cuidados médicos.

¿Cómo puede usted contactar esta organización?

- La notificación escrita que usted recibió le dice como comunicarse con esta organización. (O encontrar el nombre, dirección, y número de teléfono de la organización para el Mejoramiento de Calidad de su estado en el Capítulo 2, Sección 4, de este manual.)

¿Que de preguntar?

- Solicítele a esta organización que haga una evaluación independiente de que si es médicamente apropiado para nuestro plan finalizar la cubierta de sus servicios médicos.

Su fecha limite para contactar esta organización.

- Usted debe contactar la Organización para el Mejoramiento de Calidad para comenzar su apelación *no mas tarde del medio día del día después en que fue recibido la notificación escrita diciéndole a usted cuando pararíamos de cubrir sus cuidados.*
- Si usted deja pasar las fechas limites para contactar la Organización para el Mejoramiento de Calidad sobre su apelación, entonces usted puede someter su apelación directamente a nuestro plan. Para detalles sobre esta otra manera de someter su apelación, vea la Sección 8.4.

Paso 2: La organización para el Mejoramiento de Calidad conduce una evaluación independiente de su caso.

¿Que sucede durante esta evaluación?

- Los profesionales de la salud en la Organización de Mejoramiento de Calidad (nosotros le llamaremos “los evaluadores” cortamente) le preguntaran a usted (o a su representante) por que usted entiende que los servicios deben de continuar siendo cubiertos. Usted no tiene que preparar nada por escrito, pero lo puede hacer si lo desea.
- La organización evaluadora también le echarán un ojo a su información médica, hablaran con sus médicos, y evaluaran información que nuestro plan le ha dado a ellos.
- Durante este proceso de evaluación, usted también recibirá notificación por escrito del plan que le da nuestras razones para querer terminar con la cubierta de los servicios.

Términos Legales	Esta notificación de explicación es llamada “ explicación Detallada de No-Cubierta. ”
-------------------------	--

Paso 3: Dentro del día completo luego de que tengan toda la información que necesitan, los evaluadores le darán su decisión.

¿Que pasa si los evaluadores le dicen que si a su apelación?

- Si los evaluadores contestan que *si* a su apelación, entonces **nuestro plan debe continuar proveyéndole su cubierta de servicios por tanto sea médicamente necesario.**
- Usted tendrá que pagar su parte de los costos compartidos (tales como deducibles y copagos, si aplican). En adición, tal vez hayan limitaciones en su cubierta de servicios (vea el Capítulo 4 de este manual).

¿Qué sucede si los evaluadores contestan no a su apelación?

- Si los evaluadores contestan que *no* a su apelación, entonces **su cubierta terminará en la fecha en la que se le dijo.** Nuestro plan dejara de pagar su parte de los costos compartidos por estos cuidados.
- Si usted decide continuar recibiendo los cuados de salud en el hogar, o cuidados en una facilidad de enfermería diestra, o Facilidad de Rehabilitación Comprensiva Ambulatoria (CORF) estos servicios terminarán cubierta *luego* de esta fecha, entonces **usted tendrá que pagar el costo total** de estos usted mismo.

Paso 4: Si la contestación a su apelación del Nivel 1 de Apelaciones es no, usted decide si quiere someter otra apelación.

- Esta primera apelación que somete es del “Nivel 1” del proceso de apelaciones. Si los evaluadores contestan que *no* a su apelación del Nivel 1 - y usted elige continuar con su cubierta por los cuidados luego de que su cubierta ha terminado – entonces usted puede someter otra apelación.
- Solicitando otra apelación significa que usted va ha pasar al “Nivel 2” de el proceso de apelaciones.

Sección 7.4	Paso-a-paso: Como someter una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra mas tiempo sus cuidados
--------------------	---

Si la organización de Mejoramiento de Calidad ha rechazado su apelación y usted elige continuar recibiendo los cuidados luego de que su cubierta termine, entonces usted puede someter una apelación en el Nivel 2. Durante la apelación del Nivel 2, usted le solicita a La Organización para el Mejoramiento de Calidad que revise una vez más la decisión que han tomado con relación a su primera apelación.

Aquí están los pasos para el proceso de apelaciones del Nivel 2:

Paso 1: Usted contacta nuevamente la organización para el Mejoramiento de Calidad y solicite otra revisión.

- Usted debe solicitar esta evaluación **dentro de 60 días** luego del día en que la organización para el Mejoramiento de Calidad conteste que *no* a su apelación del Nivel 1. Usted puede solicitar esta evaluación solo si usted continua recibiendo cuidados luego de la fecha en que su cubierta debió haber terminado.

Paso 2: La organización para el Mejoramiento de Calidad hace una segunda evaluación de su situación.

- Los evaluadores de la organización para el Mejoramiento de Calidad darán otro cuidadoso vistazo a toda la información relacionada a su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días, los evaluadores de la organización para el Mejoramiento de Calidad decidirán sobre su apelación y le darán a usted su decisión.

¿Qué sucede si la organización evaluadora contesta que si a su apelación?

- **Nuestro plan debe rembolsarle** por nuestra parte de los costos compartidos que ha recibido desde la fecha en que le notificamos que su cubierta terminaría. **Nuestro plan debe continuar proveyéndole cubierta** por el cuidado por tanto sea mediadamente necesario.
- Usted debe de continuar pagando su parte de los costos compartidos y puede que hayan limitaciones de cubierta que apliquen.

¿Qué pasa si la organización evaluadora contesta que no?

- Esto significa que ellos están de acuerdo con la decisión que han tomado con relación a su apelación del Nivel 1 y no la cambiaran. (Esto es llamado “absteniéndose de la decisión” también es llamado “rechazando su apelación.”)
- La notificación que reciba por escrito le dirá lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de evaluación. Le dará los detalles sobre como pasar al próximo nivel de apelaciones, el cual es manejado por un juez.

Paso 4: Si la contestación es no, usted necesita decidir si quier tomar su apelación mas lejos.

- Hay tres niveles de apelaciones adicionales luego del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si los evaluadores rechazan su apelación del Nivel 2, usted

puede elegir aceptar esa decisión o si pasa al nivel 3 y somete otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es revisada por un juez.

- La Sección 9 en este capítulo le dirá más sobre los Niveles 3, 4, y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 7.5	¿Que si usted deja pasar las fechas limites para someter una apelación del Nivel 1?
--------------------	--

Usted puede apelar a nuestro plan

Como explicado arriba en la Sección 9.3, usted debe actuar con rapidez para contactar la organización para el Mejoramiento de Calidad para comenzar su primera apelación (dentro de un día o dos, lo mas). Si usted dejo pasar las fechas limites para contactar la organización, hay otra manera de someter su apelación. Si usted usa esta otra forma de someter su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes.*

Paso-a-Paso: Como hacer una apelación *Alternativa* del Nivel 1

Si usted deja pasar las fechas limites para contactar la organización para el Mejoramiento de Calidad, usted puede someter una apelación a nuestro plan, solicitando una “evaluación rápida” Una evaluación rápida es una apelación que utiliza las fechas limite rápidas en vez de las estándar.

Hay pasos para el Nivel 1 de Apelaciones:

Términos Legales	Una evaluación “rápida” (o “apelación rápida”) es también llamada una evaluación “expedita” (o “apelación expedita appeal”).
-------------------------	---

Paso 1: Contacte nuestro plan y solicite una “evaluación rápida.”

- Para detalles en como contactar nuestro plan, vaya al Capítulo 2, Sección 1 y busque la Sección llamada, *Como contactar nuestro plan cuando usted este solicitando una apelación sobre sus cuidados médicos.*
- **Asegúrese de solicitar una “evaluación rápida.”** Esto significa que usted nos esta solicitando que le contestemos usando las fechas limites “rápidas” en vez de las “estándar”.

Paso 2: Nuestro plan hace una evaluación “rápida” de la decisión que hemos tomado cuando detuvimos la cubierta de sus servicios.

- Durante esta evaluación, nuestro plan revisa otra vez toda la información sobre su caso. Nosotros verificaremos para ver si estamos siendo justos y si se siguieron todas las reglas cuando nosotros le notificamos la fecha en la que terminarán los servicios cubiertos que estaba recibiendo.
- Nosotros usaremos las fechas limites “rápidas” en vez de las fechas limites estándar para darle una contestación de esta evaluación. (Usualmente, si usted somete una apelación a nuestro plan y solicite una “evaluación rápida,” a nosotros se nos permite decidir si estamos de acuerdo con su solicitud y le damos una “evaluación rápida.” Pero en esta situación, las reglas nos requieren darle una respuesta rápida si la solicita.)

Paso 3: Nuestro plan le da nuestra decisión dentro de 72 horas luego de haber solicitado una “evaluación rápida” (“apelación rápida”).

- **Si nuestro plan contesta que si a una apelación rápida,** esto significa que nosotros estamos de acuerdo con usted de que necesita los servicios por mas tiempo, y continuaremos proveyéndole los servicios cubiertos por tanto sea médicamente necesario. también significa que hemos acordado a reembolsarle por su parte de los costos compartido por los cuidados que ha recibido desde la fecha en que le dijimos que su cubierta terminaría. (Usted debe de pagar su parte de los costos compartidos y tal vez hayan limitaciones de cubiertas que apliquen.)
- **Si nuestro plan le contesta que no a su apelación rápida,** entonces su cubierta terminará en la fecha en que le dijimos y nuestro plan no pagará luego de esta fecha. Nuestro plan dejara de pagar su parte de los costos compartidos por estos cuidados.
- Si usted decide continuar recibiendo los cuados de salud en el hogar, o cuidados en una facilidad de enfermería diestra, o Facilidad de Rehabilitación Comprensiva Ambulatoria (CORF) estos servicios terminarán cubierta *luego* de esta fecha, entonces **usted tendrá que pagar el costo total** de estos usted mismo.

Paso 4: Si nuestro plan contesta que *no* a su apelación rápida, su caso automáticamente pasa al próximo nivel del proceso de apelaciones.

- Para estar seguro de que fuimos justos cuando decidimos contestar no a su primera apelación, **nuestro plan esta requerido a enviar su apelación a la “Organización de evaluación Independiente.”** Cuando nosotros hacemos eso, esto significa que usted esta *automáticamente* pasando al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso- a- Paso: Como solicitar una apelación Alterna del Nivel 2

Si nuestro plan contesta que no a su apelación del Nivel 1, su caso será *automáticamente* enviado al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación del Nivel 2, la **organización de evaluación Independiente** evalúa la decisión que tomo nuestro plan cuando contesto que no

a su “apelación rápida.” Esta organización decide si la decisión que tomamos debe de ser cambiada.

Términos Legales	El nombre formal para la “organización de evaluación Independiente” es la “ Entidad de evaluación Independiente. ” Es a veces llamada “ IRE. ”
-------------------------	--

Paso 1: Nosotros automáticamente pasamos su caso a la organización de evaluación Independiente.

- A nosotros se nos requiere que enviemos la información para su apelación del Nivel 2 a la Organización de evaluación Independiente dentro de 24 horas a partir de que le notifiquemos que no a su primera apelación. (Si usted piensa que no estamos cumpliendo con estas fechas límites u otras fechas límites, usted puede someter otra queja. El proceso de quejas es diferente del proceso de apelaciones. La Sección 1 de este capítulo le dirá como someter una queja.)

Paso 2: La organización de evaluación Independiente hace una “evaluación rápida” de su apelación. Los evaluadores le darán una contestación dentro de 72 horas.

- **La organización de evaluación Independiente es una organización independiente externa la cual es contratada por Medicare.** Esta organización no esta conectada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía escogida por Medicare para manejar el trabajo de ser quien vigile el trabajo de la organización de Evaluación Independiente.
- Los evaluadores de la Organización de evaluación Independiente tomaran una Mirada cuidadosa a toda la información relacionado con su apelación.
- **Si esta organización contesta *si* a su apelación,** entonces nuestra plan deberá rembolsarle a usted (pagarle de vuelta) por su parte de los costos de cuidados de hospital que recibió desde la fecha de su alta planificada. Nosotros también continuaremos brindando cubierta por los servicios de hospital por el tiempo que sea médicamente necesario. Usted debe continuar pagando su parte de los costos. Si hay limitaciones de cubierta, estas podrían limitar cuanto le rembolsaremos o por cuanto tiempo cubriremos sus servicios.
- **Si esta organización contesta *no* a su apelación,** esto significa que ellos están de acuerdo con nuestro plan de que el alta planificada del hospital era médicamente apropiado. (Esto es llamado “absteniéndose de la decisión.” también es llamado “rechazando su apelación.”)
 - La notificación que usted recibe de la organización de evaluación Independiente le dirá por escrito lo que usted puede hacer si desea continuar

con el proceso de evaluación. Le dará a usted los detalles sobre como pasar al Nivel 3 de Apelaciones.

Paso 3: Si la organización de evaluación Independiente rechaza su apelación, usted puede escoger si quiere llevar mas haya su apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2. Si los evaluadores dicen no a su Nivel 2 de Apelaciones, usted puede decidir decide si acepta esa decisión o si va someter otra apelación en el nivel 3. En el Nivel 3, su apelación será revisada por un juez.
- Sección 9 en este capítulo le dirá más sobre los Niveles 3, 4, y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Tomando su Apelación al Nivel 3 y más allá

Sección 8.1 Niveles de Apelación 3, 4, y 5 para Apelaciones
--

Esta SECCIÓN puede se apropiada para usted si usted ha sometido Apelación en el Nivel 1 y Nivel 2, y ambas Apelaciones han sido denegadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio medico por el cual apelo cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda pasar a un nivel adicional de apelaciones. Si el valor en dólares es menos del nivel mínimo, usted no puede apelar mas aya. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, la respuesta escrita que recibe a su Apelación del Nivel 2 le explica a quien contactar y que preguntar en el Nivel 3 de Apelaciones.

Para la mayoría de las situaciones que envuelven apelaciones, los últimos tres niveles de apelación trabajan mas o menos de la misma manera. Estos son los que manejan la evaluación de su apelación en cada una de estos niveles.

Nivel 3 de Apelación	Un juez que trabaja para el gobierno federal será quien evalúe su Apelación y le dará respuesta. Este juez es llamado un “Juez de Leyes Administrativas.”
Nivel 4 de Apelación	El Concilio de Apelaciones de Medicare evaluara su Apelación y le dará una respuesta. El Concilio de Apelaciones de Medicare trabaja para el gobierno Federal.
Nivel 5 de Apelaciones	Un juez en el Corte Federal de Distrito evaluara su Apelación. Este es el último paso del proceso de Apelaciones.

- Este es el último paso del proceso administrativo de Apelaciones.

SOMETIENDO QUEJAS

SECCIÓN 9 Como someter una queja sobre la calidad del cuidado, tiempos de espera, servicio al cliente, u otra preocupación



Si su problema es sobre decisiones relacionadas con sus beneficios, cubierta, o pagos, entonces esta SECCIÓN *no es para usted*. En vez, usted necesita seguir el proceso de decisión de cubierta. Vaya a la SECCIÓN 4 de este Capítulo.

Sección 9.1 ¿Qué tipo de problemas son manejados por el proceso de quejas?
--

Esta SECCIÓN explica cómo usar el proceso para someter una queja. Esta Sección explica cómo utilizar el proceso para someter quejas. El proceso de quejas es usado solo para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad del cuidado, tiempos de espera, y el servicio al cliente que recibe. Aquí hay ejemplos de los tipos de problemas que son manejados por el proceso de quejas.

Si usted tiene alguno de estos problemas,
puede “someter una queja”

Calidad de su cuidado médico

- ¿Esta disgustado con la calidad del cuidado médico que ha recibido (incluyendo cuidado médico en un hospital)?

Respeto a su privacidad

- ¿Usted entiende que alguien no respeto su derecho a privacidad o compartió información sobre usted que entiende debe ser confidencial?

Falta de respeto, servicio al cliente de pobre calidad o algún otro comportamiento negativo

- ¿Alguien ha sido grosero o irrespetuoso con usted?
- ¿Esta disgustado con la forma en que nuestro Departamento de Servicios al Cliente lo ha tratado?
- ¿Siente que lo están exhortando a desafilarse del plan?

Tiempos de espera

- ¿Ha tenido problemas para sacar una cita o ha esperado mucho tiempo para conseguirla?
- ¿Algún médico, farmacéutico o profesional de la salud ha hecho que espere demasiado tiempo? ¿O ha tenido que esperar demasiado por servicios al cliente o algún otro empleado de nuestro plan?
- Ejemplos incluyen esperar mucho en el teléfono, en la sala de espera, en la sala de pruebas o cuando busca un receta médica.

Limpieza

- ¿Esta disgustado con la limpieza o condición de una clínica, hospital u oficina médica?

Información que recibe de nuestro plan

- ¿Usted entiende que no le hemos enviado alguna notificación que estemos requeridos a enviarle?
- ¿Usted entiende que la información escrita que le hemos dado es difícil de entender?

Posibles quejas

(continuación)

Los siguientes tipos de quejas están relacionados a la *duración de tiempo* que tomamos en acciones referentes a decisiones de cubierta o apelaciones

El proceso de cómo solicitar una decisión de cubierta o someter una apelación se explica en las Secciones 4-9 de este capítulo. Si usted está solicitando una decisión o sometiendo una apelación, utilice ese proceso, no el proceso de quejas.

Sin embargo, si usted ya solicitó una decisión de cubierta o sometió una apelación, y entiende que el plan no responde con prontitud, usted puede someter una queja con respecto a nuestra tardanza. Aquí hay ejemplos:

- Si nos ha solicitado una “respuesta rápida” a una decisión de cubierta o apelación y nosotros le hemos dicho que no, usted puede someter una queja.
- Si entiende que nuestro plan no está cumpliendo con fechas límite para darle una decisión de cubierta o contestar una apelación que usted ha sometido, puede someter una queja.
- Hay fechas límites que aplican cuando se hace una revisión a una decisión de cubierta y se le indica a nuestro plan que debemos cubrir o hacerle un reembolso por ciertos servicios médicos o medicamentos. Si usted entiende que no estamos cumpliendo con estas fechas límite, puede someter una queja.
- Cuando nuestro plan no le provee una decisión a tiempo, estamos requeridos a enviarle su caso a una Organización de Revisión Independiente. Si no lo hacemos durante el tiempo límite requerido, puede someter una queja.

Sección 9.2 El nombre formal para “someter una queja” es “someter una querella”

Términos Legales

- Lo que esta SECCIÓN llama una “**queja**” es también llamada “**querella.**”
- Otro termino para “**someter una queja**” es “**someter una querella.**”
- Otra manera de decir “**usando el proceso de quejas**” es “**usando el proceso para someter una querella.**”

Sección 9.3 Paso a paso: Sometiendo una queja

Paso 1: Contáctenos prontamente – ya sea por teléfono o por escrito.

Usualmente, llamando a Servicios al Cliente es el primer paso. Si hay algo más que necesita hacer, Servicios al Cliente le dejara saber. Favor de llamar a nuestra línea de servicio 1-888-620-1919 (llamadas a este numero son gratis)

TTY: 1-866-620-2520, Lunes a Domingo de 8:00 am a 8:00pm

- **Si usted no desea llamar (o usted llama y no fue satisfactoria), usted puede poner su queja por escrito y enviarlo a nosotros.** Si usted hace esto, significa que nosotros usaremos nuestro *proceso formal* para contestar querellas. Así es como funciona:

Si tiene una queja, usted o su representante pueden llamar al número de teléfono que aparece en la Parte C Querellas o la Parte D de Querellas. Trataremos de resolver cualquier queja que tenga por teléfono. Si solicita una respuesta por escrito a su queja por teléfono, le responderemos por escrito. **Si no puede resolver su queja por teléfono, tenemos un procedimiento formal para revisar quejas. Le llamamos procedimiento de Querellas.** Toda queja será resuelta en 30 días. Si su salud, vida o habilidad de recuperar funciones al máximo se vería afectada por el proceso estándar, expediremos su querella y la resolveremos en 72 horas. Puede comunicarse con Servicio al Cliente llamando al número que aparece en la portada de este folleto. También puede enviar su queja escrita por fax al 797-620-0929; enviarla por correo a American Health Medicare, PO Box 11320, San Juan, Puerto Rico 00922 o visitarnos en Metro Office Park, Lote 18, Suite 300, Guaynabo, Puerto Rico 00966. Si usted ha designado un representante para que someta su queja o querella, él/ella tendrá que presentar una Declaración de Designación que incluya su nombre, su número de Medicare, una declaración que designe a la persona como su representante (“Yo, (nombre del afiliado) designo a (nombre del representante) para actuar como mi representante para someter una queja a mi nombre. Usted

y su representante tienen que firmar y fechar el documento. Si no provee este documento, nuestra respuesta podría retrasarse.

A usted o a su representante se le pedirá que firme un Relevó de Récord Médico si American Health Medicare piensa que es necesario verlos para poder resolver su queja/querella.

Nosotros tenemos que notificarle nuestra decisión respecto a su queja tan pronto como su caso lo requiera basado en su estado de salud, pero no más tarde de 30 días calendario a partir de recibir su queja. Este límite de tiempo podría extenderse por hasta 14 días más, si usted solicita la extensión o si nosotros justificamos la necesidad de información adicional y el retraso va en su mejor interés. Si usted está insatisfecho con nuestra determinación y su queja/querella no era con relación a calidad de cuidado o calidad de servicio, usted puede solicitar una vista ante el Comité de Manejo de Calidad. La vista se pautará para 14 días calendario a partir de su solicitud. A usted se le notificará la fecha de la vista al menos 5 días laborables previos a la visita. Asuntos de calidad de cuidado/calidad de servicio son resueltos a través del Comité de Revisión de Iguales y a usted se le notificará el resultado por escrito.

Debemos manejar su querella tan rápido como requiera su caso basado en su estatus de salud, pero no mas tarde de 30 días luego de recibir su queja. Podemos extender el periodo hasta unos 14 días si usted solicita una extensión o si justificamos la necesidad de información adicional y el atraso es en su mejor interés.

La querella debe ser sometida dentro de 60 días del incidente. Debemos manejar su querella tan rápido como requiera su caso basado en su estatus de salud, pero no mas tarde de 30 días luego de recibir su queja. Podemos extender el periodo hasta unos 14 días si usted solicita una extensión o si justificamos la necesidad de información adicional y el atraso es en su mejor interés.

- **Así sea llamando o escribiendo, usted debería contactar Servicios al Cliente de inmediato.** La queja deberá ser hecha dentro de 60 días después de que tuvo su problema por el cual se quejo.
- **Si usted está sometiendo una queja por nosotros haber negado su solicitud de “respuesta rápida” para una decisión de cubierta o apelación, nosotros automáticamente le dimos una queja “rápida”.** Si usted tiene una queja “rápida”, esto significa que nosotros le daremos **una contestación dentro de 24 horas.**

Términos Legales	Lo que esta SECCIÓN le llama una “ queja rápida ” es llamada también una “ querella rápida. ”
-------------------------	---

Paso 2: Nosotros veremos su queja y le daremos una respuesta.

- **Si es posible, nosotros responderemos de inmediato.** Si usted nos llama por una queja, nosotros podríamos darle una contestación en la misma llamada telefónica. Si su condición de salud requiere que contestemos rápido, nosotros lo haremos.
- **La mayoría del las quejas son contestadas en 30 días, pero podríamos tomar hasta 44 días.** Si nosotros necesitamos más información y el retraso es de su mejor interés o si usted solicita más tiempo, nosotros podemos tomar hasta 14 días adicionales (44 días en total) para contestar su queja.
- **Si nosotros no estamos de acuerdo** con algo o toda su queja o no tomamos responsabilidad por el problema por el cual usted esta quejándose, nosotros le dejaremos saber. Nuestra respuesta incluirá nuestras razones por la contestación. Nosotras deberíamos responderle aunque nosotros estemos de acuerdo con la queja o no.

Sección 9.4	Usted también puede quejarse sobre la calidad de cuidado con la Organización de Mejoras a la Calidad
--------------------	---

Usted puede hacer su queja sobre calidad de cuidado que usted recibió por nuestro plan usando el proceso de paso a paso que se subraya arriba.

Cuando su queja es sobre la *calidad del cuidado*, usted también tiene dos opciones extra:

- **Usted puede someter su queja a la Organización de Mejoramiento de Calidad.** Si usted prefiere, usted puede someter su queja sobre la calidad de cuidado que recibió directamente a esta organización (sin someter la queja a nuestro plan). Para encontrar el nombre, dirección, y número de teléfono de la Organización de Mejoramiento de Calidad en su estado, favor de ver Capítulo 2, Sección 4, de este manual. Si usted hace una queja a esta organización, nosotros trabajaremos junto con ellos para resolver su queja.
- **O usted puede someter una queja a ambos al mismo tiempo.** Si usted desea, puede someter una queja acerca de la calidad de cuidado de nuestro plan y también a la Organización de Mejoramiento de Calidad.

Capítulo 8. Terminando su afiliación con el plan

SECCIÒN 1	Introducción	106
Sección 1.1	Este capítulo se enfoca en la terminación de afiliación a nuestro plan.....	106
SECCIÒN 2	¿Cuándo puede usted terminar su afiliación a nuestro plan?	106
Sección 2.1	Usted puede terminar su afiliación durante el Periodo Anual de Afiliación	106
Sección 2.2	Usted puede cancelar su membresía durante el Periodo Abierto de Afiliación de Medicare Advantage, pero sus opciones de planes serán más limitados	107
Sección 2.3	En ciertas situaciones, usted puede finalizar su membresía durante un Periodo de Afiliación Especial.....	107
Sección 2.4	¿Donde puede usted conseguir más información sobre cuando usted puede cancelar su membresía?.....	108
SECCIÒN 3	¿Como usted cancela su membresía en nuestro plan?	109
Sección 3.1	Usted termina su membresía afiliándose a otro plan	109
SECCIÒN 4	Hasta el momento que su afiliación termine, usted deberá seguir recibiendo sus servicios a través de nuestro plan	110
Sección 4.1	Hasta que su afiliación termine, usted sigue siendo un afiliado de nuestro plan.....	110
SECCIÒN 5	AHM_BÁSICO (HMO) debe terminar su afiliación en el plan en ciertas situaciones.....	111
Sección 5.1	¿Cuándo debemos terminar su afiliación en el plan?.....	111
SECCIÒN 5.2	Nosotros no podemos pedirle que abandone nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud	111
SECCIÒN 5.3	Usted tiene el derecho a someter una queja si nosotros terminamos su afiliación a nuestro plan	112

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Este capítulo se enfoca en la terminación de afiliación a nuestro plan
--

Terminar su afiliación con *AHM_BÁSICO (HMO)* podría ser **voluntaria** (su propia elección) o **involuntaria** (no su elección):

- Usted podría salir del plan por que usted ha decidido que se *quiere* ir.
 - Solo hay ciertas veces durante el año, ciertas situaciones, cuando voluntariamente termina su afiliación al plan. La Sección 2 habla sobre *cuando* usted puede terminar su afiliación al plan.
 - El proceso voluntario de finalizar su afiliación varía dependiendo de qué tipo de cubierta nueva que usted estará escogiendo. La Sección 3 le habla sobre *como* terminar su afiliación en cada situación.
- También hay situaciones limitadas donde usted no escoge salir, pero nosotros estamos obligados a terminar su afiliación. La Sección 5 habla sobre situaciones cuando nosotros debemos terminar su afiliación.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede usted terminar su afiliación a nuestro plan?

Usted puede terminar su afiliación a nuestro plan solo durante ciertos momentos del año, conocido como periodo de afiliación. Todos los afiliados tienen la oportunidad de salir del plan durante el Periodo Anual de Afiliación. En ciertas situaciones, usted también podría ser elegible para salir del plan en otros momentos del año.

Sección 2.1 Usted puede terminar su afiliación durante el Periodo Anual de Afiliación

Usted puede terminar su afiliación durante el **Periodo Anual de Afiliación** (también conocido como el “Periodo Anual de Elección Coordinada”). Este es el tiempo donde usted deberá evaluar su cubierta de salud y tomar una decisión sobre su cubierta para el año siguiente.

- **¿Cuándo es el Periodo Anual de Afiliación?** Esto sucede desde Noviembre 15 hasta Diciembre 31 en el 2010.
- **¿A qué tipo de plan se puede usted cambiar durante el Periodo Anual de Afiliación?** Durante este Periodo, usted puede revisar su cubierta de salud. Usted puede elegir mantener su cubierta actual o hacer cambios a su cubierta para el año

próximo. Si usted decide cambiarse a un nuevo plan, Usted puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:

- Otro plan de Medicare Advantage. (Puede escoger un plan que cubra medicamentos recetados o un plan que no cubra medicamentos recetados.)
- Medicare Original *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare
- – *o* – Medicare Original *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare

Nota: Si usted de desafilia de un plan de medicamentos recetados de Medicare y va sin cubierta de medicamentos recetados acreditable, usted podría necesitar pagar una penalidad por afiliación tardía si usted se afilia a un plan de medicamentos luego. (Cubierta “Acreditable” significa que la cubierta es por lo menos tan buena como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare).

- **¿Cuándo terminará su membresía?** Su membresía terminará cuando la cubierta de su Nuevo plan comience en Enero 1.

Sección 2.2	Usted puede cancelar su membresía durante el Periodo Abierto de Afiliación de Medicare Advantage, pero sus opciones de planes serán más limitados
--------------------	--

Usted tiene la oportunidad de hacer *un* cambio a su cubierta de salud durante el **Periodo Abierto de Afiliación de Medicare Advantage**.

- **Cuando es el Periodo Abierto de Afiliación de Medicare Advantage?** Esto ocurre todos los años desde enero 1 hasta febrero 14.
- **A qué tipo de plan puede usted cambiar durante el Periodo de Afiliación Abierta de Medicare Advantage?** Durante este tiempo, usted puede cancelar su afiliación a Medicare Advantage y cambiar a Medicare Original. Si usted decide cambiar a Medicare Original, puede escoger un plan separado de Medicamentos Recetados al mismo tiempo.
- **Cuando Terminará su Membresía?** Su membresía terminará el primer día del mes luego de que recibamos su solicitud para cambiar a Medicare Original. Si además escoge afiliarse a un plan de Medicamentos Recetados de Medicare, su membresía en el plan comenzara a la misma vez.

Sección 2.3	En ciertas situaciones, usted puede finalizar su membresía durante un Periodo de Afiliación Especial
--------------------	---

En ciertas situaciones, los afiliados de *AHM_BÁSICO (HMO)* podrían ser elegibles para cancelar su membresía en otras épocas del año. Esto es conocido como un **Periodo Especial de Afiliación**.

- **¿Quién es elegible para un Periodo de Afiliación Especial?** Si alguna de las siguientes situaciones le aplica, entonces usted es elegible para cancelar su membresía durante un Periodo de Afiliación Especial. Estos son solo ejemplos, para la lista completa, usted puede contactar al plan, llamar a Medicare o visitar la página de Internet de Medicare (<http://www.Medicare.gov>):
 - Si usted se ha mudado fuera del área de servicio de su plan.
 - Si usted tiene Medicaid.
 - Si usted es elegible para Ayuda Adicional para pagar sus recetas de Medicare.
 - Si usted vive en una facilidad, tal como un hogar de cuidado.
- **¿Cuándo son los Periodos de Afiliación Especial?** Los periodos de afiliación pueden variar dependiendo de su situación.
- **¿Qué puede hacer usted?** Si usted es elegible para cancelar su membresía por una situación especial, usted puede escoger cambiar su cubierta de Salud Medicare y su cubierta de medicamentos recetados. Esto significa que usted puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Medicare Original *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare
 - Otro plan de Medicare Advantage. (Puede escoger un plan que cubra medicamentos recetados o un plan que no cubra medicamentos recetados.)
 - Medicare Original *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare
 - – o – Medicare Original *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare

Nota: Si usted se desafilia de un plan de medicamentos recetados de Medicare y va sin cubierta de medicamentos recetados acreditable, usted podría necesitar pagar una penalidad por afiliación tardía si usted se afilia a un plan de medicamentos luego. (Cubierta “Acreditable” significa que la cubierta es por lo menos tan buena como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare).
- **Cuando terminará su membresía?** Su membresía usualmente terminará el primer día del mes después que nosotros recibamos su solicitud de cambiar su plan.

Sección 2.4	¿Donde puede usted conseguir más información sobre cuando usted puede cancelar su membresía?
--------------------	---

Si usted tiene alguna pregunta o le gustaría más información sobre cuando usted puede cancelar su membresía:

- Usted puede **llamar a Servicios al Cliente** (los números de contacto están en la portada).
- Usted puede encontrar la información en el Manual de **Medicare y Usted 2011**.

- Todos los beneficiarios de Medicare reciben una copia de *Medicare y Usted* cada otoño. Los nuevos beneficiarios de Medicare lo reciben durante el periodo de un mes luego de haberse inscrito inicialmente.
- Usted también puede descargar una copia desde la página de Internet de Medicare (<http://www.Medicare.gov>). O, usted puede ordenar una copia impresa llamando a Medicare al número a continuación.
- Usted puede contactar a **Medicare** al número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 horas al día, los 7 días de la semana. Usuarios de TTY deben de llamar al 1-877-486-2048

SECCIÓN 3 ¿Como usted cancela su membresía en nuestro plan?

Sección 3.1 Usted termina su membresía afiliándose a otro plan

Usualmente, para cancelar su afiliación con nuestro plan, usted simplemente tiene que afiliarse a otro plan de Medicare durante uno de los periodos de afiliación (vea la Sección 2 para mas información acerca de periodos de afiliación). Una excepción es cuando usted quiere cambiar de nuestro plan a Medicare Original *sin* un plan de de medicamentos recetados de Medicare. En esta situación, usted debe contactar a Servicios al Cliente de *AHM_BÁSICO (HMO)* y solicitar la desafiliación de nuestro plan.

La tabla más abajo explica como usted debe terminar su afiliación en nuestro plan.

Si usted desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe de hacer:
<ul style="list-style-type: none"> • Otro plan de Medicare Advantage. 	<ul style="list-style-type: none"> • Afiliarse en un nuevo plan de Medicare Advantage. <p>Usted automáticamente será desafiado de <i>AHM_BÁSICO (HMO)</i> cuando la cobertura de su nuevo plan comience.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Medicare Original con un plan separado de Medicamentos Recetados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Afiliarse en un nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. <p>Usted automáticamente será desafiado de <i>AHM_BÁSICO (HMO)</i> cuando la cobertura de su nuevo plan comience.</p>

Si usted desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe de hacer:
<ul style="list-style-type: none">• Medicare Original <i>sin</i> un plan separado de medicamentos recetados de Medicare.	<ul style="list-style-type: none">• Contactar a Servicios al cliente y solicitar su desafiliación del plan (Los números de contacto se encuentran en la portada).• Usted también puede contactar a Medicare al número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicitar ser desafiliado. Usuarios de TTY Deben llamar al 1-877-486-2048.• Usted será desafiliado de <i>AHM_BÁSICO (HMO)</i> cuando la cobertura de Medicare Original comience.

SECCIÓN 4 **Hasta el momento que su afiliación termine, usted deberá seguir recibiendo sus servicios a través de nuestro plan**

Sección 4.1 Hasta que su afiliación termine, usted sigue siendo un afiliado de nuestro plan

Si usted abandona *AHM_BÁSICO (HMO)*, podría tomarse tiempo antes de que su afiliación termine y su nueva cubierta Medicare tome efecto. (Ver SECCIÓN 2 para información sobre cuando su nueva cobertura comienza.) Durante este tiempo, usted debe continuar recibiendo su cuidado médico a través de nuestro plan.

- **Si usted es hospitalizado el día que termina su membresía, su hospitalización usualmente estará cubierta por nuestro plan hasta que sea dado de alta (aun si es dado de alto luego de que su nueva cubierta comience).**

SECCIÓN 5 *AHM_BÁSICO (HMO)* debe terminar su afiliación en el plan en ciertas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos terminar su afiliación en el plan?
--

***AHM_BÁSICO (HMO)* debe terminar su afiliación en el plan si alguna de las siguientes situaciones sucede:**

- Si usted no se mantiene continuamente afiliado a Medicare Parte A y Parte B.
- Si usted se muda fuera del área de servicio del plan por más de seis meses.
 - Si usted se muda o se va en un viaje por mucho tiempo, usted necesita llamar a Servicios al Cliente para verificar si el lugar donde se está mudando esta en el área de nuestro plan.
 - El capítulo 3 , sección 2.3 le da más información de como obtener cuidado cuando estas fuera del área de servicio.
- Si usted miente u omite información acerca de otros seguros que usted tenga que provean cubierta de medicamentos recetados.
- Si usted intencionalmente nos da una información incorrecta al momento de su afiliación en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan.
- Si usted continuamente se comporta de una manera que es alborotosa y que nos dificulta proveerle cuidados a usted y a otros miembros de nuestro plan.
 - Nosotros no podemos hacer que se desafilie de nuestro plan por esta razón a menos que tengamos el permiso de Medicare primero.

¿Donde puede usted conseguir más información?

Si usted tiene preguntas o le gustaría obtener más información sobre cuando nosotros podemos terminar su afiliación:

- Usted puede llamar a Servicios al Cliente para mas información (los números de contacto están en la portada).

SECCIÓN 5.2 Nosotros no podemos pedirle que abandone nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud
--

¿Que debería de hacer usted si esto sucede?

Si usted siente que se le solicito que abandonara nuestro plan por razones relacionadas a su salud, usted debería llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar 24 horas al día, 7 días a la semana.

SECCIÓN 5.3	Usted tiene el derecho a someter una queja si nosotros terminamos su afiliación a nuestro plan
--------------------	---

Si nosotros terminamos su afiliación a nuestro plan, nosotros debemos informarle nuestras razones por escrito por las cuales su afiliación fue terminada. Nosotros también debemos explicarle como someter una queja sobre nuestra decisión de terminar su afiliación. Usted también puede buscar en el Capítulo 7, SECCIÓN 10 información sobre como someter una queja.

Capítulo 9. Notificaciones Legales

SECCIÓN 1	Aviso sobre las leyes que nos regulan	114
SECCIÓN 2	Aviso sobre la no-discriminación.....	114

SECCIÓN 1 Aviso sobre las leyes que nos regulan

Hay diferentes leyes que aplican a esta Evidencia de Cubierta. También hay provisiones adicionales que pueden aplicar porque son requeridas por ley. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, aún Cuando dichas leyes no se han incluido ni se han explicado en este documento. La ley principal que aplica a este documento es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las regulaciones creadas por los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid, (CMS) a tono con la Ley del Seguro Social. Además, hay otras leyes federales que pueden aplicar y, bajo ciertas circunstancias, las leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico también pueden ser aplicadas.

SECCIÓN 2 Aviso sobre la no-discriminación

No discriminamos por motivos de raza, incapacidad, religión, sexo, preferencia sexual, salud, origen étnico, credo, edad, o nacionalidad de las personas. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage o planes de Medicamentos Recetados de Medicare, como nuestro Plan, tienen que obedecer las leyes federales en contra del discrimen, incluyendo el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discrimen por Edad de 1975, la Ley de ciudadanos con Impedimentos y todas las otras leyes que aplican a las organizaciones que reciben fondos federales, además de las leyes y reglamentos que apliquen por cualquier otra razón.

Capítulo 10. Definiciones de palabras importantes

Apelación – Una apelación es un tipo especial de queja que usted hace Cuando no está de acuerdo con alguna decisión denegando su solicitud de servicios de salud o el pago por algún servicio que ya usted recibió. También puede quejarse si no está de acuerdo con una decisión mediante la cual se suspende un servicio que ya está recibiendo. Por ejemplo, usted puede solicitar una apelación si Medicare no paga por un artículo, servicio o medicamento que usted cree tener derecho a recibir.

Área de Servicio –El “área de servicio” es el área geográfica aprobada por los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) dentro de la cual un individuo elegible puede afiliarse a un Plan de Salud de Medicare.

Afiliado (afiliado de nuestro Plan, o “afiliado del plan”) – Un beneficiario de Medicare que es elegible a recibir los servicios cubiertos, que es afiliado de nuestro Plan y cuya afiliación ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS).

Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) – La agencia Federal que administra el programa de Medicare. En la Sección 2 encontrará información de cómo comunicarse con CMS.

Costo-compartido - Costo-compartido se refiere a las cantidades que debe pagar un afiliado cuando recibe servicios. Incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pago: (1) cualquier deducible impuesto por un plan antes de comenzar a cubrir los servicios; (2) las cantidades de “copagos” fijos que puede requerirle un plan al recibir ciertos servicios en específico; o (3) las cantidades de “Coseguros” que deben ser pagadas como un por ciento del costo total de un medicamento/servicio.

Cubierta Acreditable de Medicamentos Recetados – Cubierta de medicamentos (por ejemplo, de un patrono o unión) que se espera pague tanto como la cubierta de medicamentos recetados de Medicare

Cubierta de Medicamentos Recetados (Medicare Parte D) – Seguro que lo ayuda a pagar sus medicamentos recetados ambulatorios, vacunas, biológicos y algunos abastecimientos que no se cubre con las Partes A y B de Medicare.

Cuidado de Custodia – cuidado de necesidades personales más bien que para necesidades médicas. Cuidado de custodia es un cuidado que puede ser provisto por personas que no tienen adiestramiento o destrezas profesionales. Este cuidado asiste a las personas al caminar, vestirse, bañarse, comer, la preparación de dietas especiales, y tomarse los medicamentos. Medicare no cubre cuidado de custodia a menos que sea provisto con otro cuidado que esté recibiendo en una facilidad de cuidado diestro o de servicios de rehabilitación.

Cuidado de Emergencia – Los servicios cubiertos son aquellos que: 1) prestado por un proveedor calificado para proporcionar servicios de emergencia; y 2) necesitado para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia.

Cubierta de Medicamentos Recetados (Medicare Parte D) – Seguro que lo ayuda a pagar sus medicamentos recetados ambulatorios, vacunas, biológicos y algunos abastecimientos que no se cubre con las Partes A y B de Medicare.

Cuidado Necesario Urgente – Cuidado necesario urgente es una situación que no es de emergencia cuando usted necesita cuidado médico de inmediato por una enfermedad, lesión o condición que usted no anticipó o esperaba, y su salud no está en grave peligro. Por tal razón no es razonable para usted obtener cuidado médico de un proveedor de la red.

Deducible – La cantidad de dinero que usted debe pagar por los medicamentos/servicios que recibe antes de que el Plan comience a pagar por los medicamentos/ servicios cubiertos.

Desafiliar o Desafiliación – El proceso de terminar su afiliación. La desafiliación puede ser voluntaria (por decisión propia) o involuntaria (Cuando no es su decisión). En la Sección 6 explicamos la desafiliación.

Determinación de la Organización – La organización MA hace una determinación de la organización cuando ésta, o uno de sus proveedores, toman una decisión en cuanto a los servicios de MA o algún pago por servicios que usted cree tener derecho a recibir.

Equipo Médico Duradero – El equipo que se necesita por razones médicas, para usarse en el hogar. Algunos ejemplos de equipo médico duradero son: andadores, sillas de ruedas y camas de hospital.

Evidencia de Cubierta y Divulgación de Información – Este documento junto a su solicitud de afiliación y cualquier otro anejo, endoso u otra cubierta opcional que usted haya seleccionado que explican los servicios cubiertos, describe nuestras obligaciones y le explica sus derechos y responsabilidades como afiliado de nuestro Plan.

Medicamento Necesario – Servicios o suministros que son apropiados y necesarios para el diagnóstico o tratamiento de su condición médica; son utilizados para el diagnóstico, cuidado directo y tratamiento de su condición médica; cumplen con los estándares de la comunidad local en cuanto a las buenas prácticas en la medicina; y no son provistos principalmente para su conveniencia o la de su médico.

Medicare – El programa de seguro de salud Federal para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con incapacidades y personas con Enfermedad Renal en Etapa Terminal (por lo general, son personas con fallo renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón).

Organización de Mejoramiento de Calidad (QIO) – Grupos de médicos y otros expertos en el cuidado de la salud pagados por el gobierno federal para monitorear y mejorar el cuidado que se

brinda a los pacientes de Medicare. Ellos revisan sus quejas acerca de la calidad del cuidado que ofrecen los Proveedores de Medicare. En el Capítulo 2 le explicamos lo que debe hacer para comunicarse con el QIO en Puerto Rico.

Período de Beneficio – Tanto para nuestro Plan como para el Plan de Medicare Tradicional, un período de beneficios se utiliza para determinar la cubierta de estadía en hospitales y en centros de cuidado diestro de enfermería. Un período de beneficios comienza el primer día en que usted es recluido en un hospital o un centro de cuidado diestro de enfermería cubierto por Medicare. Un período de beneficios termina cuando usted no ha estado recluido en un hospital o un SNF durante 60 días consecutivos. Si tiene que acudir a un hospital (o un SNF) luego de haber terminado un período de beneficios, comenzará un nuevo período de beneficios. No hay límite en cuanto al número de períodos de beneficios que usted pueda tener.

El tipo de cuidado que reciba durante su estadía determina si usted será considerado como paciente interno en un hospital o en un SNF. Usted debe ser admitido a un hospital como paciente interno y no bajo observación. Se le considera como paciente interno en un SNF, cuando los servicios que recibe en ese lugar cumplen con ciertos estándares de cuidado diestro. Específicamente, para ser paciente interno en un SNF, usted debe necesitar diariamente cuidado diestro de enfermería, cuidado diestro de rehabilitación, o ambos.

Penalidad de Inscripción Tardía – Una cantidad que se añade a su prima mensual de medicamentos recetados de Medicare si usted está un período de tiempo sin cubierta de medicamentos recetados acreditable (cubierta que paga en promedio el estándar que paga Medicare en su cubierta de medicamentos) de 63 días continuos o más. Usted pagará una cantidad más alta mientras tenga un plan de medicamentos recetados de Medicare. Existen algunas excepciones.

Plan “Medicare Advantage”– Algunas veces lo conocemos como Medicare Parte C. Un plan ofrecido por una compañía privada que le brinda los beneficios de Medicare Parte A (Hospital) y Medicare Parte B (Servicios Médicos). Una Organización Medicare Advantage puede ofrecer uno o más Planes Medicare Advantage en la misma área de servicio. Los planes de Medicare Advantage pueden ser HMO, PPO, Pago por Servicios o Cuentas Medicas de Ahorro de Medicare (MSA). En la mayoría de los casos los planes ofrecen Medicare Parte D (cubierta de medicamentos recetados). Estos planes se conocen como planes de **Plan Medicare Advantage con Cubierta de Medicamentos Recetados** – Las personas que tienen las Partes A y B de Medicare excepto a personas con Enfermedad Renal en Etapa Terminal (algunas excepciones aplican), son elegibles para afiliarse a cualquier Plan de Salud de Medicare que se ofrezca en su área.

Póliza “Medí Gap” (seguro suplementario de Medicare) – Seguro Complementario de Medicare que venden las aseguradoras privadas para llenar ciertas “lagunas” en la cubierta del Plan de Medicare Original. Las pólizas Medí Gap solo funcionan con el Plan de Medicare Original. Un plan de Medicare Advantage no es una póliza de Medí Gap.

Proveedor de la Red – “Proveedor” es el término que generalmente usamos para los médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otras facilidades que están autorizadas o certificadas

por Medicare y por el Estado para proveer servicios para el cuidado de la salud. Le llamamos “**proveedores de la red**” cuando han llegado a un acuerdo con nuestro Plan para aceptar nuestra tarifa como pago total, y en algunos casos coordinar, además de proveer, los servicios cubiertos a los afiliados de nuestro Plan. Nuestro Plan les paga a sus proveedores a base de los contratos que tiene con éstos o si los proveedores aceptan brindarle los servicios cubiertos por el Plan. También se conocen como proveedores del plan.

Plan de Medicare Original – Algunas personas le llaman el “Medicare Tradicional” o el “pago-por-servicios” de Medicare. Mucha gente recibe los beneficios para el cuidado de su salud a través del Medicare Original. Es el programa nacional de pago-por-visita que le permite visitar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de servicios para el cuidado de la salud que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga la parte que le corresponde de la cantidad aprobada por ellos y usted paga la suya. El Medicare Original se compone de dos partes: Parte A (Seguro de Hospital) y Parte B (Seguro Médico) y está disponible en cualquier parte de los Estados Unidos.

Proveedor fuera la red o facilidad fuera de la red – Un proveedor o facilidad con el cual no tenemos un arreglo para coordinar o proveer servicios cubiertos a los afiliados de nuestro Plan. Proveedores fuera de la red no están empleados, son dueños, u operan nuestro Plan y no tienen contrato para ofrecerle servicios a usted. En el capítulo 3 le explicamos cómo utilizar proveedores o facilidades fuera de la red.

Parte C – refiérase al “Plan de Medicare Advantage (MA)”

Parte D – El programa voluntario de Beneficios para Medicamentos Recetados. (Para facilitar su referencia, nos referimos al nuevo programa de beneficio de medicamentos recetados como la Parte D).

Proveedor de Cuidado Primario (PCP) – Un profesional del cuidado de la salud que usted selecciona para coordinar el cuidado de su salud. Su PCP es responsable de proveer o autorizar los servicios cubiertos mientras usted es afiliado del plan. En el capítulo 3 le ofrecemos más información sobre los PCPs.

Penalidad de Inscripción Tardía – Una cantidad que se añade a su prima mensual de medicamentos recetados de Medicare si usted está un período de tiempo sin cubierta de medicamentos recetados acreditable (cubierta que paga en promedio el estándar que paga Medicare en su cubierta de medicamentos) de 63 días continuos o más. Usted pagará una cantidad más alta mientras tenga un plan de medicamentos recetados de Medicare. Existen algunas excepciones.

Querella – Un tipo de queja que usted somete contra nosotros o alguno de nuestros proveedores, incluyendo quejas relacionadas con la calidad de los cuidados que recibe. Este tipo de queja no envuelve disputas sobre el pago o la cubierta de los beneficios. Refiérase a la Sección 4 para más información sobre las querellas.

Servicios Cubiertos – El término general que utilizamos en este manual cuando hablamos de todos los servicios de cuidado de salud y los suministros cubiertos por nuestro Plan.

Servicios al Cliente – Un departamento dentro de nuestro plan responsable de contestar sus preguntas sobre su afiliación, beneficios, querellas y apelaciones. En el Capítulo 2 puede obtener información de cómo comunicarse con Servicios al Cliente.

Servicios de Rehabilitación – Estos servicios incluyen terapia física, rehabilitación cardíaca, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional que sean provistos bajo la dirección de un proveedor del plan.

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) – Un beneficio mensual que paga la Administración del Seguro Social a personas de ingresos y recursos limitados que están incapacitadas, ciegas, o tienen 65 años o más. Los beneficios de SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Terapia Progresiva – Una herramienta de utilización que requiere que usted pruebe primero un medicamento para tratar su condición de salud antes de cubrirle el medicamento que le recetó inicialmente su médico.