



GlobalHealth

Generations Valor (HMO-POS)

EVIDENCIA DE COBERTURA

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2025

1-844-280-5555 (número de teléfono gratuito)
de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo),
y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre)
www.globalhealth.com

GlobalHealth es un plan HMO/SNP que tiene un contrato con Medicare y un contrato estatal de Medicaid para D-SNP. La inscripción en GlobalHealth depende de la renovación del contrato.

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2025

Evidencia de cobertura:

Sus beneficios de salud y servicios de Medicare como miembro de Generations Valor (HMO-POS)

Este documento le ofrece detalles acerca de su cobertura de servicios médicos de Medicare del 1 de enero al 31 de diciembre de 2025. **Este es un documento legal importante. Consérvelo en un lugar seguro.**

Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (número de teléfono gratuito). (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre). Esta llamada es gratuita.

Este plan, Generations Valor (HMO-POS), es ofrecido por GlobalHealth, Inc.. (Cuando esta *Evidencia de cobertura* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, significa GlobalHealth, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa Generations Valor (HMO-POS)).

Esta información también está disponible en otros idiomas y en formatos alternativos.

Los beneficios, las primas, los deducibles o los copagos o el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2026.

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

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

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

H3706_012_009EOCS2025_C

Tabla de Contenidos**2025 Evidencia de Cobertura****Tabla de Contenidos**

CAPÍTULO 1:	<i>Inicio como miembro</i>	4
SECCIÓN 1	Introducción	5
SECCIÓN 2	¿Qué requisitos debe reunir para ser elegible como miembro del plan?	6
SECCIÓN 3	Materiales importantes de membresía que recibirá	7
SECCIÓN 4	Sus costos mensuales de Generations Valor (HMO-POS)	8
SECCIÓN 5	Más información sobre su prima mensual	9
SECCIÓN 6	Mantener actualizado el registro de su membresía al plan	9
SECCIÓN 7	Funcionamiento de un plan médico adicional con nuestro plan	10
CAPÍTULO 2:	<i>Números telefónicos y recursos importantes</i>	12
SECCIÓN 1	Contactos de Generations Valor (HMO-POS) (cómo puede contactarnos, incluso cómo comunicarse con Departamento de Servicio al Cliente)	13
SECCIÓN 2	Medicare (cómo recibir asistencia e información directamente del programa Federal de Medicare)	16
SECCIÓN 3	Programa de Asistencia de Seguro Médico del Estado (asistencia gratuita, información y respuestas a sus consultas sobre Medicare)	18
SECCIÓN 4	Organización de Mejoramiento de la Calidad	18
SECCIÓN 5	Seguro Social	19
SECCIÓN 6	Medicaid	20
SECCIÓN 7	Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario	21
SECCIÓN 8	¿Tiene algún “seguro grupal” o algún otro seguro médico de su empleador?	22
CAPÍTULO 3:	<i>Cómo usar el plan para sus servicios médicos</i>	23
SECCIÓN 1	Conceptos que debe conocer acerca de cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan	24
SECCIÓN 2	Utilizar proveedores de la red del plan para obtener atención médica	26
SECCIÓN 3	Cómo obtener servicios si tiene una emergencia o requiere atención necesaria de urgencia o durante un desastre	30
SECCIÓN 4	¿Cómo proceder si se le factura directamente por los gastos totales de sus servicios?	32
SECCIÓN 5	¿Cómo son cubiertos sus servicios médicos cuando usted participa en un estudio de investigación clínica?	33

Tabla de Contenidos

SECCIÓN 6	Normas para obtener atención en una institución no médica religiosa dedicada a la atención médica	35
SECCIÓN 7	Normas para la adquisición de propiedad de equipo médico duradero	36
CAPÍTULO 4:	<i>Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)</i>	38
SECCIÓN 1	Explicación de los gastos de su bolsillo por servicios cubiertos	39
SECCIÓN 2	Usar la <i>Tabla de beneficios médicos</i> para saber qué está cubierto para usted y cuánto pagará	41
SECCIÓN 3	¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?	119
CAPÍTULO 5:	<i>Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos cubiertos</i>	122
SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe solicitarnos el pago de nuestra parte del costo de sus servicios cubiertos	123
SECCIÓN 2	Cómo solicitar un reintegro o pago de una factura que usted ha recibido	124
SECCIÓN 3	Consideraremos su solicitud de pago y le responderemos afirmativa o negativamente	125
CAPÍTULO 6:	<i>Sus derechos y responsabilidades</i>	126
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan	127
SECCIÓN 2	Usted tiene ciertas responsabilidades como miembro del plan	138
CAPÍTULO 7:	<i>Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)</i>	140
SECCIÓN 1	Introducción	141
SECCIÓN 2	Dónde puede obtener más información y asistencia personalizada	141
SECCIÓN 3	¿Qué proceso debe utilizar para tratar sus problemas?	142
SECCIÓN 4	Una guía de los conceptos básicos de decisiones de cobertura y apelaciones	143
SECCIÓN 5	Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación contra una decisión de cobertura	146
SECCIÓN 6	Cómo solicitarnos la cobertura de una internación en un hospital más prolongada si usted considera que está siendo dado de alta demasiado pronto	153
SECCIÓN 7	Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que la cobertura finaliza demasiado pronto	158
SECCIÓN 8	Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más	162

Tabla de Contenidos

SECCIÓN 9	Cómo presentar un reclamo por la calidad de atención, tiempos de espera, atención al cliente u otros reclamos	164
CAPÍTULO 8:	<i>Finalización de su membresía en el plan</i>	168
SECCIÓN 1	Introducción a la finalización de su membresía en nuestro plan	169
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede finalizar su membresía a nuestro plan?	169
SECCIÓN 3	¿Cómo terminar su membresía en nuestro plan?	171
SECCIÓN 4	Hasta que finalice su membresía, usted debe continuar recibiendo sus artículos y servicios médicos a través de nuestro plan	172
SECCIÓN 5	Generations Valor (HMO-POS) debe cancelar su membresía a nuestro plan en ciertos casos	172
CAPÍTULO 9:	<i>Avisos legales</i>	174
SECCIÓN 1	Aviso de leyes aplicables	175
SECCIÓN 2	Aviso de no discriminación	175
SECCIÓN 3	Aviso sobre sus derechos de subrogación para pagadores secundarios de Medicare	177
SECCIÓN 4	Protecciones al denunciar sospechas de fraude, despilfarro o abuso	177
CAPÍTULO 10:	<i>Definiciones de términos importantes</i>	179

CAPÍTULO 1:

Inicio como miembro

CAPÍTULO 1 Inicio como miembro**SECCIÓN 1 Introducción****Sección 1.1 Usted está inscrito en Generations Valor (HMO-POS), que es un plan de Punto de Servicio HMO de Medicare**

Usted tiene cobertura de Medicare y ha optado por obtener su atención médica de Medicare a través de nuestro plan, Generations Valor (HMO-POS). Estamos obligados a cubrir todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso a proveedores en este plan difieren de Original Medicare.

Generations Valor (HMO-POS) es un Plan de Medicare Advantage HMO (HMO significa Health Maintenance Organization; es decir, Organización para el Mantenimiento de la Salud) con opción de Punto de Servicio (Point-of-Service, POS) que está aprobado por Medicare y dirigido por una empresa privada. Punto de Servicio significa que puede usar proveedores fuera de la red del plan por un costo adicional. (Consulte el Capítulo 3, Sección 2.4 para obtener información sobre el uso de la opción de Punto de Servicio). Generations Valor (HMO-POS) no incluye la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.

La cobertura conforme a este plan califica como una Cobertura médica calificada (Qualifying Health Coverage, QHC) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y la Ley de Atención Médica Asequible (Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

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

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

Los términos *cobertura* y *servicios cubiertos* se refieren a la atención médica y servicios disponibles que se le ofrecen a usted como miembro de Generations Valor (HMO-POS).

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

Si la información le resulta confusa, algo le preocupa o si solo desea hacer una pregunta, comuníquese con el Servicio al Cliente de nuestro plan.

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de Cobertura*

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted acerca de cómo Generations Valor (HMO-POS) le brinda cobertura para su atención. Las demás partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción y todos los avisos que usted recibe de nosotros acerca de cambios a

CAPÍTULO 1 Inicio como miembro

su cobertura o condiciones que afectan su cobertura. Estos avisos a veces se llaman *cláusulas adicionales o enmiendas*.

El contrato entra en vigencia para los meses en los que usted está inscrito en Generations Valor (HMO-POS) entre el 1 de enero de 2025 y el 31 de diciembre de 2025.

Cada año, Medicare nos permite hacer cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Generations Valor (HMO-POS) después del 31 de diciembre de 2025. También podemos elegir dejar de ofrecer el plan u ofrecerlo en un área de servicio diferente, luego del 31 de diciembre de 2025.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar Generations Valor (HMO-POS) cada año. Puede seguir cada año con la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan solo si decidimos continuar ofreciendo el plan y Medicare renueva su aprobación del plan.

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

Sección 2.1	Requisitos que debe reunir
--------------------	-----------------------------------

Usted puede ser elegible para convertirse en miembro de nuestro plan si cumple con los siguientes requisitos:

- Usted tiene tanto Medicare Parte A como Medicare Parte B.
- -- y -- Vive en nuestra área geográfica de cobertura de servicios (en la Sección 2.2 a continuación, se detalla nuestra área de servicio). No se considera que las personas encarceladas que viven en el área geográfica de servicio aunque se encuentren físicamente en ella.
- -- y -- es ciudadano estadounidense o reside legalmente en los Estados Unidos.

Sección 2.2	Este es el área de cobertura de servicios del plan Generations Valor (HMO-POS)
--------------------	---

Generations Valor (HMO-POS) está disponible solo para las personas que viven en el área de servicio del plan. Para continuar siendo miembro de nuestro plan, debe seguir residiendo en el área de servicio del plan. El área de cobertura de servicios se describe a continuación.

El área de servicio incluye los siguientes condados de Oklahoma: Caddo, Canadian, Carter, Cleveland, Creek, Garfield, Garvin, Grady, Hughes, Lincoln, Logan, Mayes, McClain, McIntosh, Muskogee, Okfuskee, Oklahoma, Okmulgee, Pawnee, Pittsburg, Pontotoc, Pottawatomie, Rogers, Seminole, Tulsa, y Wagoner.

Si planea mudarse fuera del área de servicio, no podrá seguir siendo miembro de este plan. Comuníquese con el Servicio al Cliente para saber si tenemos un plan en su nueva área. Cuando

CAPÍTULO 1 Inicio como miembro

se muda, contará con un Período especial de inscripción durante el cual podrá cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos recetados de Medicare que esté disponible en su nueva ubicación.

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

Sección 2.3 Ciudadano estadounidense o residencia legal en los EE. UU.

Un miembro de un plan de salud de Medicare debe ser ciudadano estadounidense o residir legalmente en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de servicios de Medicare y Medicaid) notificará a Generations Valor (HMO-POS) si usted no es elegible para permanecer como miembro sobre esta base. Generations Valor (HMO-POS) tiene que cancelar la inscripción si no cumple con los requisitos.

SECCIÓN 3 Materiales importantes de membresía que recibirá**Sección 3.1 Su tarjeta de identificación de miembro del plan**

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

		BARCODE HERE							
<Plan Name> Member ID: <XXXXXXXXXX> <First Name> <MI> <Last Name> PCP Name: <PCP Name> PCP Phone: <XXX-XX-XXXX> Copayments <table border="0"> <tr> <td>PCP</td> <td>SPEC</td> <td>ER</td> </tr> <tr> <td><XX></td> <td><XX></td> <td><XX></td> </tr> </table>		PCP	SPEC	ER	<XX>	<XX>	<XX>	Customer Care: 1-844-280-5555 (TTY: 711) www.GlobalHealth.com 24/7 Nurse Line: 1-800-554-9371 (TTY: 711) Behavioral Health: 1-888-434-9202 (TTY: 711) In-Home Support Services: 1-855-485-9692 (TTY: 711) Transportation: 1-877-565-1612 (TTY: 711) Dental: 1-833-955-3423 (TTY: 1-800-466-7566) Vision: 1-800-884-6321 (TTY: 711) Hearing: 1-877-241-4736 (TTY: 711) Smart Wallet: 1-877-241-4736 (TTY: 711) Submit Claims to: GlobalHealth Claims Department P.O. Box 2718 Oklahoma City, OK 73101 EDI Payor ID: GHOKC0001	
PCP	SPEC	ER							
<XX>	<XX>	<XX>							
H3706-<PBP #> Effective: [cvg_eff_dt]									

NO utilice su tarjeta de Medicare roja, blanca y azul para los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si utiliza su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de identificación de miembro de Generations Valor (HMO-POS), es posible que deba pagar usted mismo el costo total de los servicios médicos. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que le soliciten mostrar su tarjeta si necesita servicios hospitalarios, servicios en centros de cuidados paliativos o si necesita participar en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare, también denominados ensayos clínicos.

CAPÍTULO 1 Inicio como miembro

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

Sección 3.2 Directorio de Proveedores

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

Debe usar proveedores de la red para obtener su atención y servicios médicos. Si usted se encuentra en otro lugar sin la debida autorización, deberá pagar el total. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios requeridos urgentemente cuando la red no está disponible (es decir, en situaciones en las que no es razonable o no es posible obtener servicios dentro de la red), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que Generations Valor (HMO-POS) autorice el uso de servicios de proveedores fuera de la red.

Generations Valor (HMO-POS) le permite obtener cierta atención médica de proveedores fuera de la red. Consulte el Capítulo 3 si desea obtener más información.

Puede encontrar una lista actualizada de proveedores y vendedores en nuestro sitio web en www.GlobalHealth.com.

Si no tiene una copia del *Directorio de proveedores*, puede solicitar una copia (electrónica o impresa) a Servicio al Cliente. Las copias impresas del *Directorio de proveedores* solicitadas serán enviadas por correo dentro de los tres días hábiles.

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales de Generations Valor (HMO-POS)

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

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

Las primas de la Parte B de Medicare difieren para personas con diferentes ingresos. Si tiene preguntas sobre estas primas, en su copia del manual *Medicare y Usted 2025*, revise la sección denominada *Costos de Medicare para 2025*. Si necesita una copia, puede descargarla desde el sitio web de Medicare (www.medicare.gov/medicare-and-you). O bien, puede solicitar una copia impresa por teléfono llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.1 Prima del plan

Usted no paga una prima mensual del plan aparte para Generations Valor (HMO-POS).

CAPÍTULO 1 Inicio como miembro

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

Como miembro de nuestro plan, usted es elegible para obtener una reducción de su prima de la Parte B de Medicare hasta \$75 por mes. Medicare establece la reducción y la administra a través de la Administración del Seguro Social (Social Security Administration, SSA). En función de cómo pague su prima de la Parte B de Medicare, su reducción se puede acreditar a su cheque del Seguro Social o acreditar en su estado de cuenta de la prima de la Parte B de Medicare. Las reducciones pueden tardar varios meses en emitirse. Sin embargo, recibirá un crédito total por la reducción de la prima.

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

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual

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

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

SECCIÓN 6 Mantener actualizado el registro de su membresía al plan

Su registro de miembro contiene información de su formulario de inscripción, e incluye su dirección y número de teléfono. Detalla su plan de cobertura específico, que incluye el nombre de su proveedor de atención primaria.

Los médicos, hospitales y demás proveedores de la red del plan deben tener información correcta acerca de usted. **Estos proveedores de la red se basan en su registro de miembro para verificar qué servicios están cubiertos y las sumas de costo compartido para usted.** Por esta razón, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos sobre los siguientes cambios:

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

CAPÍTULO 1 Inicio como miembro

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

Si esta información sufre alguna modificación, comuníquese con Servicio al Cliente.

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

SECCIÓN 7 Funcionamiento de un plan médico adicional con nuestro plan

Otro seguro

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

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

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

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

- Si tiene cobertura de jubilación, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal está basada en su empleo actual o en el empleo actual de un familiar, el responsable de pagar primero depende de su edad, la cantidad de personas que emplea su empleador y si tiene Medicare por edad, discapacidad o insuficiencia renal en etapa terminal (IRET):

CAPÍTULO 1 Inicio como miembro

- Si es menor de 65 años, está discapacitado y usted o su familiar todavía trabajan, el plan de salud grupal pagará primero si el empleador tiene 100 empleados o más, o si al menos un empleador de un plan de múltiples empleadores tiene más de 100 empleados.
- Si es mayor de 65 años y usted o su cónyuge o su pareja de hecho siguen trabajando, el plan de salud grupal pagará primero si el empleador tiene 20 empleados o más, o si al menos un empleador de un plan de múltiples empleadores tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare por IRET, el plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de que se vuelva elegible para Medicare.

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

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

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

CAPÍTULO 2:

Números telefónicos y recursos importantes

CAPÍTULO 2 Números telefónicos y recursos importantes**SECCIÓN 1 Contactos de Generations Valor (HMO-POS)**

(cómo puede contactarnos, incluso cómo comunicarse con Departamento de Servicio al Cliente)

Cómo comunicarse con el Servicio al Cliente de nuestro plan

Para obtener asistencia con reclamaciones, facturación o consultas sobre la tarjeta de identificación de miembro, llame o escriba a Servicio al Cliente de Generations Valor (HMO-POS). Nos complacerá ayudarle.

Método	Servicio al Cliente: información de contacto
LLAME AL	1-844-280-5555 (número de teléfono gratuito) Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre). El Servicio al Cliente también tiene servicios gratuitos de intérprete de idiomas para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre).
FAX	405-280-2960
ESCRIBA A	GlobalHealth, Inc. P.O. Box 1747 Oklahoma City, OK 73101
SITIO WEB	www.globalhealth.com

Cómo contactarnos para consultar una decisión de cobertura o una apelación sobre su atención médica

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y cobertura, o sobre la suma que pagaremos por sus servicios médicos. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones referentes a su atención médica, consulte el Capítulo 7 (*Qué hacer si tiene algún problema o alguna queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

CAPÍTULO 2 Números telefónicos y recursos importantes

Método	Decisiones de cobertura de atención médica: información de contacto
LLAME AL	1-844-280-5555 (número de teléfono gratuito) Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre).
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre).
FAX	405-280-5398
ESCRIBA A	GlobalHealth, Inc. P.O. Box 2840 Oklahoma City, OK 73101
SITIO WEB	www.globalhealth.com

Método	Apelaciones por atención médica: información de contacto
LLAME AL	1-844-280-5555 (número de teléfono gratuito) Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre).
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre).
FAX	405-280-5294
ESCRIBA A	GlobalHealth, Inc. P.O. Box 2658 Oklahoma City, OK 73101
SITIO WEB	www.globalhealth.com

CAPÍTULO 2 Números telefónicos y recursos importantes**Cómo contactarnos para presentar una queja por su atención médica**

Puede presentar una queja sobre nosotros o uno de los proveedores de nuestra red, incluso quejas sobre la calidad de la atención. Este tipo de queja no incluye disputas por cobertura o pagos. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja por su atención médica, consulte el Capítulo 7 (*Qué hacer si tiene algún problema o alguna queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Quejas por atención médica: información de contacto
LLAME AL	1-844-280-5555 (número de teléfono gratuito) Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre).
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre).
FAX	405-280-5294
ESCRIBA A	GlobalHealth P.O. Box 2658 Oklahoma City, OK 73101
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre Generations Valor (HMO-POS) directamente ante Medicare. Para enviar una queja en línea a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

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

Si recibió una factura o pagó por servicios (como la factura de un proveedor) que cree que deberíamos pagar, es posible que deba solicitarnos el reembolso o pagar al proveedor; consulte el Capítulo 5 (*Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos cubiertos*).

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

Método	Solicitudes de pago: información de contacto
LLAME AL	1-844-280-5555 (número de teléfono gratuito)

CAPÍTULO 2 Números telefónicos y recursos importantes

Método	Solicitudes de pago: información de contacto
	Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre).
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre).
FAX	405-609-6354
ESCRIBA A	GlobalHealth P.O. Box 2718 Oklahoma City, OK 73101
SITIO WEB	www.globalhealth.com

SECCIÓN 2 Medicare (cómo recibir asistencia e información directamente del programa Federal de Medicare)

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

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

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

CAPÍTULO 2 Números telefónicos y recursos importantes

Método	Medicare: información de contacto
SITIO WEB	www.Medicare.gov Esta es el sitio web oficial del gobierno de Medicare. En ella, se brinda información actualizada de Medicare y temas actuales de Medicare. También se brinda información sobre hospitales, residencias para ancianos, médicos, agencias de atención médica domiciliaria y centros de diálisis. Se incluyen documentos que puede imprimir directamente de su computadora. También se pueden encontrar contactos de Medicare en su estado. En el sitio web de Medicare, también encontrará información detallada sobre los requisitos que debe reunir para lograr la elegibilidad en Medicare y las opciones de inscripción con las siguientes herramientas: • Herramienta de requisitos para participar en Medicare: ofrece información sobre el estado de elegibilidad de Medicare. • Localizador de planes de Medicare: ofrece información personalizada sobre los planes de medicamentos recetados disponibles de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas de Medigap (Seguro Suplementario de Medicare) en su área. Estas herramientas ofrecen un <i>cálculo aproximado</i> de sus gastos de bolsillo en los distintos planes de Medicare. También puede usar el sitio web para informar a Medicare acerca de cualquier queja que tenga sobre Generations Valor (HMO-POS): • Envíe su queja a Medicare: Puede presentar una queja sobre Generations Valor (HMO-POS) directamente ante Medicare. Para presentar una queja a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas en serio y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare. Si no tiene computadora, puede usar una computadora de su biblioteca local o centro de la tercera edad para ingresar a este sitio web. O bien, puede llamar a Medicare e informarle qué información está buscando. Encontrarán la información en el sitio web y la revisarán con usted. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

CAPÍTULO 2 Números telefónicos y recursos importantes

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

El Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en cada estado. En Oklahoma, el SHIP se llama Senior Health Insurance Counseling Program.

Senior Health Insurance Counseling Program es un programa estatal independiente (no relacionado con ninguna compañía de seguros o plan de salud) que obtiene fondos del gobierno federal para ofrecer asesoramiento local gratuito sobre seguros médicos a personas que tienen Medicare.

Los asesores de Senior Health Insurance Counseling Program pueden ayudarle a comprender sus derechos de Medicare, a presentar quejas por la atención médica o el tratamiento que recibe y a solucionar cualquier problema con sus facturas de Medicare. Los asesores de Senior Health Insurance Counseling Program también pueden ayudarle con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare. Además, pueden ayudarle a comprender sus opciones dentro del plan de Medicare y responder a sus preguntas relacionadas con el cambio de un plan a otro.

MÉTODO PARA ACCEDER AL SHIP Y A OTROS RECURSOS:

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

Método	Senior Health Insurance Counseling Program (Oklahoma SHIP): información de contacto
LLAME AL	1-800-763-2828
ESCRÍBANOS	Senior Health Insurance Counseling Program 400 NE 50th Street Oklahoma City, OK 73105
SITIO WEB	https://www.oid.ok.gov/consumers/information-for-seniors/senior-health-insurance-counseling-program-ship/

SECCIÓN 4 Organización de Mejoramiento de la Calidad

En cada estado, funciona una Organización de Mejoramiento de Calidad designada para brindar servicios a los beneficiarios de Medicare. Para Oklahoma, la Organización de Mejoramiento de Calidad se denomina Acentra Health.

CAPÍTULO 2 Números telefónicos y recursos importantes

Acentra Health cuenta con un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica pagados por Medicare para analizar y ayudar a mejorar la calidad de atención a los beneficiarios de Medicare. Acentra Health es una organización independiente. No está asociada con nuestro plan.

Debe comunicarse con Acentra Health en cualquiera de estas situaciones:

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

Método	Acentra Health (Organización de Mejoramiento de Calidad de Oklahoma) – Información de Contacto
LLAME AL	1-888-315-0636
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
ESCRÍBANOS	Acentra Health 5201 West Kennedy Blvd., Suite 900 Tampa, FL 33609
SITIO WEB	https://www.acentraqio.com/

SECCIÓN 5 Seguro Social

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

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

Método	Seguro Social – Información de contacto
LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas.

CAPÍTULO 2 Números telefónicos y recursos importantes

Método	Seguro Social – Información de contacto
	Horario de atención de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. Puede usar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunos trámites las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes.
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

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

- **Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunas personas con QMB también pueden reunir los requisitos para ser elegibles y recibir los beneficios completos de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario de Medicare con ingresos bajos especificados (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también pueden reunir los requisitos para ser elegibles y recibir los beneficios completos de Medicaid [SLMB+]).
- **Individuo calificado (Qualifying Individual, QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Individuos con discapacidades y empleados calificados (Qualified Disabled & Working Individuals, QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con SoonerCare (Medicaid).

Método	SoonerCare (Programa de Medicaid de Oklahoma): información de contacto
LLAME AL	1-800-987-7767 de 8 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes

CAPÍTULO 2 Números telefónicos y recursos importantes

Método	SoonerCare (Programa de Medicaid de Oklahoma): información de contacto
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
ESCRÍBANOS	SoonerCare Oklahoma Health Care Authority 4345 N Lincoln Blvd Oklahoma City, OK 73105
SITIO WEB	https://oklahoma.gov/ohca/

SECCIÓN 7 Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario

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

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

CAPÍTULO 2 Números telefónicos y recursos importantes

SECCIÓN 8 ¿Tiene algún “seguro grupal” o algún otro seguro médico de su empleador?

Si usted (o su cónyuge o pareja de hecho) obtiene beneficios de su empleador o grupo de retiro (o el de su cónyuge o pareja de hecho) como parte de este plan, llame al administrador de beneficios del empleador/sindicato o al Servicio al Cliente si tiene alguna pregunta. Puede preguntar acerca de sus beneficios médicos, primas, o período de inscripción (o los de su cónyuge o pareja de hecho) del empleador o de retiro. (Los números de teléfono del Servicio al Cliente están impresos en la contraportada de este documento). También puede llamar al 1-800-MEDICARE 1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare en virtud este plan.

CAPÍTULO 3:

Cómo usar el plan para sus servicios médicos

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

En este capítulo, se explican los conceptos que usted necesita conocer sobre cómo obtener cobertura de su plan para atención médica. Proporciona las definiciones de ciertos términos y explica las normas que usted deberá seguir para recibir tratamientos, servicios, equipos, medicamentos recetados de la Parte B y otro tipo de atención médica cubiertos por el plan.

Para obtener información detallada sobre el tipo de atención médica cubierta por nuestro plan y sobre qué parte del costo debe pagar cuando recibe esta atención, consulte la tabla de beneficios que se encuentra en el siguiente capítulo: Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, servicios cubiertos y lo que usted debe pagar*).

Sección 1.1 Definición de “proveedores de la red” y “servicios cubiertos”

- Los **proveedores** son los médicos y otros profesionales de la salud autorizados por el estado para proveer servicios y atención médica. El término proveedores también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- Los **Proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y su suma del costo compartido como pago total. Estos proveedores han acordado prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos emiten directamente una factura a nosotros por la atención que usted recibe. Cuando visite a un proveedor de la red, normalmente pagará solo la parte que le corresponde por el costo de los servicios cubiertos.
- Los **Servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, servicios de salud, suministros y equipos cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica que le corresponden se encuentran detallados en la tabla de beneficios del Capítulo 4.

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

Como plan de salud de Medicare, Generations Valor (HMO-POS) debe cubrir todos los servicios que cubre Original Medicare y debe cumplir todas las reglas de cobertura de Original Medicare.

Generations Valor (HMO-POS) en general cubrirá su atención médica si:

- **La atención que recibe está incluida en la Tabla de beneficios médicos del plan** (este gráfico está en el Capítulo 4 de este documento).
- **La atención que recibe es considerada médicamente necesaria.** Médicamente necesario significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- **Tiene un proveedor de atención primaria (PCP) de la red que suministra y supervisa su atención médica.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un proveedor de atención

CAPÍTULO 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos

primaria (primary care provider, PCP) de la red (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).

- En la mayoría de los casos, su PCP de la red debe otorgarle la aprobación por adelantado antes de poder utilizar otros proveedores de la red del plan, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica domiciliaria. Esto se denomina darle a usted una *remisión*. Para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
- Las remisiones de su PCP no son necesarias en casos de atención de emergencia o de servicios requeridos urgentemente. También se proveen otros tipos de atención que no requieren la aprobación previa de su PCP (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Debe recibir atención de parte de un proveedor de la red** (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, la atención que usted recibe de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no es parte de la red de nuestro plan) no se cubrirá. Esto significa que tendrá que pagar al proveedor la totalidad de los servicios prestados. *Hay cuatro excepciones:*
 - Mientras sea miembro de Generations Valor (HMO-POS), puede acudir a proveedores de la red o proveedores fuera de la red para ciertos servicios cubiertos. La lista de servicios cubiertos que puede recibir de proveedores fuera de la red, y los costos de obtener esos servicios, se encuentra en el Capítulo 4.
 - El plan cubre los servicios de emergencia o los servicios requeridos urgentemente que usted recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información al respecto, y para conocer el significado de atención de emergencia o servicios requeridos urgentemente, consulte la Sección 3 de este capítulo.
 - Si necesita atención médica que Medicare exige que sea cubierta por nuestro plan, pero no hay especialistas en nuestra red que proporcionen esta atención médica, puede obtenerla de un proveedor fuera de la red con el mismo costo compartido que normalmente paga dentro la red. Se debe obtener autorización del plan antes de buscar atención. En este caso, usted pagará lo mismo que hubiera pagado si hubiera recibido esta atención a través de un proveedor de la red. Para obtener información sobre cómo obtener la aprobación para ver a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
 - El plan cubre servicios de diálisis renal en un centro de diálisis autorizado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor de este servicio no esté disponible o no pueda tener acceso de manera temporal. El costo compartido que usted paga al plan por la diálisis nunca puede exceder el costo compartido de Original Medicare. Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y obtiene la diálisis de un proveedor que no pertenece a la red del plan, el costo compartido no puede superar el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de diálisis dentro de la red no está disponible de forma temporal y usted decide obtener los servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red del plan, el costo compartido de la diálisis puede ser mayor.

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

Sección 2.1 Debe elegir un Proveedor de atención primaria (PCP) que brinde y supervise su atención médica
--

Definición de PCP y qué tipo de servicios presta un PCP

Al convertirse en miembro de nuestro plan, deberá elegir un médico de atención primaria (PCP).

Su PCP no solo brindará servicios básicos y de rutina, sino que también coordinará otros cuidados que pueda necesitar a través de remisiones y autorizaciones previas. Su PCP puede ser un médico de cabecera, de medicina general o de medicina interna que participa en nuestra red.

¿Cómo selecciona usted a su PCP?

Puede elegir un PCP de nuestro *Directorio de proveedores*, que puede encontrar en www.globalhealth.com o comunicarse con el Servicio al Cliente a fin de obtener ayuda para seleccionar un PCP. Solo puede elegir un PCP que acepte pacientes nuevos. Si no elige un PCP al inscribirse, se le asignará uno.

Cómo cambiar su PCP

Puede cambiar de PCP por cualquier razón, en cualquier momento. También podría ocurrir que su PCP dejara de pertenecer a la red de proveedores de nuestro plan y usted debiera seleccionar otro PCP.

Para cambiar su PCP, llame a Servicio al Cliente. Se asegurarán de que el PCP al que desea cambiarse acepte nuevos pacientes. Le enviarán una nueva tarjeta de identificación de miembro en la que se muestre el nombre y el número de teléfono de su nuevo PCP. También puede cambiar su PCP iniciando sesión en su portal para miembros. El Portal para miembros se puede encontrar en el sitio www.globalhealth.com. Para obtener ayuda, llame a Servicio al Cliente y ellos lo ayudarán. **El cambio se realizará el primer día del mes posterior a la fecha de la solicitud.**

Asegúrese de informar a Servicio al Cliente si está consultando a especialistas o recibiendo otros servicios cubiertos que necesitan la aprobación de su PCP (como servicios de atención médica domiciliaria y equipo médico duradero). Lo ayudaremos a asegurarse de que tenga las remisiones y las autorizaciones previas necesarias para continuar con los servicios que ha estado recibiendo cuando cambie de PCP.

CAPÍTULO 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos**Sección 2.2 ¿Qué tipos de atención médica puede usted recibir sin una remisión de su PCP?**

Usted puede obtener los servicios que se detallan a continuación sin obtener la aprobación previa de su PCP:

- Atención médica de rutina para la mujer, lo cual incluye exámenes de mamas, mamografías de detección (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exploraciones pélvicas, siempre que obtenga estos servicios de un proveedor de la red.
- Vacunas contra la gripe, vacunas contra la COVID-19, vacunas contra la hepatitis B y vacunas contra la neumonía siempre que las obtenga de un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia, sin importar si usted obtiene estos servicios de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red.
- Servicios requeridos urgentemente cubiertos por el plan, es decir, servicios que requieren atención médica inmediata que no son emergencias, siempre y cuando usted se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan o no sea razonable, debido al momento, el lugar y las circunstancias, obtener este servicio de proveedores de la red con los que el plan tiene contratos. Ejemplos de servicios requeridos urgentemente son enfermedades o lesiones médicas imprevistas, o brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina al proveedor médicamente necesarias, como chequeos médicos anuales, no se consideran servicios requeridos urgentemente incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio del plan o la red del plan no está disponible de manera temporal.
- Servicios de diálisis renal que usted obtenga de un centro de diálisis autorizado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan. Si es posible, comuníquese con Servicio al Cliente antes de abandonar el área de servicio para que podamos ayudarle a organizar una diálisis de mantenimiento mientras se encuentra fuera del área.
- Visitas al consultorio del especialista, siempre y cuando vaya a un proveedor de la red. El especialista solicitará la aprobación previa de cualquier prueba o tratamiento, como pruebas de diagnóstico especializadas, terapia o cirugía ambulatoria.
- Atención preventiva, siempre y cuando la obtenga de proveedores de la red.
- Visitas al consultorio de terapia individual o grupal de salud mental y abuso de sustancias para pacientes ambulatorios, siempre que las reciba de proveedores de la red de Carelon Behavioral Health. El terapeuta solicitará la aprobación previa para cualquier prueba o tratamiento.
- Anteojos y exámenes de la vista de rutina, siempre que los obtenga de proveedores de la red de EyeMed.
- Audífonos y evaluaciones para audífonos, siempre que obtenga estos servicios de proveedores de la red de NationsBenefits.
- Servicios de apoyo de atención médica domiciliaria, siempre que los obtenga de Papa Pals.
- Asesoramiento de enfermería las 24 horas del día, los 7 días de la semana, siempre que lo obtenga de Carenet Health.
- Transporte que no sea de emergencia, siempre que lo organice a través de RoundTrip.

CAPÍTULO 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos

- Planificación anticipada de la atención, siempre que la obtenga de Vital Decisions.
- Uso del beneficio de Smart Wallet, siempre que siga las reglas de la tarjeta.
- Servicios dentales preventivos e integrales complementarios, siempre y cuando los obtenga de un proveedor de la red de DentaQuest.

Sección 2.3 Cómo recibir atención médica de especialistas y otros proveedores de la red

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

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

Remisiones

Por lo general, primero consultará a su PCP para la mayoría de sus necesidades de atención médica de rutina. Puede consultar a cualquier especialista de la red sin una remisión, pero cuando su PCP o especialista considere que necesita pruebas de diagnóstico o tratamiento especializados (como terapia o cirugía ambulatoria), le dará una remisión para esa atención.

Autorización previa

Se requiere autorización previa de Generations Valor (HMO-POS) antes de la cita para casi todas las pruebas o tratamientos realizados fuera de una visita al consultorio. Cuando su médico nos envía una remisión, nuestro equipo de enfermeros y médicos la revisa. Le notificaremos a su médico y a usted sobre nuestra decisión. En la mayoría de los casos, los servicios se dirigirán a proveedores dentro de la red. Si no tiene una autorización previa por escrito antes de recibir los servicios que la requieren, es probable que tenga que hacerse cargo del pago de estos servicios. Para obtener información sobre los servicios que requieren una autorización previa, consulte la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4.

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

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

- Si bien nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le brindemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le notificaremos que su proveedor se retirará de nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
 - Si su proveedor de atención primaria o de salud del comportamiento se retira de nuestro plan, le notificaremos si ha visitado a ese proveedor en los últimos tres años.

CAPÍTULO 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos

- Si cualquiera de sus otros proveedores abandona nuestro plan, le notificaremos si tiene asignado ese proveedor, si actualmente recibe atención de ellos o si los ha visitado en los últimos tres meses.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor de la red calificado al que pueda acceder para recibir atención continua.
- Si actualmente se está sometiendo a un tratamiento médico o terapia con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar que el tratamiento o terapia médicamente necesarios que está recibiendo no sea interrumpido, y trabajaremos con usted para garantizar que así sea.
- Le proporcionaremos información sobre los diferentes períodos de inscripción disponibles para usted y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Haremos los arreglos para cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores, pero con costos compartidos dentro de la red, cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o no sea adecuado para satisfacer sus necesidades médicas. Se necesita autorización previa.
- Si se entera que su médico o especialista se retira del plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a encontrar un nuevo proveedor y gestionar su atención.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar su proveedor anterior o que no se está gestionando su atención de forma adecuada, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención ante la Organización de Mejoramiento de la Calidad (QIO), un reclamo sobre la calidad de la atención al plan, o ambos. Consulte el Capítulo 7.

Sección 2.4 Cómo recibir atención médica de proveedores fuera de la red

Como miembro de nuestro plan, usted puede elegir recibir atención médica por parte de proveedores fuera de la red para determinados servicios. Sin embargo, tenga en cuenta que los proveedores que no tienen contrato con nosotros no tienen ninguna obligación de atenderlo, excepto en situaciones de emergencia. Nuestro plan cubrirá algunos servicios de proveedores de la red o fuera de la red, siempre y cuando los servicios sean beneficios cubiertos, sean médicamente necesarios y usted obtenga nuestra autorización antes de acudir. Sin embargo, si consulta a un proveedor fuera de la red, es posible que su parte de los costos por los servicios cubiertos sea mayor. Si desea obtener más información acerca de qué servicios están cubiertos fuera de la red y de la parte de los costos que pagará por atenderse con proveedores fuera de la red, consulte la tabla de beneficios del Capítulo 4.

Estos son otros datos importantes que debe saber sobre el uso de proveedores fuera de la red:

- Puede recibir atención médica de un proveedor fuera de la red para determinados servicios. Sin embargo, en la mayoría de los casos ese proveedor debe ser elegible para participar en Medicare. Excepto por la atención médica de emergencia, no podemos pagarle a un proveedor que haya salido o que haya sido excluido o descartado del Programa de Medicare. Si recibe atención de un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, usted será responsable de pagar el costo total de los servicios que reciba. Verifique con su proveedor antes de recibir los servicios a fin de confirmar que es elegible para participar en Medicare.

CAPÍTULO 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos

- Cuando obtenga servicios fuera de la red dentro de los Estados Unidos, pagaremos por los servicios cubiertos utilizando las reglas de Original Medicare. Con Original Medicare, los proveedores pueden elegir si aceptan la asignación de Medicare. La asignación significa que el médico, proveedor o vendedor firmó un acuerdo con Medicare para aceptar el monto aprobado por Medicare como pago total por los servicios cubiertos.
- La mayoría de los médicos, proveedores y vendedores aceptan la asignación, pero siempre debe verificarlo para asegurarse. También es posible que desee averiguar cuánto tiene que pagar por cada servicio o suministro antes de recibirlo. Para determinar si los médicos o proveedores fuera de la red aceptan asignaciones (participan en Medicare), comuníquese con Medicare (consulte la Sección 2 del Capítulo 2 de esta *Evidencia de Cobertura*).
- Si obtiene servicios de un médico o proveedor dentro de los Estados Unidos que no acepta la asignación, usted será responsable de pagar el costo compartido aplicable a los servicios cubiertos por nuestro plan, más cualquier diferencia entre el monto que pagamos al proveedor y el cargo límite de Medicare. El cargo límite significa que solo pueden cobrarle hasta un 15% más del monto aprobado por Medicare.
- Si consulta a un proveedor fuera de la red para recibir atención de emergencia, servicios requeridos urgentemente o diálisis fuera del área, es posible que no deba pagar un costo compartido más alto. Consulte la Sección 3 para obtener más información acerca de estas situaciones.

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

Sección 3.1 Atención en casos de emergencia médica
--

Definición de emergencia médica y cómo proceder en caso de tener una emergencia médica

Una **emergencia médica** ocurre cuando usted u otra persona prudente no experta en medicina, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, considera que presenta síntomas que requieren atención médica inmediata para evitar el fallecimiento (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un bebé por nacer), la pérdida de una extremidad o la función de una extremidad, o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor grave o una afección médica que empeora rápidamente.

En caso de una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda cuanto antes.** Llame al 911 para obtener ayuda o concurra a la sala de emergencias o al hospital más cercano. Llame para solicitar una ambulancia en caso de necesitar una. *No* es necesario obtener primero la aprobación ni la remisión médica de su PCP. No es necesario que acuda a un médico de la red. Puede recibir atención médica de emergencia cubierta siempre que la necesite, en cualquier lugar del mundo y de cualquier proveedor con una licencia estatal adecuada, incluso si no forma parte de nuestra red.

CAPÍTULO 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos

- **En cuanto pueda, verifique que se haya informado a nuestro plan acerca de su emergencia.** Debemos realizar el seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona deberá llamarnos para informarnos de su atención de emergencia, generalmente dentro de un plazo de 48 horas. Nuestro número de teléfono figura en su tarjeta de identificación de miembro.

Servicios que están cubiertos en una emergencia médica

Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones en las que el traslado a la sala de emergencia con otro medio de transporte podría poner en peligro su salud. También cubrimos servicios médicos durante la emergencia.

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

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

Si recibe atención de emergencia de proveedores fuera de la red, intentaremos coordinar que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su estado de salud y las circunstancias lo permitan.

¿Qué ocurre si no era una emergencia médica?

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

Sin embargo, después de que el médico haya determinado que *no* fue una emergencia, cubriremos atención adicional *solo* si usted recibe esta atención de alguna de estas dos maneras:

- Acude a un proveedor de la red para recibir atención adicional
- – o – la atención adicional que usted recibe se considera como servicios requeridos urgentemente, y usted sigue las reglas para obtener esta atención médica urgente (para obtener más información sobre este servicio, consulte la Sección 3.2 a continuación).

Sección 3.2 Atención en casos de servicios requeridos urgentemente
--

Definición de servicios requeridos urgentemente

Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata que no es una emergencia es un servicio requerido urgentemente, ya sea que usted se encuentre fuera del área de servicio del plan de manera temporal o no sea razonable, debido al momento, el lugar y las circunstancias, obtener este servicio de proveedores de la red con los que el plan tiene contratos. Ejemplos de servicios requeridos urgentemente son enfermedades o lesiones médicas imprevistas, o brotes

CAPÍTULO 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos

inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina al proveedor médicamente necesarias, como chequeos médicos anuales, no se consideran servicios requeridos urgentemente incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio del plan o la red del plan no está disponible de manera temporal.

Si la necesidad de atención urgente se produce durante el horario de atención habitual de su PCP, llame a su PCP para recibir indicaciones. Si la necesidad de atención urgente se produce después del horario de atención o si no puede comunicarse con su PCP, vaya a un centro de atención de urgencias de la red que figure en nuestro *Directorio de proveedores*. Si desea encontrar el *Directorio de proveedores* más actualizado, visite nuestro sitio web www.GlobalHealth.com.

Nuestro plan cubre servicios de urgencia y emergencia en todo el mundo fuera de los Estados Unidos en las siguientes circunstancias:

- Cuando usted crea que su situación es una emergencia y que viajar o esperar hasta que usted esté en su casa no sería seguro para su afección médica.

Sección 3.3 Cómo obtener atención médica durante un desastre
--

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

Visite el siguiente sitio web: www.globalhealth.com para obtener información acerca de cómo obtener atención necesaria durante un desastre.

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

SECCIÓN 4 ¿Cómo proceder si se le factura directamente por los gastos totales de sus servicios?

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

Si pagó una suma mayor que el costo compartido correspondiente del plan en los servicios cubiertos o si recibió una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 5 (*Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos cubiertos*) si desea obtener más información sobre cómo proceder en estos casos.

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

Generations Valor (HMO-POS) cubre todos los servicios médicamente necesarios que aparecen en la Tabla de Beneficios Médicos, en el Capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios no

CAPÍTULO 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos

cubiertos por nuestro plan o servicios fuera de la red que no fueron autorizados, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

En el caso de los servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, usted también pagará el costo total por cualquier servicio que reciba después de haber agotado el beneficio para ese tipo de servicio cubierto. El pago de los gastos una vez que se alcanzó el límite del beneficio no contará para el cálculo del máximo de gastos de bolsillo.

SECCIÓN 5 ¿Cómo son cubiertos sus servicios médicos cuando usted participa en un estudio de investigación clínica?

Sección 5.1 Definición de estudio de investigación clínica

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

Una vez que Medicare haya aprobado el estudio y usted exprese su interés, alguien que trabaja en el estudio se comunicará con usted para brindarle más información al respecto y verificar que reúna los requisitos establecidos por los científicos a cargo de este. Puede participar en el estudio siempre que reúna los requisitos para el estudio y comprenda completamente y acepte las condiciones de participación en el estudio.

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

Si desea participar en algún estudio de investigación clínica aprobado por Medicare *no* necesita informarnos ni obtener nuestra aprobación ni la de su PCP. *No* es necesario que los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica sean proveedores de la red de nuestro plan. Tenga en cuenta que esto no incluye los beneficios de los que nuestro plan es responsable y que incluyen, como componente, un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio. Estos incluyen ciertos beneficios especificados en determinaciones de cobertura nacionales que requieren cobertura con desarrollo de evidencia (national coverage determinations requiring coverage with evidence development, NCD-CED) y estudios de exención de dispositivos de investigación (investigational device exemption, IDE), y pueden estar sujetos a autorización previa y otras reglas del plan.

CAPÍTULO 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos

Aunque no necesita permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica cubierto para afiliados de Medicare Advantage de Original Medicare, le animamos a que nos comunique con anticipación cuando decida participar en ensayos clínicos calificados por Medicare.

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

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

Una vez que se registra en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Original Medicare cubre los artículos y servicios de rutina que recibe como parte del estudio, que incluyen lo siguiente:

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

Una vez que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan también pagará la diferencia entre el costo compartido en Original Medicare y el costo compartido dentro de la red que paga como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará la misma suma por los servicios que recibe como parte del estudio que la suma que pagaría si recibiera estos servicios de parte de nuestro plan. Sin embargo, debe presentar la documentación que demuestre la suma del costo compartido que pagó. Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre el envío de solicitudes de pagos.

En el siguiente ejemplo, se explica el funcionamiento de los costos compartidos: Supongamos que, como parte del estudio de investigación, se le realizan análisis de laboratorio cuyo costo es de \$100. Supongamos también que su parte del costo de estos análisis es de \$20 con Original Medicare, pero la prueba solo sería de \$10 si se aplicaran los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría \$80 por el análisis y usted pagaría el copago de \$20 requerido por Original Medicare. A continuación, deberá informar a su plan que recibió un servicio de ensayo clínico calificado y presentar la documentación, como la factura del proveedor, al plan. Entonces, el plan le pagaría directamente \$10. Por lo tanto, su pago neto es de \$10, la misma suma que pagaría con los beneficios de nuestro plan. Tenga en cuenta que para recibir el pago, debe presentar la documentación a su plan, como una factura del proveedor.

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

- Generalmente, Medicare *no* pagará por el nuevo artículo o servicio que el estudio está probando a menos que Medicare cubriera el artículo o servicio aun si usted *no* participara en un estudio.

CAPÍTULO 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos

- Artículos o servicios provistos solamente para recopilar datos y no utilizados directamente para su atención médica. Por ejemplo, Medicare no cubre los gastos por tomografías computarizadas (CT) mensuales que se realizan como parte del estudio si su afección médica normalmente requeriría solo una CT.
- Artículos y servicios gratuitos normalmente brindados por los patrocinadores de la investigación a cualquier persona inscrita en el ensayo.

Más información

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

SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una institución no médica religiosa dedicada a la atención médica

Sección 6.1	¿Qué es una institución no médica religiosa dedicada a la atención médica?
--------------------	---

Una institución no médica religiosa de atención médica es un centro que provee atención para una afección que normalmente se trataría en un hospital o centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de enfermería especializada contradice las creencias religiosas de un miembro, nuestro plan proveerá cobertura para atención en una institución no médica religiosa dedicada a la atención médica. Este beneficio se provee únicamente para servicios de internación de la Parte A (servicios de atención que no sean médicos).

Sección 6.2	Obtener atención médica en una institución religiosa de salud no médica
--------------------	--

Para recibir atención en una institución no médica religiosa dedicada a la atención médica, deberá firmar un documento legal en el que declare que conscientemente se opone a recibir tratamientos médicos **no exceptuados**.

- Atención o tratamientos médicos **no exceptuados** se refiere a cualquier tipo de atención o tratamiento médico *voluntario* y *no requerido* por las leyes federales, estatales o locales.
- Tratamientos médicos **exceptuados** se refiere a cualquier tipo de atención o tratamiento médico que usted recibe que *no* es voluntario o *es requerido* por las leyes federales, estatales o locales.

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

CAPÍTULO 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos

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

El costo compartido y los límites de cobertura para pacientes internados de Medicare se aplican a los servicios obtenidos en una institución religiosa no médica de atención de la salud. (Consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4).

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

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

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

En Original Medicare, las personas que alquilan determinados tipos de equipo médico duradero se convierten en propietarios del equipo después de abonar los copagos por el artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de Generations Valor (HMO-POS), en general, usted no se convertirá en propietario del equipo médico duradero alquilado (durable medical equipment, DME), independientemente de cuántos copagos realice por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan; incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el artículo del DME en Original Medicare antes de inscribirse en nuestro plan. En determinadas circunstancias limitadas, transferiremos el derecho de propiedad del DME a usted. Llame a Servicio al Cliente para obtener más información.

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

Si no adquirió la propiedad del DME mientras estuvo en nuestro plan, deberá realizar 13 pagos consecutivos nuevos por el artículo luego de cambiarse a Original Medicare para convertirse en su propietario. Los pagos realizados mientras estaba inscrito en su plan no cuentan.

CAPÍTULO 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos

Ejemplo 1: realizó 12 o menos pagos consecutivos por el artículo a Original Medicare y, luego, se inscribió en nuestro plan. Los pagos que realizó a Original Medicare no cuentan. Tendrá que realizar 13 pagos a nuestro plan antes de convertirse en propietario del artículo.

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

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

¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si califica para la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare, Generations Valor (HMO-POS) cubrirá lo siguiente:

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

Si abandona Generations Valor (HMO-POS) o ya no necesita el equipo de oxígeno por motivos médicos, entonces este equipo deberá ser devuelto.

¿Qué sucede si usted abandona su plan y luego vuelve a Original Medicare?

Original Medicare exige que el proveedor de oxígeno le preste servicios durante cinco años. Durante los primeros 36 meses usted alquila el equipo. Los 24 meses restantes, el proveedor le proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago del oxígeno). Después de cinco años, usted puede optar por quedarse con la misma compañía o cambiarse a otra. En ese momento, el ciclo de cinco años comienza de nuevo, incluso si permanece con la misma compañía, lo que le exige pagar los copagos de los primeros 36 meses. Si se inscribe o abandona nuestro plan, el ciclo de cinco años vuelve a empezar.

CAPÍTULO 4:

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

CAPÍTULO 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)**SECCIÓN 1 Explicación de los gastos de su bolsillo por servicios cubiertos**

En este capítulo encontrará una Tabla de Beneficios Médicos que enumera los servicios cubiertos y le indica la suma que debe pagar por cada servicio cubierto como miembro de Generations Valor (HMO-POS). Más adelante en este capítulo, encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos.

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

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

- Un **copago** es una suma fija que usted abona cada vez que recibe determinados servicios médicos. Debe abonar un copago en el momento que recibe el servicio médico. (En la Tabla de beneficios médicos de la Sección 2, encontrará más información sobre los copagos).
- El **coseguro** es un porcentaje que usted paga del costo total de determinados servicios médicos. Debe pagar el coseguro en el momento que recibe el servicio médico. (En la Tabla de beneficios médicos de la Sección 2, encontrará más información sobre su coseguro).

La mayor parte de las personas que califican para Medicaid o para el programa de Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) nunca deben pagar deducibles, copagos o coseguro. Asegúrese de mostrar su evidencia de elegibilidad de Medicaid o QMB a su proveedor, si corresponde.

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

Dado que usted está inscrito en un Plan Medicare Advantage, existe un límite en la suma que debe pagar de su bolsillo cada año por servicios médicos dentro de la red que se encuentran cubiertos por la Parte A y Parte B de Medicare. Este límite se denomina suma máxima de gastos de bolsillo (maximum out-of-pocket, MOOP) por servicios médicos. Para el año natural de 2025, esta suma es **\$3,900**.

En este plan, Generations Valor (HMO-POS), también tiene beneficios fuera de la red. Para el año natural de 2025, no pagará más de **\$4,900** por los servicios de la Parte A y la Parte B recibidos dentro y fuera de la red combinados.

Las sumas que paga por copagos y coseguro por servicios cubiertos dentro de la red cuentan para estas dos sumas máximas de bolsillo. La suma que usted paga por copagos y coseguros por servicios fuera de la red cuenta solo para la suma máxima de bolsillo combinada. Además, las sumas que paga por algunos servicios no cuentan para el cálculo de la suma máxima de su bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos. Si alcanza la suma máxima de gastos de bolsillo de **\$3,900**, no deberá pagar ningún otro gasto de su bolsillo durante el resto del año por servicios de la Parte A y Parte B cubiertos dentro de la red. Si usted alcanza la

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

suma máxima de su propio bolsillo dentro y fuera de la red combinada de **\$4,900**, no deberá pagar ningún otro costo de su bolsillo durante el resto del año por servicios cubiertos de la Parte A y Parte B. Sin embargo, debe continuar pagando la prima del plan de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o un tercero paguen la prima de la Parte B por usted).

Sección 1.3	Nuestro plan no permite que los proveedores realicen facturaciones de saldo
--------------------	--

Como miembro de Generations Valor (HMO-POS), una medida de protección importante para usted es que solo debe pagar la suma correspondiente del costo compartido cuando reciba servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden agregar cargos adicionales por separado, lo que se denomina **facturación del saldo**. Esta medida de protección tiene validez incluso si nosotros pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio e, incluso, si hay una disputa y nosotros no pagamos determinados cargos del proveedor.

Este factor de protección funciona de la siguiente manera:

- Si la suma del costo compartido es un copago (una cantidad fija en dólares, por ejemplo, \$15.00), usted solo debe pagar esa suma por cualquier servicio cubierto de un proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), nunca pagará más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor que visite:
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted pagará el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (según se determine en el contrato entre el proveedor y el plan).
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa en Medicare, debe pagar el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Recuerde que el plan solo cubre servicios de proveedores fuera de la red en determinadas situaciones, como cuando obtiene una remisión o servicios de emergencia o requeridos urgentemente).
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, debe pagar el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Recuerde que el plan solo cubre servicios de proveedores fuera de la red en determinadas situaciones, como cuando obtiene una remisión, o por servicios de emergencia, fuera del área de servicio o requeridos urgentemente).
- Si cree que un proveedor le ha *facturado el saldo* a usted, llame a Servicio al Cliente.

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

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

La Tabla de beneficios médicos en las siguientes páginas enumera los servicios que cubre Generations Valor (HMO-POS) y lo que usted debe pagar de su bolsillo por cada servicio. Los servicios enumerados en la Tabla de beneficios médicos se cubren solo cuando se reúnen los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios cubiertos de Medicare deben ser provistos según las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Los servicios (que incluyen atención médica, servicios, suministros, equipos y medicamentos recetados de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que los servicios, suministros o medicamentos se necesitan para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con estándares aceptados de la práctica médica.
- Para los nuevos afiliados, el plan de atención coordinada de MA debe proporcionar un período de transición de un mínimo de 90 días; durante este tiempo, es posible que el nuevo plan MA no requiera autorización previa para ningún plan de tratamiento activo incluso si fue por un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Usted debe recibir atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que recibe de un proveedor fuera de la red no será cubierta, a menos que sea una atención de emergencia o de urgencia, o que su plan o un proveedor de la red le hayan dado una remisión. Esto significa que tendrá que pagar al proveedor la totalidad de los servicios prestados.
- Tiene un proveedor de atención primaria (PCP) que le cuida y supervisa la atención que recibe. En la mayoría de los casos, su PCP debe otorgarle su aprobación previa antes de que usted pueda consultar otros proveedores de la red del plan. Esto se denomina darle a usted una remisión.
- Algunos de los servicios que se indican en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos *solamente* si su médico u otro proveedor de la red obtiene una aprobación previa (a veces llamada autorización previa) de nuestra parte. Los servicios cubiertos que requieren aprobación previa están marcados en la Tabla de beneficios médicos con negrita. Además, los siguientes servicios que no figuran en la Tabla de beneficios requieren autorización previa:
 - Remisiones a cualquier proveedor fuera de la red.
 - Servicios que son beneficios cubiertos, pero realizados por el médico fuera de su consultorio.
 - Cualquier otro servicio que no esté específicamente enumerado en la Tabla de beneficios médicos.

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

- Si su plan de atención coordinada aprueba una solicitud de autorización previa para un plan de tratamiento, la aprobación debe ser válida mientras sea médicamente razonable y necesaria a fin de evitar interrupciones en la atención de acuerdo con los criterios de cobertura aplicables, su historial médico y la recomendación del proveedor que lo trata.

Otros puntos importantes que considerar sobre nuestra cobertura:

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. Por algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Original Medicare. Por otros, paga *menos*. (Si desea saber más sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, revise su manual *Medicare y Usted 2025*. Véalo en línea en www.medicare.gov o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- En el caso de todos los servicios médicos preventivos que están cubiertos sin costo conforme a Original Medicare, también cubrimos el servicio sin costo alguno para usted. Sin embargo, si usted también recibe tratamiento o control por una afección médica existente durante la visita en la que recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención recibida por la afección médica existente.
- Si Medicare aumenta la cobertura de algún servicio durante 2025, Medicare o nuestro plan cubrirá dichos servicios.



Verá esta manzana al lado de los servicios médicos preventivos en la Tabla de beneficios.

Tabla de beneficios médicos

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
 Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal Un solo examen preventivo de ultrasonido para personas en riesgo. El plan solo cubre este examen preventivo si posee ciertos factores de riesgo y si obtiene una remisión para ello de parte de su médico, auxiliar médico, miembro del personal de enfermería especializado o especialista en enfermería clínica.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este examen de detección preventivo. Los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita pueden requerir un copago.	No está cubierto.
Acupuntura para el dolor lumbar crónico	Usted paga \$25 de copago por la acupuntura cubierta	No está cubierto.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
Los servicios cubiertos incluyen: Se cubren hasta 12 visitas en 90 días para los beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias: A los efectos de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como: • dura 12 semanas o más; • no es específico, en el sentido de que no tiene ninguna causa sistémica identificable (es decir, no está asociado con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • no está asociado con una intervención quirúrgica; y • no está asociado con el embarazo. Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que muestren una mejora. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura al año. El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o empeora. Requisitos del proveedor: Los médicos (según se define en 1861(r)(1) de la Ley de Seguro Social [la Ley]) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables. Los asistentes médicos (physician assistants, PA), miembros del personal de enfermería profesional (nurse practitioner, NP) o especialistas en enfermería clínica (clinical nurse	por Medicare para servicios de dolor lumbar crónico. Es posible que se requiera remisión y autorización previa.	

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
specialists, CNS) (tal como se indica en 1861[aa] [5] de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales vigentes y tienen lo siguiente: • un máster o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Medicina Oriental (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM); y • una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar acupuntura en un estado, territorio o mancomunidad (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia. El personal auxiliar que proporciona acupuntura debe estar bajo el nivel apropiado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS exigido por nuestras reglamentaciones del título 42 del Código de Reglamentaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), artículos 410.26 y 410.27.		
Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sean para una situación de emergencia o para una situación que no sea de emergencia, incluyen servicios de traslado en ambulancia en aeronaves de alas fijas, aeronaves de alas giratorias y por tierra al centro correspondiente más cercano que pueda proveer atención solo a miembros con afecciones médicas para	Usted paga el 20% del costo total de la ambulancia aérea cubierta por Medicare por viaje de ida o vuelta. Usted paga \$240 de copago por servicios de ambulancia terrestre cubiertos por Medicare por viaje de ida. Si lo admiten en el hospital, no tiene que pagar el copago o el coseguro de los servicios de ambulancia. Se requiere autorización previa para el transporte que no es de emergencia.	

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
las cuales otros medios de transporte puedan poner en riesgo la salud del paciente o si lo autoriza el plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos son para una situación que no es de emergencia, se debe documentar que la afección del miembro es tal que otro medio de transporte podría ser peligroso para la salud del paciente y el traslado en ambulancia es médicamente necesario.		
 Examen físico anual • Examen del corazón, de los pulmones, del abdomen y de los sistemas neurológicos • Examen práctico del cuerpo (como cabeza, cuello y extremidades) • Antecedentes médicos/familiares detallados • Limitado a un examen por año además de la visita preventiva anual Debe realizarse en el consultorio de su PCP. Contáctese con su PCP para programar una cita.	No se aplica un coseguro, copago ni deducible para el examen físico anual.	No está cubierto.
 Visita preventiva anual Si tiene la Parte B desde hace más de 12 meses, puede obtener una visita preventiva anual para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado en función de su salud actual y sus factores de riesgo. Esto se cubre una vez cada 12 meses.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva anual. Los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita pueden requerir un copago.	No está cubierto.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
Nota: Su primera visita preventiva anual no se puede realizar en los 12 meses posteriores a su visita preventiva de <i>Bienvenida a Medicare</i>. Sin embargo, no es necesario que se haya realizado una visita de <i>Bienvenida a Medicare</i> para tener cobertura para visitas preventivas anuales luego de haber tenido la Parte B durante 12 meses.		
 Mediciones de masa ósea Para pacientes que reúnen los requisitos (generalmente, son personas con riesgo de pérdida de masa ósea o con riesgo de osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con más frecuencia si se consideran médicamente necesarios: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar pérdida ósea o determinar la calidad ósea, incluido un informe médico de los resultados.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las mediciones de masa ósea cubierta por Medicare. Los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita pueden requerir un copago.	No está cubierto.
 Examen de detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen: • Una mamografía inicial entre los 35 y los 39 años de edad. • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres mayores de 40 años. • Un examen clínico de mamas cada 24 meses. • Mamografías 2D y 3D.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las mamografías de detección cubiertas. Los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita pueden requerir un copago.	No está cubierto.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y asesoramiento están cubiertos para miembros que cumplan ciertos requisitos con la remisión de un médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que, por lo general, son más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	Usted paga \$30 de copago por visita como paciente ambulatorio para los servicios de rehabilitación cardíaca o servicios de rehabilitación cardíaca intensiva cubiertos por Medicare. Es posible que se requiera remisión y autorización previa.	No está cubierto.
 Visita para reducción de riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento de enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una visita por año con su médico de atención primaria para ayudarle a reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta visita, el médico puede analizar el uso de la aspirina (si corresponde), controlarle la presión arterial y darle consejos para asegurarse de que esté alimentándose de forma saludable.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de enfermedad cardiovascular de terapia conductual intensiva. Los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita pueden requerir un copago.	No está cubierto.
 Detección de enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas con un riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las pruebas de enfermedad cardiovascular que están cubiertas una vez cada 5 años. Los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita pueden requerir un copago.	No está cubierto.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
 Examen de detección de cáncer vaginal y del cuello uterino Los servicios cubiertos incluyen: • Para todas las mujeres: se cubren pruebas de Papanicolaou y tactos vaginales una vez cada 24 meses • Si tiene alto riesgo de sufrir cáncer de cuello uterino o de vagina o si usted se encuentra en edad fértil y obtuvo un resultado no normal de la prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses	No se aplica coseguro, copago ni deducible para Papanicolaou y tactos vaginales preventivos cubiertos por Medicare. Debe realizarse pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos con su PCP o con un obstetra/ginecólogo de la red. Los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita pueden requerir un copago.	No está cubierto.
Servicios quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen: • Solo cubrimos la manipulación manual de la columna para corregir subluxaciones.	Usted paga \$20 de copago por visita para los servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare.	No está cubierto.
Pruebas de diagnóstico de cáncer colorrectal	Usted paga \$250 de copago por visita para los servicios cubiertos por Medicare en un centro de cirugía ambulatoria. Es posible que se requiera remisión y autorización previa. Usted paga \$320 de copago por visita para servicios cubiertos por Medicare en un departamento de cirugía para pacientes ambulatorios.	No está cubierto.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
	Es posible que se requiera remisión y autorización previa. Si es ingresado en el nivel de atención agudo para pacientes internados después de una cirugía para pacientes ambulatorios o una cirugía ambulatoria, no tiene que pagar el copago de cirugía ambulatoria ni la cirugía ambulatoria.	
 Examen de detección de cáncer colorrectal Los siguientes exámenes de detección están cubiertos: La colonoscopia no tiene límite de edad mínimo o máximo y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes sin alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes sin alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia previa de detección o enema de bario.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare. Los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita pueden requerir un copago.	No está cubierto.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
• Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para pacientes sin alto riesgo después de que el paciente se haya realizado una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario. • Exámenes de detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • Prueba de ADN en heces multiobjetivo para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplan con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplan con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Enema de bario como alternativa a la colonoscopia para pacientes de alto riesgo y 24 meses después del último enema de bario de detección o la última colonoscopia de detección. • Enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes sin alto riesgo y mayores de 45 años. Una vez al menos 48 meses después del último enema de bario de detección o sigmoidoscopia flexible de detección.		

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal no invasiva basada en heces cubierta por Medicare arroja un resultado positivo.		
Servicios dentales En general, los servicios dentales preventivos (como las limpiezas, los exámenes dentales de rutina y las radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Sin embargo, Medicare actualmente paga los servicios dentales en un número limitado de circunstancias, específicamente cuando ese servicio es una parte integral del tratamiento específico de la afección médica principal de un beneficiario. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, las extracciones de dientes realizadas en preparación para el tratamiento de radiación para el cáncer que afecta la mandíbula o los exámenes orales que preceden al trasplante de riñón. Además, cubrimos: • Servicios dentales: integrales • Servicios dentales: preventivos	Usted paga \$35 de copago por visita al consultorio para los servicios dentales cubiertos por Medicare.	No está cubierto.
*Servicios dentales: integrales • Servicios de restauración • Endodoncia • Periodoncia • Prostodoncia, removible	Servicios de restauración: • No se aplica coseguro, copago ni deducible para los empastes.	No está cubierto.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
• Prótesis maxilofacial • Prostodoncia, fija • Cirugía oral y maxilofacial • Servicios generales complementarios Para conocer los códigos dentales cubiertos y las limitaciones específicas, consulte la tabla al final de esta sección. Si desea obtener ayuda para encontrar un dentista dentro de la red o si necesita más información sobre estos servicios cubiertos, llame a DentaQuest al 1-833-955-3423 (TTY: 1-800-466-7566), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre).	• Usted paga un 20% del costo total por otros servicios de restauración. Endodoncias: • Usted paga un 20% del costo total por endodoncia. Periodoncia: • No se aplica coseguro, copago ni deducible para limpiezas periodontales. Consulte “Servicios dentales: preventivos”. • Usted paga un 20% del costo total por otras periodoncias. Prostodoncia, removible • Usted paga un 20% del costo total por prostodoncia. Prótesis maxilofacial • Usted paga un 20% del costo total por prótesis maxilofacial. Prostodoncia, fija • Usted paga un 20% del costo total por prostodoncia. Cirugía oral y maxilofacial	

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
	• Usted paga un 20% del costo total por cirugía bucal y maxilofacial. Servicios generales complementarios • No se aplica coseguro, copago ni deducible para servicios generales complementarios. Solo pagaremos hasta un total de \$1,500 por servicios dentales preventivos e integrales por año. Usted paga el monto que excede esta asignación. *Cualquier monto que pague que sea superior a la asignación del plan no cuenta para el cálculo de la suma máxima de gastos de bolsillo.	
*Servicios dentales: preventivos • Limpieza • Radiografías dentales • Exámenes orales • Tratamiento con flúor Para conocer los códigos dentales cubiertos y las limitaciones específicas, consulte la tabla al final de esta sección. Si desea obtener ayuda para encontrar un dentista dentro de la red o si necesita más información sobre estos servicios cubiertos, llame a DentaQuest al	No se aplica coseguro, copago ni deducible para servicios dentales preventivos. No se aplica coseguro, copago ni deducible para limpieza periodontal, combinada con limpiezas preventivas. Solo pagaremos hasta un total de \$1,500 por servicios dentales	No está cubierto.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
1-833-955-3423 (TTY: 1-800-466-7566), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre).	preventivos e integrales por año. Usted paga el monto que excede esta asignación. *Cualquier monto que pague que sea superior a la asignación del plan no cuenta para el cálculo de la suma máxima de gastos de bolsillo.	
 Examen de detección de depresión Cubrimos un examen preventivo de depresión por año. El examen de detección debe hacerse en un entorno de atención médica primaria que provea tratamientos de seguimiento y/o remisiones.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para una visita anual de examen de detección de depresión. Los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita pueden requerir un copago.	No está cubierto.
Servicios de dermatología Cubrimos los servicios y el tratamiento que habitualmente se brindan en una visita al consultorio.	Usted paga \$35 de copago por visita al consultorio para servicios de dermatología cubiertos por Medicare. No se requiere remisión ni autorización previa para las visitas de evaluación. Es posible que se requiera remisión y autorización previa para algunos servicios.	Usted paga \$55 de copago por visita al consultorio para los servicios de dermatología cubiertos por Medicare. Es posible que se requiera remisión y autorización previa para algunos servicios.
 Prueba de detección de diabetes Cubrimos este examen de detección (incluye pruebas de glucosa en ayunas)	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.	No está cubierto.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad, o antecedentes de azúcar alta en sangre (glucosa). Las pruebas también pueden cubrirse si usted reúne otros requisitos, como tener sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes. Es posible que sea elegible para dos pruebas de detección de diabetes como máximo cada 12 meses después de la fecha de la prueba de detección de diabetes más reciente.	Los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita pueden requerir un copago.	
 Servicios, suministros y capacitación para el autocontrol de la diabetes Para todos los pacientes diabéticos (usuarios y no usuarios de insulina). Los servicios cubiertos incluyen: • Suministros para controlar la glucosa en sangre: Medidores de glucosa en sangre, tiras reactivas de glucosa en sangre, dispositivos de lancetas y lancetas y soluciones para el control de la glucosa para probar la precisión de las tiras reactivas y los medidores. ◦ Estas son las únicas marcas cubiertas de medidores de glucosa en sangre y tiras reactivas: ACCU-CHEK® fabricado por Roche o ONETOUGH® fabricado por LifeScan.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los suministros estándar para pruebas de diabetes cubiertos por Medicare. Puede que se requiera autorización previa. No se aplica coseguro, copago ni deducible para los zapatos o plantillas terapéuticos cubiertos por Medicare. Puede que se requiera autorización previa. No se aplica coseguro, copago ni deducible para la capacitación para el autocontrol de la diabetes cubierto por Medicare.	No está cubierto.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
- Estas son las únicas marcas cubiertas de medidores de control continuo de la glucosa y suministros: Dexcom®. - GlobalHealth cubre cualquier medidor de glucosa en sangre y tiras reactivas especificadas en la lista de marcas preferidas anterior. En general, los productos alternativos de marcas no preferidas no están cubiertos a menos que su médico proporcione información adecuada de que el uso de una marca alternativa es médicamente necesario en su situación específica. Si es nuevo en GlobalHealth y está usando una marca de medidor de glucosa en sangre y tiras reactivas que no están en la lista de marcas preferidas, puede comunicarse con nosotros dentro de los primeros 90 días de su inscripción en el plan para solicitar un suministro provisional de la marca alternativa no preferida. Durante este tiempo, debe hablar con su médico para decidir si alguna de las marcas preferidas de productos enumeradas anteriormente es médicamente adecuada para usted. Los productos de marca no preferida no estarán cubiertos después de los 90 días iniciales de cobertura sin una autorización previa aprobada para una excepción de cobertura.	Los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita pueden requerir un copago.	

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
• Para las personas con diabetes con enfermedad del pie diabético grave: un par de zapatos ortopédicos a medida por año calendario (incluidas plantillas provistas con el calzado) y dos pares adicionales de plantillas o un par de zapatos de profundidad y tres pares de plantillas (sin incluir las plantillas desmontables no hechas a medida provistas con este calzado). La cobertura incluye la adaptación a medida. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta bajo ciertas condiciones.		
Equipos médicos duraderos (DME) y suministros relacionados (La definición de equipo médico duradero se incluye en el Capítulo 10 de este documento, así como en el Capítulo 3, Sección 7). Los artículos cubiertos incluyen, pero no se limitan a sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas hospitalarias ordenadas por un proveedor para su uso en casa, bombas de infusión IV, dispositivos de asistencia para el habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todos los DME médicamente necesarios cubiertos por Original Medicare. Si uno de nuestros proveedores en su área no vende una marca o no trabaja con un fabricante en particular, puede solicitarle que haga un	Usted paga el 20% del costo total por los equipos médicos duraderos. Puede que se requiera autorización previa. Sus costos compartidos para la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare es el 20 % del costo total, todos los meses. Después de 36 meses de estar inscrito en Generations Valor (HMO-POS), su costo compartido cambiará a \$0 para los concentradores. Si utiliza tanques de oxígeno o cilindros que necesitan suministro de oxígeno, pagará el 20 % del monto aprobado por Medicare.	No está cubierto.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
pedido especial para usted. La lista más reciente de proveedores se encuentra disponible en nuestro sitio web en www.globalhealth.com.	Puede que se requiera autorización previa. No se aplica coseguro, copago ni deducible por los equipos médicos duraderos cubiertos por Medicare proporcionados por una agencia de atención médica domiciliaria. Puede que se requiera autorización previa.	
Atención médica de emergencia La atención de emergencia se refiere a los servicios que tienen las siguientes características: • Son proporcionados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia y • Son necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia. Una emergencia médica ocurre cuando usted u otra persona prudente no experta en medicina, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, considera que presenta síntomas que requieren atención médica inmediata para evitar el fallecimiento (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un bebé por nacer), o la pérdida de una extremidad o la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor grave o una afección médica que empeora rápidamente.	Usted paga \$90 de copago por visita para todos los servicios de atención de emergencia cubiertos por Medicare recibidos durante la visita. Si lo ingresan al hospital como paciente internado o como paciente ambulatorio en un plazo de 24 horas por la misma afección, no tiene que pagar el copago de atención de emergencia. Si recibe servicios quirúrgicos para pacientes ambulatorios en un plazo de 24 horas por la misma afección, no tiene que pagar el copago de atención de emergencia. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención como paciente internado después de que se haya estabilizado su cuadro de emergencia, deberá volver a un hospital de la red para que su atención siga cubierta o recibir su atención como paciente internado fuera de la red con una autorización del plan, y su costo es el costo que pagaría en un hospital de la red.	

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
Los costos compartidos por servicios de emergencia necesarios prestados fuera de la red son los mismos que para dichos servicios prestados dentro de la red. La atención de emergencia solo se cubre dentro de los Estados Unidos y sus territorios.		
*Atención médica de emergencia: cobertura a nivel mundial • Esto incluye atención de emergencia o requerida urgentemente. • El transporte de regreso a los Estados Unidos desde otro país no está cubierto. • No se cubren los tratamientos previamente programados y planificados (incluida la diálisis para una afección en curso si la brinda un proveedor no calificado) ni los procedimientos electivos. • Los servicios prestados por un dentista no están cubiertos.	Usted paga \$90 de copago por visita para servicios de emergencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Usted está cubierto por hasta \$50,000 cada año para servicios de emergencia o requeridos urgentemente (combinados) fuera de los Estados Unidos. *Los copagos que paga por los servicios de emergencia en todo el mundo no cuentan para el cálculo de la suma máxima de gastos de bolsillo. Cualquier monto que pague que sea superior al límite del plan no cuenta para el cálculo de la suma máxima de gastos de bolsillo.	
 Programas educativos sobre salud y bienestar Los miembros tienen acceso a los gimnasios junto con el personal de apoyo, incluido lo siguiente: • Instructores y asesores de acondicionamiento físico en gimnasios. • Biblioteca de videos a pedido de acondicionamiento físico en el hogar.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para una membresía anual. Los montos que usted paga por un entrenador personal o un gimnasio que no sea un gimnasio estándar de la red no cuentan para la suma máxima de gastos de bolsillo.	No está cubierto.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
• Varias opciones de kits de acondicionamiento físico en el hogar con opciones de dispositivos de acondicionamiento físico inalámbricos portátiles • Clases en línea • Clases educativas sobre envejecimiento saludable • Una aplicación móvil. El objetivo del beneficio es alentar a los miembros a perder peso, reducir las caídas y a que estén más saludables o conserven su salud. No se requiere remisión ni autorización previa para los beneficios de gimnasios. Para obtener más información, registrarse sin costo o encontrar sucursales de gimnasios, visite www.GlobalHealth.com.		
Servicios de audición Exámenes auditivos y de equilibrio de diagnóstico realizados por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertos como atención médica ambulatoria cuando son realizadas por un médico, un audiólogo u otro proveedor aprobado.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las evaluaciones de diagnóstico auditivas y de equilibrio realizadas por PCP cubiertas por Medicare. Usted paga \$35 de copago por visita para exámenes de especialistas para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio.	No está cubierto.
*Servicios de audición: audífonos • Audífonos	No se aplica coseguro, copago ni deducible para	No está cubierto.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
- El ajuste y la evaluación de audífonos se limitan a 1 vez por año. *Las compras de audífonos incluyen: - Tres visitas de seguimiento durante el primer año a partir de la fecha inicial de colocación - Período de prueba de 60 días desde la fecha de la colocación 60 baterías por año, por audífono (suministro para 3 años) - Tres años de garantía para reparaciones por parte del fabricante - Cobertura de reemplazo por 1 vez para audífonos perdidos, robados o dañados (puede aplicarse un deducible por audífono) NationsBenefits ofrece una amplia selección de audífonos de todos los principales fabricantes. Comuníquese con 1-877-241-4736 (TTY: 711) para obtener más información sobre su beneficio de audífonos de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana.	audífonos y servicios de audición. Solo pagaremos hasta un total de \$1,000 por aparatos auditivos por año para ambos oídos combinados. Usted paga el monto que excede esta asignación. *Cualquier monto que pague que sea superior a la asignación del plan no cuenta para el cálculo de la suma máxima de gastos de bolsillo.	
Servicios de audición: evaluaciones de audición de rutina Limitado a 1 evaluación para determinar la necesidad de audífonos cada año Comuníquese con NationsBenefits al 1-877-241-4736 (TTY: 711) para programar una cita de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el examen de aparatos auditivos. Debe obtener su examen de aparatos auditivos, audífonos y ajustes de un proveedor de NationsBenefits. Otros servicios de audición no están cubiertos durante esta evaluación.	No está cubierto.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
Servicios de audición: examen de audición de rutina Limitado a 1 examen por año.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el examen auditivo de rutina. Debe obtener su examen auditivo de un proveedor de GlobalHealth. Los servicios médicos que no son de rutina proporcionados durante la visita pueden requerir un copago.	No está cubierto.
 Examen de detección de VIH Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que tienen mayor riesgo de una infección por VIH, cubrimos lo siguiente: • Un examen de detección cada 12 meses. Para mujeres que están embarazadas cubrimos lo siguiente: • Hasta tres exámenes de detección durante el embarazo.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para el examen de detección preventivo del VIH cubierto por Medicare. Los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita pueden requerir un copago.	No está cubierto.
Atención de una agencia de atención médica domiciliaria Antes de recibir servicios de atención médica domiciliaria, un médico debe certificar que usted necesita dichos servicios y deberá ordenar tales servicios a una agencia de atención médica domiciliaria. Debe estar confinado en casa, lo cual significa que salir de su casa representa un esfuerzo mayor.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las visitas médicas a domicilio cubiertas por Medicare. Es posible que se requiera remisión y autorización previa. No hay costos compartidos para los servicios de	No está cubierto.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios de asistente de atención médica domiciliaria y de enfermería especializada de tiempo parcial o intermitente (para tener cobertura bajo el beneficio de atención médica domiciliaria, los servicios de asistente de atención médica domiciliaria y de enfermería especializada que recibe deben ser, en total, inferiores a 8 horas por día y 35 horas por semana). • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipos y suministros médicos	atención médica domiciliaria y los artículos proporcionados por una agencia de atención médica domiciliaria. Sin embargo, los costos compartidos aplicables que se indica en otra parte de la Tabla de beneficios médicos se aplicarán si el artículo no es proporcionado por una agencia de atención médica domiciliaria. Puede que se requiera autorización previa.	
Terapia de infusiones en el hogar La terapia de infusiones en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o compuestos biológicos a un individuo en el hogar. Los componentes necesarios para realizar las infusiones en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, tubos y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con el plan de atención	No se aplica ningún coseguro, copago o deducible por los servicios profesionales cubiertos por Medicare, incluidos los servicios de enfermería, capacitación y educación, monitoreo remoto y servicios de monitoreo. Es posible que se requiera remisión y autorización previa. Usted paga hasta el 20% del costo total de los medicamentos cubiertos de la Parte B de Medicare. Puede estar sujeto a la terapia escalonada. Consulte Medicamentos	No está cubierto.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
• El entrenamiento y capacitación del paciente no están cubiertos por el beneficio de equipo médico duradero • Monitoreo remoto • Servicios de monitoreo para la prestación de terapia de infusiones en el hogar y medicamentos para este tratamiento que haya suministrado un proveedor calificado en terapia de infusiones en el hogar	recetados de la Parte B de Medicare. Puede que se requiera autorización previa.	
*Servicios de apoyo en el hogar (Papa Pals) Los servicios cubiertos incluyen: • Tareas domésticas livianas, como preparación de comidas, organización, lavandería • Asistencia técnica, como la configuración de teléfonos o computadoras personales, asistencia con las citas de telesalud • Transporte hacia y desde las citas con el médico, las compras de comestibles u otras tareas • Visitas virtuales vía telefónica Los servicios de Papa Pal (amigos) se proporcionan hasta 30 horas por año, con un mínimo de una hora por visita. Las visitas están disponibles los siete días de la semana, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m. horario local, excepto los días de Acción de Gracias, Navidad y Año Nuevo. Para programar los servicios, llame al 1-855-485-9692 (TTY: 711) de 8 a.m. a 10 p.m., los 7 días de la semana.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los servicios de apoyo en el hogar. *Cualquier monto que pague por las visitas de apoyo en el hogar que sea superior al límite de horas no cuenta para la suma máxima de gastos de bolsillo.	No está cubierto.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
La llamada inicial incluirá una evaluación para encontrar a su “amigo” que se ajuste a sus intereses y necesidades. Es posible que se requiera programar una visita con 72 horas de anticipación. Papa Pals se somete a verificaciones de antecedentes, verificaciones de registros de vehículos motorizados y participa en capacitación y educación continuas. Papa Pals no está certificado para ofrecer apoyo con las actividades cotidianas, como alimentarse, ir al baño o vestirse.		
Cuidados paliativos Usted es elegible para recibir los beneficios del centro de cuidado paliativo cuando su médico y el director médico del centro de cuidado paliativo le han dado un pronóstico terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y 6 meses de vida o menos si la enfermedad sigue su curso normal. Puede recibir cuidados de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Su plan está obligado a ayudarle a encontrar programas de cuidados paliativos certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos los que la organización Medicare Advantage (MA) posee, controla o en los que tiene un interés financiero. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen:	Cuando se inscribe en un programa de un centro de cuidado paliativo certificado por Medicare, es Original Medicare el que efectúa el pago de los servicios de cuidado paliativo y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal, y no Generations Valor (HMO-POS). No se aplica coseguro, copago ni deducible para los servicios de consultas de cuidados paliativos.	

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
• Medicamentos para el control de síntomas y el alivio de dolor • Servicios de cuidados de relevo a corto plazo • Atención domiciliaria Cuando usted ingresa en un centro de cuidados paliativos, tiene derecho a permanecer en su plan; si decide permanecer en él, debe continuar pagando las primas del plan. <u>Para servicios en centros de cuidado paliativo, servicios que están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y servicios que estén relacionados con un pronóstico terminal:</u> Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará sus servicios de cuidado paliativo y cualquier servicio de la Parte A y de la Parte B relacionado con su pronóstico terminal. Mientras se encuentre en el programa de cuidado paliativo, su proveedor de cuidado paliativo facturará a Original Medicare los servicios pagados por Original Medicare. Se le facturará el costo compartido de Original Medicare. <u>Para servicios que están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no estén relacionados con un pronóstico terminal:</u> si necesita servicios que no son requeridos urgentemente, que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no están relacionados con un pronóstico terminal, su costo por estos servicios depende de que acuda a un proveedor de la red de nuestro plan y de que siga las normas del plan (por		

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
ejemplo, si existe el requisito de obtener una autorización previa). • Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las normas del plan para obtener el servicio, solamente paga la suma correspondiente del costo compartido del plan por servicios dentro de la red. • Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, paga el costo compartido conforme al método “Pago por cada servicio” de Medicare (Original Medicare). <u>Para los servicios que están cubiertos por Generations Valor (HMO-POS) pero no por la Parte A o B de Medicare:</u> Generations Valor (HMO-POS) seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o la Parte B, ya sea que estén vinculados o no con un pronóstico terminal. Usted paga la suma del costo compartido de su plan por estos servicios. Nota: Si necesita cuidado no paliativo (cuidado que no esté relacionado con un pronóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios. Nuestro plan cubre servicios de consulta de cuidados paliativos (solo por una vez) para los enfermos terminales que no hayan elegido el beneficio de cuidados paliativos.		

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
 Vacunas Los servicios cubiertos de la Parte B de Medicare incluyen los siguientes: • Vacunas contra la neumonía. • Vacunas contra la gripe, una vez en cada temporada de gripe en el otoño e invierno, con vacunas adicionales si es médicamente necesario. • Vacunas contra la hepatitis B para pacientes de riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. • Vacunas contra la COVID-19. • Otras vacunas, si corre riesgo y estas responden a las normas de cobertura de la Parte B de Medicare.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B y la COVID-19. Los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita pueden requerir un copago.	No está cubierto.
Atención hospitalaria para pacientes internados Incluye, entre otros, servicios hospitalarios para pacientes internados por afecciones agudas, rehabilitación y atención a largo plazo. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que se le admite formalmente en el hospital con la orden de un médico. El día anterior a su alta es su último día como paciente internado. Nuestro plan cubre hasta 190 días para una internación por admisión en un hospital dentro de la red. Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva de por vida”. Estos son días “extra” que cubrimos. Si su internación en el hospital supera los 190 días, puede	Por cada internación cubierta por Medicare: • Usted paga \$295 de copago por día para los días 1 a 7. • No se aplica coseguro, copago ni deducible para los días 8 a 90. • No se aplica coseguro, copago ni deducible para los días 91 a 190. Los copagos por servicios hospitalarios se aplican en la fecha de admisión. Nota: Si es ingresado al hospital en 2024 y no es dado de alta hasta algún momento del 2025, el costo compartido de 2024 se	Por cada internación cubierta por Medicare: • Usted paga \$345 de copago por día para los días 1 a 7. • No se aplica coseguro, copago ni deducible para los días 8 a 90. Los copagos por servicios hospitalarios se aplican en la fecha de admisión. Nota: Si es ingresado al hospital en 2024 y no es dado de alta hasta algún momento del 2025, el costo compartido de

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
utilizar estos días adicionales. Pero una vez que haya utilizado estos 60 días adicionales, su cobertura de internación en el hospital se limitará a 190 días. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería de rutina • Costos de unidades de cuidados especiales (como las unidades de cuidados intensivos o coronarios) • Medicamentos y medicinas • Análisis de laboratorio • Radiografías y otros servicios de radiología • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios • Uso de aparatos, como sillas de ruedas • Costos de quirófano y habitación de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje • Servicios de trastorno de abuso de sustancias para pacientes internados	aplicará a ese ingreso hasta que reciba el alta hospitalaria o le transfieran a un centro de enfermería especializada. Es posible que se requiera remisión y autorización previa. Excepto en caso de una emergencia, su médico debe informarle al plan que usted será admitido en el hospital. Si recibe atención autorizada para pacientes internados en un hospital fuera de la red después de que se establezca su situación de emergencia, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.	2024 se aplicará a ese ingreso hasta que reciba el alta hospitalaria o le transfieran a un centro de enfermería especializada. Es posible que se requiera remisión y autorización previa. Excepto en caso de una emergencia, su médico debe informarle al plan que usted será admitido en el hospital. Si recibe atención autorizada para pacientes internados en un hospital fuera de la red después de que se establezca su situación de emergencia, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
• En ciertas condiciones, se cubren los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón-pancreático, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinal/multivisceral. Si necesita un trasplante, someteremos su caso a revisión por un centro de trasplantes aprobado por Medicare que determinará si usted es candidato para dicho procedimiento. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o externos al área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red están fuera del patrón de atención de la comunidad, puede elegir ir a una ubicación local siempre que los proveedores de trasplantes locales acepten la tarifa de Original Medicare. Si Generations Valor (HMO-POS) provee servicios de trasplante en un lugar fuera de los patrones de atención para trasplantes en su comunidad y usted opta por recibir trasplantes en este lugar alejado, coordinaremos o pagaremos los gastos correspondientes de alojamiento y transporte para usted y un acompañante. • Sangre (incluidas la conservación y administración). Todos los componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. • Servicios de médicos Nota: Para que usted pase a ser un paciente internado, su proveedor debe		

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
redactar una orden para que usted quede formalmente internado en el hospital. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se lo considere un <i>paciente ambulatorio</i>. Si no está seguro de si es un paciente internado o ambulatorio, consulte al personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare titulada <i>¿Es usted un paciente internado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!</i>. Esta hoja de datos está disponible en el sitio web en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o bien puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números gratuitos las 24 horas del día, los 7 días de la semana.		
Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de salud mental que requieren internación en hospital. Nuestro plan cubre hasta 90 días para una internación por admisión. Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva de por vida”. Estos son días “extra” que cubrimos. Si su internación supera los 90 días, puede utilizar estos días adicionales. Pero una vez que haya utilizado estos 60 días adicionales, su	Por cada internación cubierta por Medicare: • Usted paga \$295 de copago por día para los días 1 a 7. • No se aplica coseguro, copago ni deducible para los días 8 a 90. Los copagos por servicios hospitalarios se aplican en la fecha de admisión. Nota: Si es ingresado al hospital en 2024 y no es	Por cada internación cubierta por Medicare: • Usted paga \$345 de copago por día para los días 1 a 7. • No se aplica coseguro, copago ni deducible para los días 8 a 90. Los copagos por servicios hospitalarios se aplican en la fecha de admisión.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
cobertura de internación en el hospital se limitará a 90 días.	dado de alta hasta algún momento del 2025, el costo compartido de 2024 se aplicará a ese ingreso hasta que reciba el alta hospitalaria o le transfieran a un centro de enfermería especializada. Es posible que se requiera remisión y autorización previa. Excepto en caso de una emergencia, su médico debe informarle al plan que usted será admitido en el hospital. Si recibe atención autorizada para pacientes internados en un hospital fuera de la red después de que se establezca su situación de emergencia, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.	Nota: Si es ingresado al hospital en 2024 y no es dado de alta hasta algún momento del 2025, el costo compartido de 2024 se aplicará a ese ingreso hasta que reciba el alta hospitalaria o le transfieran a un centro de enfermería especializada. Es posible que se requiera remisión y autorización previa. Excepto en caso de una emergencia, su médico debe informarle al plan que usted será admitido en el hospital. Si recibe atención autorizada para pacientes internados en un hospital fuera de la red después de que se establezca su situación de emergencia, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.
Internación: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una internación no cubierta Si se le han agotado sus beneficios para paciente internado o si la internación no es razonable ni necesaria, no cubriremos su estadía de paciente internado. No	Usted paga los mismos copagos o coseguros por los servicios tal como se detallan en otra parte de esta tabla de beneficios. Usted paga el 100% de los cargos del centro por una	No está cubierto.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
obstante, en algunos casos cubriremos algunos tipos de servicios que usted reciba mientras se encuentre en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios de médicos • Pruebas de diagnóstico (como análisis de laboratorio) • Radiografía, radioterapia y terapia isotópica, incluidos materiales y servicios de técnicos • Apósitos quirúrgicos • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y luxaciones • Dispositivos protésicos y ortóticos (no dentales) que se utilizan para reemplazar un órgano interno del cuerpo (incluidos tejidos adyacentes) o parte de este, o la función de un órgano interno del cuerpo permanentemente inoperativo o que funciona en forma defectuosa o parte de esta; incluidos el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos • Dispositivos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; trusas y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos los ajustes, las reparaciones y los reemplazos que se requieren por roturas, desgaste, extravío o cambios en la condición física del paciente • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional	internación no cubierta en un hospital o un SNF. Su copago o coseguro por servicios ambulatorios aplicables se aplica a los servicios y suministros cubiertos por Medicare que recibe durante una internación no cubierta en un hospital o un SNF. Consulte los servicios para pacientes ambulatorios en otra parte de esta tabla para conocer los costos. Es posible que se requiera remisión y autorización previa.	

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
*Beneficio de alimentos Cubrimos las comidas para los miembros dados de alta de un centro para pacientes internados (hospital, SNF o rehabilitación para pacientes internados). Las internaciones de pacientes ambulatorios en un hospital no cuentan; usted debe ser admitido como paciente internado (si no está seguro de si es un paciente internado o ambulatorio, consulte al personal del hospital). Limitado a 2 comidas por día durante 5 días, para un total de 10 comidas, hasta 4 vez por año.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio de alimentos. Puede que se requiera autorización previa.	No está cubierto.
 Terapia de nutrición médica Este beneficio es para pacientes diabéticos, con enfermedades renales (del riñón, pero que no realizan diálisis), o después de un trasplante renal cuando lo indique su médico. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento personalizado durante el primer año que reciba servicios de terapia de nutrición médica conforme a Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan de Medicare Advantage o de Original Medicare) y 2 horas cada año después de esto. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, tal vez pueda recibir más horas de tratamiento con la orden de un médico. Un médico debe recetarle estos servicios y renovar	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para los servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare. Los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita pueden requerir un copago.	No está cubierto.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
su orden cada año, si necesita continuar el tratamiento el próximo año calendario.		
 Programa de Prevención de Diabetes de Medicare (MDPP) Los servicios del Programa de Prevención de Diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare de todos los planes de salud de Medicare. El MDPP es una intervención estructurada de cambio de comportamiento que brinda capacitación práctica en cambios dietéticos a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar desafíos para mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP. Los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita pueden requerir un copago.	No está cubierto.
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare Estos medicamentos están cubiertos según la Parte B de Original Medicare. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura por estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen los siguientes:	Usted paga hasta el 20% del costo total de los medicamentos cubiertos de la Parte B de Medicare. Puede que se requiera autorización previa. Para quimioterapia/radiación: Usted paga hasta el 20% del costo total de los medicamentos cubiertos de la Parte B de Medicare.	No está cubierto.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
• Medicamentos que normalmente no son autoadministrados por el paciente y son administrados por inyección o infusión mientras usted recibe servicios de médicos, hospitalarios ambulatorios o de centros de cirugía ambulatoria. • Insulina suministrada a través de un artículo de equipo médico duradero (como una bomba de insulina medicamente necesaria). • Medicamentos administrados por medio de equipo médico duradero (como nebulizadores) autorizados por el plan. • El medicamento para la enfermedad de Alzheimer, Leqembi®, (nombre genérico: lecanemab), que se administra por vía intravenosa. Además de los costos del medicamento, es posible que necesite hacerse exámenes y pruebas antes del tratamiento, o durante este, que podrían sumarse a sus costos totales. Hable con su médico para saber qué exámenes y pruebas puede necesitar como parte del tratamiento. • Factores de coagulación que usted se autoadministra por inyección, si tiene hemofilia.	Puede que se requiera autorización previa. No pagará más que el monto en dólares del porcentaje de coseguro ajustado que se aplica al medicamento reembolsable específico de la Parte B (por lo general, un medicamento de fuente única, p. ej. un medicamento de marca) según la fecha del servicio. Esto se aplica a medicamentos específicos de la Parte B y puede incluir medicamentos de quimioterapia. Para insulina: Usted paga hasta el 20% del costo total. No pagará más que \$35 por un suministro de un mes de insulina de la Parte B. Esto se aplica a la insulina que se utiliza en una bomba de insulina. Puede que se requiera autorización previa. Para los medicamentos de la Parte B cubiertos por	

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
• Medicamentos en caso de trasplante/inmunosupresores: Medicare cubre el tratamiento con medicamentos en caso de trasplante si pagó el trasplante de órganos. Debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto y debe tener la Parte B en el momento que recibe los medicamentos inmunosupresores. Tenga en cuenta que la cobertura para medicamentos de Medicare (Parte D) cubre los medicamentos inmunosupresores en caso de que la Parte B no los cubra • Medicamentos inyectables contra la osteoporosis, si usted está confinado en casa, ha sufrido una fractura ósea que un médico certifica que se relaciona con osteoporosis posmenopáusica y no se puede autoadministrar el medicamento. • Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente instruida (que podría ser el mismo paciente) los administra bajo supervisión apropiada.	Medicare que se obtienen en una farmacia de la red, se aplica un coseguro al costo real del plan de salud, lo que refleja la tarifa de dispensación y precio del administrador del beneficio de farmacia. Tanto la tarifa de dispensación como el precio varían según el medicamento y según la comparación de medicamento de marca y genérico. Es posible que también varíe según el tipo de farmacia que expende el medicamento (p. ej., de atención a largo plazo o minorista). Para los medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare que se obtienen de un médico, el coseguro se aplica al cuadro de tarifas de Medicare.	

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
• Ciertos medicamentos orales contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos contra el cáncer que toma por vía oral si el mismo medicamento está disponible de forma inyectable o el medicamento es un profármaco (la forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se divide en el mismo ingrediente activo que tiene el medicamento inyectable) de dicho medicamento inyectable. A medida que nuevos medicamentos orales contra el cáncer se vuelven disponibles, la Parte B podría cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D lo hará. • Antieméticos orales: Medicare cubre los antieméticos orales que usted usa como parte de un régimen quimioterapéutico para el cáncer si se administran antes de la quimioterapia, durante o dentro de las 48 horas de este tratamiento, o si se utilizan como reemplazo terapéutico completo de un antiemético intravenoso. • Ciertos medicamentos orales para la insuficiencia renal en etapa terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD) si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable y el beneficio de ESRD de la Parte B lo cubre. • Calcimiméticos conforme al sistema de pago para la ESRD, incluidos el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar®.		

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
• Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, incluidos la heparina, el antídoto para la heparina cuando sea medicamento necesario y los anestésicos tópicos. • Agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina inyectable si usted tiene enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) o necesita el medicamento para tratar la anemia relacionada con otras afecciones [los planes pueden eliminar cualquiera de los siguientes medicamentos que no estén cubiertos] (por ejemplo, Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa, Mircera® o metoxipolietilenglicol-epoetina beta). • Inmunoglobulina endovenosa para el tratamiento en el domicilio de enfermedades de inmunodeficiencia primaria. • Nutrición parenteral y enteral (intravenosa y por sonda). El siguiente enlace lo llevará a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a terapia escalonada: https://www.globalhealth.com/oklahoma/pharmacy/drug-formularies/#medicare.		
Línea de enfermería Un profesional de enfermería está disponible 24 horas del día, los 7 días de la semana.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las llamadas a la Línea de enfermería.	No está cubierto.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
Los miembros pueden llamar cuando tengan preguntas sobre problemas relacionados con la salud, como síntomas que están experimentando o si deben consultar a un médico o ir a un hospital. Llame al 1-800-554-9371 (TTY: 711), Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.		
 Examen de detección de obesidad y tratamiento para promover un adelgazamiento constante Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos servicios de asesoramiento intensivo para ayudarle a bajar de peso. Este asesoramiento está cubierto si se le brinda en un entorno de atención médica primaria, donde se puede coordinar con su plan de prevención integral. Hable con su médico de atención primaria o proveedor médico para averiguar más datos.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el examen de detección de obesidad y tratamiento preventivos. Los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita pueden requerir un copago.	No está cubierto.
Servicios de programas para tratamiento de opioides Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (opioid use disorder, OUD) pueden recibir cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Programa de Tratamiento de Opioides (Opioid Treatment Program, OTP), que incluye los siguientes servicios:	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los servicios de programas de tratamiento de opioides certificados cubiertos por Medicare. Es posible que se requiera remisión y autorización previa.	

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
• Medicamentos agonistas y antagonistas de los opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU. (Food and Drug Administration, FDA) para tratamientos asistidos por medicamentos (medication-assisted treatment, MAT). • Dispensación y administración de medicamentos para MAT (si corresponde) • Asesoramiento para trastorno por abuso de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas de toxicología • Actividades de ingesta • Evaluaciones periódicas Para obtener ayuda para encontrar un programa de tratamiento de opioides certificado, comuníquese con Carelon Behavioral Health al 1-888-434-9202 (TTY: 711), de 7 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes.		
Suministros y servicios terapéuticos, y pruebas de diagnóstico ambulatorias Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Radiografías • Radiación (radioterapia y terapia isotópica), incluidos materiales y servicios de técnicos • Suministros quirúrgicos, tales como apósitos	No hay coseguro, copago ni deducible para las radiografías cubiertas por Medicare. Usted paga \$50 de copago por visita para los servicios de radiología terapéutica cubiertos por Medicare. Es posible que se requiera remisión y autorización previa.	No está cubierto.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
• Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y luxaciones • Análisis de laboratorio • Sangre (incluidas la conservación y administración). Todos los componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. • Otras pruebas de diagnóstico ambulatorias	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los suministros quirúrgicos implantados quirúrgicamente, férulas, yesos y otros dispositivos cubiertos por Medicare. Puede que se requiera autorización previa. Usted paga el 20% del costo total para los suministros quirúrgicos, férulas, yesos y otros dispositivos externos cubiertos por Medicare. Puede que se requiera autorización previa. Usted paga \$5 de copago por los análisis de laboratorio cubiertos por Medicare. No se aplica coseguro, copago ni deducible para los análisis de sangre cubiertos por Medicare. Es posible que se requiera remisión y autorización previa. No se aplica coseguro, copago ni deducible para pruebas de diagnóstico ambulatorias simples cubiertas por Medicare, como ultrasonido, electrocardiograma (ECG	

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
	o EKG), electroencefalograma (EEG), mamografía o prueba de esfuerzo en caminadora. Es posible que se requiera remisión y autorización previa. No se aplica coseguro, copago ni deducible para estudios del sueño. Es posible que se requiera remisión y autorización previa. Usted paga \$100 de copago por visita para estudios del sueño en un centro para pacientes ambulatorios. Es posible que se requiera remisión y autorización previa. Usted paga \$180 de copago por visita para pruebas de diagnóstico complejas para pacientes ambulatorios cubiertas por Medicare, como resonancia magnética, tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones, electromiografía o prueba de esfuerzo nuclear en un PCP, consultorio de un especialista, centro de atención de urgencias o	

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
	centro radiológico preferido (no hospitalario). Es posible que se requiera remisión y autorización previa, excepto en el consultorio del PCP. Usted paga \$250 de copago por visita para las pruebas de diagnóstico complejas para pacientes ambulatorios cubiertas por Medicare, como resonancia magnética (MRI), tomografía computarizada (CT), tomografía por emisión de positrones (PET) o prueba de esfuerzo nuclear en un centro radiológico no preferido (hospitalario). Es posible que se requiera remisión y autorización previa.	
Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios Los servicios de observación son servicios hospitalarios ambulatorios que se brindan para determinar si usted necesita ser admitido como paciente internado o si puede ser dado de alta. Para que se cubran los servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios, deben cumplir con los criterios de Medicare y ser considerados razonables y necesarios. Los servicios de observación están	Usted paga \$300 de copago por visita para servicios de observación cubiertos por Medicare. Si lo pasan de observación al nivel de atención aguda con internación, no tiene que pagar el copago de los servicios de observación y se aplica el costo compartido de los servicios agudos para pacientes internados.	No está cubierto.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
cubiertos solo si son provistos por orden de un médico u otra persona autorizada por una licencia estatal otorgada por ley y estatuto del personal del hospital para admitir a los pacientes en el hospital u ordenar pruebas para pacientes ambulatorios. Nota: A menos que el proveedor haya redactado una orden para admitir su internación, usted es un paciente ambulatorio y debe pagar las sumas correspondientes del costo compartido por servicios de atención ambulatoria hospitalaria. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se lo considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, consulte al personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare titulada <i>¿Es usted un paciente internado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!</i>. Esta hoja de datos está disponible en el sitio web en https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o bien puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números gratuitos las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	Es posible que se requiera remisión y autorización previa.	
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	Usted paga \$90 de copago por visita para todos los servicios de atención de	Usted paga \$90 de copago por visita para todos los servicios de

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
Cubrimos los servicios médicamente necesarios que usted reciba en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios en un departamento de emergencias o en una clínica para pacientes ambulatorios, como por ejemplo servicios de observación o cirugía ambulatoria • Análisis de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital • Atención de salud mental, que incluye la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que se requeriría tratamiento de internación sin ella • Radiografías y otros servicios de radiología normalmente facturados por el hospital • Suministros médicos, como férulas y yesos • Determinados medicamentos y productos biológicos que usted no puede suministrarse a sí mismo Nota: A menos que el proveedor haya redactado una orden para admitir su internación, usted es un paciente ambulatorio y debe pagar las sumas correspondientes del costo compartido por servicios de atención ambulatoria	emergencia cubiertos por Medicare recibidos durante la visita. Si lo ingresan al hospital como paciente internado o como paciente ambulatorio en un plazo de 24 horas por la misma afección, no tiene que pagar el copago de atención de emergencia. Si recibe servicios quirúrgicos para pacientes ambulatorios en un plazo de 24 horas por la misma afección, no tiene que pagar el copago de atención de emergencia. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención durante la hospitalización después de que se haya estabilizado su cuadro de emergencia, deberá volver a un hospital de la red para que su atención siga cubierta o debe recibir su atención durante la hospitalización en el hospital fuera de la red autorizado por el plan y su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red. Usted paga un copago de \$300 por visita para los	atención de emergencia cubiertos por Medicare recibidos durante la visita. Si lo ingresan al hospital como paciente internado o como paciente ambulatorio en un plazo de 24 horas por la misma afección, no tiene que pagar el copago de atención de emergencia. Si recibe servicios quirúrgicos para pacientes ambulatorios en un plazo de 24 horas por la misma afección, no tiene que pagar el copago de atención de emergencia. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención durante la hospitalización después de que se haya estabilizado su cuadro de emergencia, deberá volver a un hospital de la red para que su atención siga cubierta o debe recibir su atención durante la hospitalización en el hospital fuera de la red autorizado por el plan y

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
hospitalaria. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se lo considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, consulte al personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare titulada <i>¿Es usted un paciente internado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!.</i> Esta hoja de datos está disponible en el sitio web en https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o bien puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números gratuitos las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	servicios de observación cubiertos por Medicare. Es posible que se requiera remisión y autorización previa. Usted paga \$320 de copago por visita para los servicios de cirugía ambulatoria cubiertos por Medicare. Si lo pasan de observación o de cirugía ambulatoria al nivel de atención aguda con internación, no tiene que pagar el copago de los servicios de observación o cirugía ambulatoria. Es posible que se requiera remisión y autorización previa. Usted paga \$5 de copago por vista para los análisis de laboratorio cubiertos por Medicare. Usted paga \$55 de copago por día para los servicios del programa de hospitalización parcial cubiertos por Medicare. Es posible que se requiera remisión y autorización previa. No se aplica coseguro, copago ni deducible para los empastes.	su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red. Todos los demás servicios no están cubiertos.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
	Usted paga \$180 de copago por visita para pruebas de diagnóstico complejas para pacientes ambulatorios cubiertas por Medicare, como resonancia magnética, tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones, electromiografía o prueba de esfuerzo nuclear en un PCP, consultorio de un especialista, centro de atención de urgencias o centro radiológico preferido (no hospitalario). Es posible que se requiera remisión y autorización previa, excepto en el consultorio del PCP. Usted paga \$250 de copago por visita para pruebas de diagnóstico complejas para pacientes ambulatorios cubiertas por Medicare, como resonancia magnética, tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones, electromiografía o prueba de esfuerzo nuclear en centro radiológico no preferido (hospitalario). Es posible que se requiera remisión y autorización previa.	

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los suministros médicos cubiertos por Medicare. Usted paga hasta el 20% del costo total correspondiente al medicamento. Puede estar sujeto a la terapia escalonada. Consulte Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare. Puede que se requiera autorización previa. Usted paga \$35 de copago por visita para los servicios de terapia de oxígeno hiperbárico cubiertos por Medicare. Es posible que se requiera remisión y autorización previa. Usted paga \$15 de copago por visita para el cuidado de heridas cubierto por Medicare. Es posible que se requiera remisión y autorización previa.	
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen:	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las sesiones grupales o individuales cubiertas por Medicare.	No está cubierto.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
Los servicios de salud mental provistos por un psiquiatra o médico matriculados, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, consejero profesional autorizado (licensed professional counselor, LPC), terapeuta licenciado en familia y matrimonios (licensed marriage and family therapist, LMFT), miembro del personal de enfermería especializado (NP), asistente médico (PA) u otro proveedor de atención médica mental calificado por Medicare según lo permitido por las leyes vigentes del estado.	Referral and prior authorization are not required for evaluation and counseling visits. Es posible que se requiera remisión y autorización previa para algunos servicios.	
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen: fisioterapia, terapia ocupacional, y terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación como paciente ambulatorio se proveen en diversos entornos ambulatorios, como departamentos hospitalarios para pacientes ambulatorios, consultorios de terapeutas independientes y los centros de rehabilitación integral ambulatoria (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities, CORF).	Usted paga \$20 de copago por visita para terapia ocupacional, fisioterapia y/o terapia del habla y del lenguaje cubiertas por Medicare. Es posible que se requiera remisión y autorización previa. No se aplica coseguro, copago ni deducible para los servicios en el hogar cubiertos por Medicare a través de una agencia de atención médica domiciliaria. Es posible que se requiera remisión y autorización previa.	No está cubierto.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
Servicios para trastorno por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen sesiones de asesoramiento individual o grupal, sesiones de asesoramiento sobre dependencia a las sustancias químicas y servicios de telesalud proporcionados por un psicólogo clínico, psiquiatra, médico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, asistente médico u otro profesional de atención de la salud mental calificado por Medicare, con autorización del estado, según lo permitido por las leyes estatales aplicables. Servicios de administración de medicamentos y terapia prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las sesiones grupales o individuales cubiertas por Medicare. Referral and prior authorization are not required for evaluation and counseling visits. Es posible que se requiera remisión y autorización previa para algunos servicios.	No está cubierto.
Cirugías ambulatorias, incluidos servicios provistos en centros hospitalarios ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios Nota: En el caso de que se le practique una cirugía en un centro hospitalario, deberá verificar con su proveedor si se lo considerará un paciente internado o ambulatorio. A menos que el proveedor redacte una orden para admitir su internación, usted es un paciente ambulatorio y debe pagar las sumas de costo compartido por la cirugía ambulatoria. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se lo considere un <i>paciente ambulatorio</i>.	Usted paga \$250 de copago por visita para los servicios cubiertos por Medicare en un centro de cirugía ambulatoria. Es posible que se requiera remisión y autorización previa. Usted paga \$320 de copago por visita para servicios cubiertos por Medicare en un departamento de cirugía para pacientes ambulatorios. Es posible que se requiera remisión y autorización previa.	No está cubierto.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
	Si es ingresado en el nivel de atención agudo para pacientes internados después de una cirugía para pacientes ambulatorios o una cirugía ambulatoria, no tiene que pagar el copago de cirugía ambulatoria ni la cirugía ambulatoria.	
Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos <i>Hospitalización parcial</i> es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo brindado como un servicio hospitalario ambulatorio o por un centro de salud mental comunitario, que es más intensivo que la atención recibida en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta licenciado en familia y matrimonios (LMFT) o consejero profesional autorizado, y es una alternativa a la internación en el hospital. El <i>servicio ambulatorio intensivo</i> es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual (mental) proporcionado en el departamento ambulatorio de un hospital, un centro de salud mental comunitario, un centro de salud calificado federalmente o una clínica de salud rural, que es más intensivo que la atención recibida en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta licenciado en familia y matrimonios (LMFT) o consejero profesional autorizado, pero menos intensivo que la hospitalización parcial.	Usted paga \$55 de copago por día para los servicios del programa de hospitalización parcial o los servicios ambulatorios intensivos cubiertos por Medicare. Es posible que se requiera remisión y autorización previa.	No está cubierto.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
Nota: Debido a que no hay centros de salud mental comunitarios en nuestra red, cubrimos la hospitalización parcial solo como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios.		
Sistema personal de respuesta ante emergencias • Un dispositivo del sistema personal de respuesta ante emergencias • Servicios de monitoreo las 24 horas del día, los 7 días de la semana Comuníquese con NationsBenefits al 1-877-241-4736 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana para comenzar.	No se aplica coseguro, copago ni deducible por un dispositivo del sistema personal de respuesta ante emergencias o el servicio de monitoreo.	No está cubierto.
Servicios de médicos y proveedores médicos, incluidas visitas al consultorio médico Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios de atención médica o quirúrgicos médicamente necesarios en un consultorio, un centro de cirugía ambulatoria certificado, un departamento hospitalario para pacientes ambulatorios o cualquier otro lugar • Consultas, diagnósticos y tratamientos con un especialista • Exámenes auditivos y equilibrio básicos realizados por su PCP, si el médico las indica para determinar si requiere tratamiento médico	<u>Visitas al consultorio del PCP:</u> No se aplica coseguro, copago ni deducible para los servicios del médico de atención primaria cubiertos por Medicare, excepto las pruebas de diagnóstico especializadas para pacientes ambulatorios y los medicamentos de la Parte B, durante una visita al consultorio. No se aplica coseguro, copago ni deducible para los servicios del médico de atención primaria cubiertos	<u>Visitas al consultorio del PCP:</u> No está cubierto <u>Visitas al consultorio de un especialista:</u> Usted paga \$55 de copago por visita al consultorio para los servicios de especialistas cubiertos por Medicare, excepto las pruebas de diagnóstico especializadas para pacientes ambulatorios y los medicamentos de la Parte B, durante una visita al consultorio.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
• Ciertos servicios de telesalud, que incluyen exámenes preventivos, consultas, diagnóstico y tratamiento por parte de su PCP ◦ Tiene la opción de obtener estos servicios a través de una visita en persona o por telesalud. Si decide recibir uno de estos servicios por telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca el servicio por telesalud. ◦ Llame a su PCP para programar una cita de telesalud. Su PCP puede proporcionar servicios en línea o por teléfono. • Algunos servicios de telesalud, que incluyen consulta, diagnóstico y tratamiento brindados por un médico o proveedor médico, están destinados para pacientes en determinadas zonas rurales u otros lugares aprobados por Medicare. • Servicios de telesalud para las visitas mensuales sobre la insuficiencia renal en etapa terminal de miembros con diálisis domiciliaria en centros de diálisis renal de hospitales, hospitales de acceso crítico, centros de diálisis renal o en el domicilio del miembro • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación	por Medicare durante una consulta de telesalud. No se aplica ningún coseguro, copago o deducible para ver a un asistente médico, miembro del personal de enfermería especializado u otro proveedor en el consultorio de su PCP. No se aplica coseguro, copago ni deducible para obtener servicios de telesalud. <u>Servicios de especialistas:</u> <u>Visitas al consultorio</u> Usted paga \$35 de copago por visita al consultorio para los servicios de especialistas cubiertos por Medicare, excepto las pruebas de diagnóstico especializadas para pacientes ambulatorios y los medicamentos de la Parte B, durante una visita al consultorio. No se requiere remisión ni autorización previa para las visitas de evaluación. Es posible que se requiera remisión y autorización previa para algunos servicios.	Es posible que se requiera remisión y autorización previa para algunos otros servicios. Usted paga \$55 de copago por visita al consultorio para los servicios de especialistas cubiertos por Medicare durante una consulta de telesalud cubierta por Medicare. Usted paga \$55 de copago por visita al consultorio o consulta de telesalud para ver a un asistente médico, un miembro del personal de enfermería especializado u otro proveedor en el consultorio de un especialista. Es posible que se requiera remisión y autorización previa para algunos servicios. Usted paga un \$55 de copago una vez cada 30 días por servicios de monitoreo recomotos cubiertos por Medicare, según los lineamientos de cobertura. Puede que se requiera autorización previa.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
• Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por uso de sustancias o trastorno de salud mental recurrente, independientemente de su ubicación • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental si: ◦ Usted tiene una visita en persona dentro de los 6 meses anteriores a su primera consulta de telesalud. ◦ Tiene una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud. ◦ En determinadas circunstancias, pueden realizarse excepciones a lo mencionado anteriormente. • Servicios de telesalud para visitas de salud mental proporcionados por Clínicas de Salud Rurales y Centros de Salud Calificados Federalmente. • Chequeos médicos virtuales (por ejemplo, por teléfono o videollamada) de 5 a 10 minutos de duración con su médico, <u>en los siguientes casos:</u> ◦ si no es un paciente nuevo y ◦ el chequeo no está relacionado con una visita al consultorio que se haya realizado en los últimos 7 días y	Usted paga \$35 de copago por visita al consultorio o consulta de telesalud para ver a un asistente médico, un miembro del personal de enfermería especializado u otro proveedor en el consultorio de un especialista. No se requiere remisión ni autorización previa para las visitas de evaluación. Es posible que se requiera remisión y autorización previa para algunos servicios. Las visitas en otras ubicaciones durante las estadías cubiertas por Medicare están incluidas en los costos compartidos para esos servicios. Es posible que se requiera remisión y autorización previa. <u>Monitoreo remoto</u> Usted paga \$35 de copago una vez cada 30 días por servicios de monitoreo remoto cubiertos por Medicare según los lineamientos de cobertura. Puede que se requiera autorización previa.	<u>Visitas al consultorio para atención preventiva:</u> No está cubierto. <u>Pruebas de diagnóstico especializadas para pacientes ambulatorios:</u> No está cubierto. <u>Medicamentos de la Parte B:</u> No está cubierto. <u>Atención dental que no es de rutina:</u> No está cubierto.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
◦ el chequeo no deriva en una visita al consultorio dentro de 24 horas o a la cita médica más próxima disponible. • Se realizará una evaluación del video o las imágenes que envíe a su médico, se hará una interpretación de estas y se le realizará un seguimiento médico a las 24 horas <u>en los siguientes casos:</u> ◦ si no es un paciente nuevo y ◦ la evaluación no está relacionada con una visita al consultorio que se haya realizado en los últimos 7 días y ◦ la evaluación no deriva en una visita al consultorio dentro de 24 horas o a la cita médica más próxima disponible. • Consultas que su médico tiene con otros médicos por teléfono, por internet o registros electrónicos de salud • Una segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía	<u>Telesalud</u> Usted paga \$35 de copago por visita al consultorio para servicios de especialistas cubiertos por Medicare durante una consulta de telesalud. Usted paga \$35 de copago por visita al consultorio o consulta de telesalud para ver a un asistente médico, un miembro del personal de enfermería especializado u otro proveedor en el consultorio de un especialista. <u>Visitas al consultorio para atención preventiva:</u> Un servicio de atención preventiva no tendrá un copago. Sin embargo, si usted es tratado o controlado por una afección médica existente durante la misma visita, se aplicará el costo compartido. <u>Pruebas de diagnóstico especializadas para pacientes ambulatorios:</u>	

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
Cuidado dental no rutinario (los servicios cubiertos están limitados a cirugías mandibulares o estructuras relacionadas, reducción de fracturas mandibulares o de huesos faciales, extracción de piezas dentarias para preparar la mandíbula para tratamientos con radiación de enfermedades neoplásicas malignas o servicios que se cubrirían al ser provistos por un médico)	Usted paga \$180 de copago aparte por pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios, incluidas, entre otras, resonancia magnética (RM), tomografía computarizada (TC), electromiografía, prueba de esfuerzo nuclear y tomografía por emisión de positrones (TEP). Es posible que se requiera remisión y autorización previa en el consultorio de un especialista. <u>Medicamentos de la Parte B:</u> Usted paga hasta el 20% del costo total de los medicamentos cubiertos de la Parte B de Medicare. Puede estar sujeto a la terapia escalonada. Consulte Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare. Puede que se requiera autorización previa. <u>Atención dental que no es de rutina:</u> Usted paga \$35 de copago por visita al consultorio para los servicios de especialistas cubiertos por Medicare.	

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
	Es posible que se requiera remisión y autorización previa.	
Servicios de podología Los servicios cubiertos incluyen: • Diagnóstico y tratamiento clínico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie (como dedo martillo o espolón en el talón) • Cuidado de los pies de rutina para miembros con ciertas afecciones médicas que afectan las extremidades inferiores	Usted paga \$35 de copago por visita al consultorio para servicios de podología cubiertos por Medicare. No se requiere remisión ni autorización previa para las visitas de evaluación. Es posible que se requiera remisión y autorización previa para algunos servicios.	No está cubierto.
 Exámenes de detección de cáncer de próstata Para hombres a partir de los 50 años de edad, los servicios cubiertos incluyen los siguientes exámenes una vez cada 12 meses: • Tacto rectal • Examen de antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA)	No se aplica coseguro, copago ni deducible para un examen de antígeno prostático específico. Debe realizarse la prueba de detección de cáncer de próstata con su PCP. Los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita pueden requerir un copago.	No está cubierto.
Dispositivos protésicos y ortóticos, y suministros relacionados Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan todas o una parte o función corporal. Estos incluyen, entre otros: pruebas, adaptación o capacitación sobre el uso de dispositivos protésicos y ortóticos, como así también bolsas de colostomía y suministros directamente	No se aplica coseguro, copago o deducible por dispositivos protésicos implantados quirúrgicamente y suministros médicos relacionados. Puede que se requiera autorización previa.	No está cubierto.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
relacionados con los cuidados de la colostomía, marcapasos, dispositivos ortopédicos, calzado ortopédico, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Se incluyen ciertos suministros relacionados con los dispositivos protésicos y ortóticos, y la reparación o el reemplazo de dispositivos protésicos y ortóticos. También incluyen cierto grado de cobertura después de una extirpación de cataratas o cirugía de cataratas; consulte Cuidado para la vista más adelante en esta sección para obtener más información.	Usted paga el 20% del costo total por dispositivos protésicos externos y suministros médicos relacionados. Puede que se requiera autorización previa.	
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que tengan una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) moderada o muy grave y una remisión para rehabilitación pulmonar emitida por el médico a cargo del tratamiento de la enfermedad respiratoria crónica.	Usted paga \$15 de copago por visita como paciente ambulatorio por servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare. Es posible que se requiera remisión y autorización previa.	No está cubierto.
 Examen de detección y asesoramiento para reducir el consumo inadecuado de alcohol Cubrimos exámenes de detección por consumo inadecuado de alcohol para adultos con Medicare (incluso embarazadas) que consumen alcohol en forma inadecuada, pero no son alcohólicos.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio de examen de detección y asesoramiento para reducir el consumo inadecuado de alcohol cubierto por Medicare. Los servicios médicos no preventivos prestados	No está cubierto.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
Si se le diagnostica que usted consume alcohol en forma inadecuada, puede recibir hasta cuatro sesiones presenciales breves de asesoramiento por año (si es competente y está alerta durante el asesoramiento) proporcionadas por un médico de atención primaria o proveedor médico calificados en un entorno de atención médica primaria.	durante la visita pueden requerir un copago.	
 Examen preventivo de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) Para las personas calificadas, una tomografía computarizada de baja dosis (low dose computed tomography, LDCT) está cubierta cada 12 meses. Los miembros elegibles son: personas de 50 a 77 años de edad que no tienen signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de tabaquismo de al menos 20 paquetes por año y que actualmente fuman, o que han dejado de fumar en los últimos 15 años, a quienes un médico o profesional no médico calificado les recete una LDCT durante el asesoramiento de una prueba de detección de cáncer de pulmón y una visita de toma de decisión compartida que cumple con los criterios de Medicare para dichas visitas. <i>Para un examen preventivo de cáncer de pulmón con LDCT después de una LDCT previa:</i> el miembro debe recibir una orden para la LDCT que puede ser proporcionada durante cualquier visita	No se debe abonar coseguro, copago ni deducible en las consultas de asesoramiento y de toma de decisión compartida cubiertas por Medicare, como así tampoco para la LDCT. Los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita pueden requerir un copago.	No está cubierto.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
adecuada a un médico o profesional no médico calificado. Si un médico o profesional no médico calificado decide realizar una visita de asesoramiento de examen de detección de cáncer de pulmón y de toma de decisión compartida para la realización posterior de exámenes preventivos de cáncer de pulmón mediante LDCT, la visita debe cumplir los criterios de Medicare correspondientes.		
 Examen de detección para infecciones de transmisión sexual (STI) y asesoramiento para prevenirlas Cubrimos exámenes de detección para infecciones de transmisión sexual (Sexually Transmitted Infection, STI): clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estos exámenes de detección están cubiertos para embarazadas y para determinadas personas que tienen un riesgo elevado de STI cuando un proveedor de atención primaria les solicita una prueba. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en determinados momentos durante el embarazo. También cubrimos hasta dos sesiones presenciales individuales por año, de asesoramiento conductual intensivo, de 20 a 30 minutos de duración, para adultos sexualmente activos con alto riesgo de STI. Solamente cubrimos estas sesiones de asesoramiento como servicio médico preventivo si son provistas por	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio de examen de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento para beneficio preventivo de infecciones de transmisión sexual cubiertos por Medicare. Los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita pueden requerir un copago.	No está cubierto.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
un proveedor de atención primaria y se realizan en un entorno de atención médica primaria, como por ejemplo, el consultorio de un médico.		
Servicios para el tratamiento de enfermedades renales Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios educativos sobre enfermedades renales para enseñar sobre el cuidado renal y ayudar a que los miembros tomen decisiones informadas acerca de su atención. Para miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV, siempre que cuenten con una remisión de su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre enfermedades renales en toda la vida. • Tratamientos de diálisis ambulatorios (incluidos tratamientos de diálisis cuando el paciente se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3 o cuando su proveedor de este servicio no esté disponible o no pueda tener acceso de manera temporal) • Tratamientos de diálisis en pacientes internados (si se lo interna en un hospital para recibir cuidados especiales)	No se aplica ningún coseguro, copago o deducible por los servicios de educación sobre la enfermedad renal cubiertos por Medicare, incluido el entrenamiento de autodiálisis. Usted paga el 20% del costo total por cada tratamiento de diálisis renal cubierto por Medicare en un centro para pacientes ambulatorios. Es posible que se requiera remisión y autorización previa. Sin cargo adicional. Consulte “Atención hospitalaria para pacientes internados” en esta Tabla de beneficios médicos para conocer el costo compartido. Es posible que se requiera remisión y autorización previa. Usted paga el costo compartido de atención de la agencia de atención	Usted paga el 20% del costo total por cada tratamiento de diálisis renal cubierto por Medicare en un centro para pacientes ambulatorios. Es posible que se requiera remisión y autorización previa. Sin cargo adicional. Consulte “Atención hospitalaria para pacientes internados” en esta Tabla de beneficios médicos para conocer el costo compartido. Es posible que se requiera remisión y autorización previa. Todos los demás servicios no están cubiertos.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
• Capacitación para autodiálisis (incluye capacitación para usted y cualquier persona que lo ayude a realizar sus tratamientos de diálisis en su domicilio) • Equipos y suministros para diálisis en el domicilio • Ciertos servicios de apoyo en el hogar (tales como, cuando sea necesario, visitas de técnicos en diálisis capacitados para controlar la diálisis en el domicilio, para asistir en casos de emergencia y efectuar una revisión de su equipo de diálisis y suministro de agua) Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la Sección Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare.	médica domiciliaria para el equipo de diálisis en el hogar, si lo proporciona una agencia de atención médica domiciliaria. De lo contrario, usted paga el costo compartido del equipo médico duradero. Es posible que se requiera remisión y autorización previa. No se aplica coseguro, copago ni deducible para los servicios de autodiálisis o de apoyo domiciliario cubiertos por Medicare. Es posible que se requiera remisión y autorización previa. Usted paga hasta el 20% del costo total de los medicamentos cubiertos de la Parte B de Medicare. Puede estar sujeto a la terapia escalonada. Consulte Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare. Puede que se requiera autorización previa.	
Atención en centros de enfermería especializada (SNF) (Para obtener una definición de atención en centros de enfermería especializada, consulte el Capítulo 10 de este	Para internaciones en centros de enfermería especializada cubiertas por Medicare por período de beneficios:	Para internaciones en centros de enfermería especializada cubiertas por Medicare por período de beneficios:

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
documento. Los centros de enfermería especializada a veces se denominan SNF). No es necesaria una internación previa. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Medicamentos que se deben administrar como parte de su plan de atención (esto incluye sustancias presentes de forma natural en el cuerpo, como factores de coagulación) • Sangre (incluidas la conservación y administración). Todos los componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. • Suministros médicos y quirúrgicos normalmente provistos por los SNF • Análisis de laboratorio normalmente provistos por los SNF • Radiografías y otros servicios de radiología normalmente provistos por los SNF • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, normalmente provistos por los SNF • Servicios de médicos/proveedores médicos	• No se aplica coseguro, copago ni deducible para el examen para los días 1 a 20. • Usted paga \$184 de copago por día para los días 21 a 100. Un período de beneficios comienza el día en que es ingresado como paciente internado o en un SNF y finaliza cuando no ha recibido atención durante una hospitalización o en un SNF durante 60 días consecutivos. Si ingresa al hospital o SNF una vez finalizado un período de beneficios, comenzará uno nuevo. No hay un límite para la cantidad de períodos de beneficios. Es posible que se requiera remisión y autorización previa.	• Usted paga \$225 de copago por día para los días 1 a 25. • No se aplica coseguro, copago ni deducible para los días 26 a 100. Un período de beneficios comienza el día en que es ingresado como paciente internado o en un SNF y finaliza cuando no ha recibido atención durante una hospitalización o en un SNF durante 60 días consecutivos. Si ingresa al hospital o SNF una vez finalizado un período de beneficios, comenzará uno nuevo. No hay un límite para la cantidad de períodos de beneficios. Es posible que se requiera remisión y autorización previa.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
En general, recibirá atención de SNF en los centros que forman parte de la red. Sin embargo, bajo determinadas condiciones que se enumeran a continuación, es posible que usted pueda pagar los costos compartidos dentro de la red correspondientes a un centro que no es proveedor del plan, si dicho centro acepta las sumas de pago de nuestro plan. • Una residencia para ancianos o una comunidad de jubilación de cuidado continuo donde usted vivía justo antes de ingresar al hospital (siempre que se provea la atención de un centro de enfermería especializada) • Un SNF donde su cónyuge o pareja de hecho esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital		
*Beneficio de Smart Wallet • La suma del beneficio de Smart Wallet se carga cada período nuevo. • Los saldos no utilizados se transfieren al siguiente período y vencen al final del año. • Suma de beneficios combinados para dispositivos y servicios dentales, de audición y de la vista, como así también artículos y productos de venta libre. • Servicios dentales, de audición y de la vista:		No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio de Smart Wallet. Solo pagaremos hasta un total de \$100 por trimestre para una combinación de artículos y productos de venta libre, y servicios y dispositivos dentales, de audición y de la vista. *Cualquier monto que pague que sea superior al monto del beneficio del plan no cuenta para la suma máxima de gastos de bolsillo.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
◦ Es independiente de otros beneficios para estos servicios o dispositivos enumerados en otra parte de esta Tabla de beneficios médicos. ◦ Se puede utilizar para cualquier servicio o dispositivo, incluidos los artículos no cubiertos, como implantes dentales o anteojos de sol recetados, o para copagos de las visitas o coseguros de los servicios. ◦ Se puede utilizar en cualquier ubicación designada para brindar estos servicios o dispositivos, como consultorios dentales, oftalmológicos o auditivos o tiendas de anteojos. • Beneficio de venta libre, incluida la terapia de reemplazo de nicotina: ◦ Los artículos pueden adquirir a través del catálogo o en determinadas tiendas minoristas. ◦ Se aplican restricciones. Para obtener más información, visite nuestro sitio web en www.globalhealth.com. Si tiene preguntas, llame a NationsBenefits al 1-877-241-4736 (TTY: 711) de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.		

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
 Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco) <u>Si consume tabaco, pero no tiene signos o síntomas de una enfermedad relacionada con el tabaco:</u> cubrimos dos intentos con asesoramiento para dejar de fumar en un período de 12 meses como servicio médico preventivo sin costo para usted. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro visitas presenciales. <u>Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando un medicamento que puede resultar afectado por el tabaco:</u> Cubrimos servicios de asesoramiento para dejar de fumar. Cubrimos dos intentos con asesoramiento para dejar de fumar en un período de 12 meses; sin embargo, usted pagará el costo compartido correspondiente. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro visitas presenciales.	<u>Sin síntomas:</u> No se aplica coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y consumir tabaco cubiertos por Medicare. Los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita pueden requerir un copago. <u>Con síntomas:</u> No se aplica ningún coseguro, copago o deducible por los beneficios para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare de su PCP de la red o de un profesional de salud mental o abuso de sustancias para pacientes ambulatorios en una visita al consultorio. Usted paga \$35 de copago por visita al consultorio de un especialista de la red.	No está cubierto.
Terapia de ejercicio supervisada (SET) La SET está cubierta para los miembros que tienen la enfermedad arterial periférica sintomática (peripheral artery disease, PAD) y una remisión para PAD del médico responsable del tratamiento de la PAD.	Usted paga \$25 por visita como paciente ambulatorio para los servicios de SET cubiertos por Medicare. Es posible que se requiera remisión y autorización previa.	No está cubierto.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
Se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen con los requisitos para el programa SET. El programa SET debe: • Consistir en sesiones de 30 a 60 minutos de duración, que comprenden un programa terapéutico de entrenamiento con ejercicios para la PAD en pacientes con claudicación • Llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un médico • Estar a cargo de personal auxiliar calificado necesario para asegurar que los beneficios excedan los daños, y que estén capacitados en terapia de ejercicio para PAD • Estar bajo la supervisión directa de un médico, un asistente médico o un miembro del personal de enfermería especializado/especialista en enfermería clínica que deben estar entrenados en técnicas de soporte vital básicas y avanzadas SET puede tener cobertura de hasta más de 36 sesiones en un período de más de 12 semanas para un adicional de 36 sesiones en un período extendido de tiempo si el proveedor de atención de la salud lo considera médicamente necesario.		
*Transporte El transporte terrestre que no sea de emergencia a un lugar relacionado con la salud y aprobado por el plan para	No se aplica coseguro, copago ni deducible. *Cualquier monto que pague que sea superior al	No está cubierto.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
recibir atención y servicios según los beneficios del plan. • Los lugares aprobados por el plan se limitan a: ◦ Visitas al consultorio médico ◦ Citas de laboratorio ◦ Citas de diálisis, quimioterapia y radioterapia ◦ Visitas hospitalarias para pacientes ambulatorios ◦ Citas de servicios preventivos para pacientes ambulatorios ◦ Farmacia • Los viajes están limitados a 24 viajes de ida o vuelta por año; un viaje de ida y vuelta equivale a 2 viajes de ida o vuelta • Los viajes están limitados a 50 millas de ida • Es posible que se requiera llamar 48 horas antes para programar viajes de rutina. Se permite un acompañante por viaje (el acompañante debe tener al menos 18 años de edad) Para obtener más información sobre los lugares aprobados por el plan, llame a Servicio al Cliente. Para solicitar transporte, llame a RoundTrip al 1-877-565-1612 (TTY: 711).	límite del plan o que no esté en el área de cobertura no cuenta para el cálculo de la suma máxima de gastos de bolsillo.	
Servicios requeridos urgentemente Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata y	<u>Visitas de urgencia:</u> Usted paga \$15 de copago por visita para servicios requeridos urgentemente cubiertos por Medicare,	

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
que no es una emergencia es un servicio requerido urgentemente, ya sea que usted se encuentre fuera del área de servicio del plan de manera temporal o, incluso si se encuentra dentro del área de servicio, no sea razonable, debido al momento, el lugar y las circunstancias, obtener este servicio de proveedores de la red con los que el plan tiene contratos. El plan debe cubrir los servicios requeridos urgentemente y solo cobrarle el costo compartido dentro de la red. Ejemplos de servicios requeridos urgentemente son enfermedades o lesiones médicas imprevistas, o brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina al proveedor médicamente necesarias, como chequeos médicos anuales, no se consideran servicios requeridos urgentemente incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio del plan o la red del plan no está disponible de manera temporal. Los servicios requeridos urgentemente solo están cubiertos dentro de los Estados Unidos y sus territorios.	excepto las pruebas de diagnóstico especializadas, durante la visita. <u>Pruebas de diagnóstico especializadas:</u> Usted paga \$180 de copago para las pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios, incluidas, entre otras, resonancia magnética (MRI), tomografía computarizada (CT) y tomografía por emisión de positrones (PET).	
*Servicios requeridos urgentemente: cobertura a nivel mundial • Esto incluye atención de emergencia o requerida urgentemente. • El transporte de regreso a los Estados Unidos desde otro país no está cubierto.	Usted paga \$90 de copago por visita para servicios requeridos urgentemente fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Usted está cubierto por hasta \$50,000 cada año para servicios de emergencia o requeridos urgentemente (combinados) fuera de los Estados Unidos. *Las sumas que paga por los servicios requeridos urgentemente en todo el mundo no cuentan para el	

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
- No se cubren los tratamientos previamente programados y planificados (incluida la diálisis para una afección en curso si la brinda un proveedor no calificado) ni los procedimientos electivos. - Los servicios prestados por un dentista no están cubiertos.	cálculo de la suma máxima de gastos de bolsillo. Cualquier monto que pague que sea superior al límite del plan no cuenta para el cálculo de la suma máxima de gastos de bolsillo.	
 Cuidado para la vista Los servicios cubiertos incluyen: - Servicios de médico ambulatorios para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de la vista rutinarios (refracciones oculares) para anteojos/lentes de contacto. - Para las personas con alto riesgo de glaucoma, el plan cubre un examen de detección de glaucoma cada año. Las personas con alto riesgo de glaucoma incluyen: pacientes con antecedentes familiares de glaucoma, diabéticos, pacientes afroamericanos de 50 años de edad y más e hispanicos estadounidenses que tienen 65 años de edad o más. - Para las personas con diabetes, el examen de detección de retinopatía diabética está cubierto una vez por año.	No se aplica ningún coseguro, copago o deducible por los exámenes cubiertos por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos. No se aplica coseguro, copago ni deducible para los exámenes cubiertos por Medicare. Los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita pueden requerir un copago. No se aplica coseguro, copago ni deducible para anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare luego de una cirugía de cataratas. Los anteojos pueden ser solo lentes, solo marcos o par completo (marcos y lentes). Debe obtener los anteojos de un proveedor de EyeMed.	No está cubierto.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluye la colocación de lentes intraoculares. (Si se le deben practicar dos cirugías de cataratas por separado, no puede conservar el beneficio después de la primera cirugía ni comprar dos pares de anteojos después de la segunda cirugía). Debe utilizar proveedores de EyeMed para obtener sus anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas. Debe usar un proveedor de la red de GlobalHealth para todos los demás servicios.		
Cuidado para la vista: examen ocular complementario y anteojos - Un examen ocular de rutina complementario por año para probarse anteojos <u>o</u> lentes de contacto. *Anteojos y lentes de contacto: - Pares (marcos y lentes) - Lentes únicamente - Solo marcos - Adaptación para anteojos <u>o</u> lentes de contacto Nota: Las mejoras, como lentes progresivos o el tintado, no están cubiertas. Debe utilizar proveedores de EyeMed para estos servicios.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para un examen ocular por año. No se aplica coseguro, copago ni deducible. Solo pagaremos hasta un total de \$300 por anteojos complementarios por año. Si el valor de los anteojos que compra es más elevado que este monto permitido, usted paga el monto que excede esta asignación. *Cualquier monto que pague que sea superior a la asignación del plan no cuenta para el cálculo de la suma máxima de gastos de bolsillo.	No está cubierto.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
 Visita preventiva de Bienvenida a Medicare El plan cubre una visita preventiva de <i>Bienvenida a Medicare</i> por única vez. La visita incluye una revisión de su salud, así como educación y asesoramiento sobre los servicios médicos preventivos que necesita (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas), y remisiones para otro tipo de atención, si es necesario. Importante: Cubrimos la visita preventiva de <i>Bienvenida a Medicare</i> únicamente en los primeros 12 meses en que tiene la Parte B de Medicare. Cuando programe su cita, informe al personal del consultorio de su médico que desearía programar una visita preventiva de <i>Bienvenida a Medicare</i>.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva de <i>Bienvenida a Medicare</i>. No se aplica ningún coseguro, copago o deducible por un electrocardiograma cubierto por Medicare, por única vez, si se solicita como resultado de su visita preventiva de <i>Bienvenida a Medicare</i>. Los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita pueden requerir un copago.	No está cubierto.

CAPÍTULO 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)**Beneficios dentales complementarios obligatorios****Asignación máxima anual: \$1,500**

Una vez que se haya agotado la asignación máxima anual, usted deberá pagar los cargos restantes.

When multiple codes are listed together with a limitation, all codes are subject to the one limitation.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Puentes, coronas, incrustaciones y recubrimientos • D2510, D2520, D2530, D2542, D2543, D2544, D2610, D2620, D2630, D2642, D2643, D2644, D2650, D2651, D2652, D2662, D2663, D2664, D2710, D2712, D2720, D2721, D2722, D2740, D2750, D6751, D2751, D2752, D2753, D2780, D2781, D2782, D2783, D2790, D2791, D2792 o D2794 se limitan a una vez por diente por fecha de servicio. • D2910, D2915 o D2920 se limitan a una vez por diente por fecha de servicio solo después de 6 meses desde la colocación inicial. • D2931. • D2940 se limita a una vez por diente de por vida. • D2950, D2951, D2952, D2953 o D2954 una vez por diente por fecha de servicio. • D2980 se limita a una vez por diente por fecha de servicio solo después de 6 meses desde la colocación inicial. • D2999.	20%
Limpiezas: estándar y periodontales • D1110, D4346, o D4910 se limitan a dos cada 12 meses. • D4910 se limita a cuatro cada 12 meses (después de la terapia activa).	\$0
Consulta • D9310.	\$0

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Dentaduras postizas: dentaduras completas, ajustes y reparaciones • D5110, D5130, D5211, D5213, D5221, D5223, D5225, D5227, D5282, D5863 o D5864 se limitan a una vez por fecha de servicio. • D5120, D5140, D5212, D5214, D5222, D5224, D5226, D5228, D5283, D5865 o D5866 se limitan a una vez por fecha de servicio. • D5284 se limita a una vez por fecha de servicio. • D5286 se limita a una vez por fecha de servicio. • D5410, D5411, D5421, D5422 se limitan a dos ajustes por arcada por fecha de servicio solo después de 6 meses desde la colocación inicial. • D5511, D5512, D5520 se limitan a una vez por arcada por fecha de servicio. • D5611, D5612, D5621, D5622, D5630, D5640, D5650, D5660, D5670, D5671 se limitan a una vez por arcada por fecha de servicio solo después de 6 meses desde la colocación inicial. • D5710, D5730 o D5750 se limitan a una vez por fecha de servicio después de 6 meses desde la colocación inicial. • D5711, D5731 o D5751 se limitan a una vez por fecha de servicio después de 6 meses desde la colocación inicial. • D5720, D5740, D5760 se limitan a una vez por fecha de servicio después de 6 meses desde la colocación inicial. • D5725 se limita a una por arcada por fecha de servicio después de 6 meses desde la colocación inicial. • D5721, D5741 o D5761 se limitan a una vez por fecha de servicio después de 6 meses desde la colocación inicial. • D5765 se limita a una vez por arcada por fecha de servicio después de 6 meses desde la colocación inicial. • D5810, D5811, D5820, D5821 se limitan a una vez por fecha de servicio. • D5850 o D5851. • D5876, D5899, D5999	20%

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios endodónticos: tratamientos de conducto • D3110 o D3120 se limitan a una vez por diente de por vida. • D3220 o D3221 se limitan a una vez por diente de por vida. • D3310, D3320, D3330, D3331, D3346, D3347, D3348, D3410, D3421, D3425, D3426, D3430 se limitan a una vez por diente de por vida. • D3999.	20%
Exámenes: de rutina e integrales • D0120, D0160 o D0170 se limitan a dos cada 12 meses. • D0150 o D0180 se limitan a dos cada 12 meses. • D0140 se limita a tres cada 12 meses.	\$0
Extracciones • D7111, D7140, *D7210, D7220, D7230, D7240, D7241, *D7250 o *D7251 se limitan a una por diente de por vida.	\$0
Empastes • D2140, D2150, D2160, D2161, D2330, D2331, D2332, D2335, D2390, D2391, D2392, D2393, D2394 o D2990 se limitan a un arreglo por diente, por superficie, una vez en 24 meses.	\$0
Tratamientos con flúor • D1206 o D1208 se limitan a dos cada 12 meses.	\$0
Servicios varios • D9910 se limita a dos por 12 meses. • D9911 se limita a una vez por diente por fecha de servicio. • D9930 se limita a una vez por año. • D9932, D9935. • D9950 o D9952 se limitan a uno por 60 meses. • D9951 se limita a uno cada 12 meses. • D9999.	20%
Óxido nítrico y sedación • D9211, D9215, D9222, D9230, D9239 o D9248 se limitan a uno por diente por fecha de servicio. • D9223 o D9243 se limita a 3 por fecha de servicio.	\$0

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Cirugía oral • D7260, D7261 se limitan a una vez por arcada de por vida. • D7284, D7285, D7286. • D7310 o D7311 se limitan a una vez por cuadrante de por vida. • D7320 o D7321 se limitan a una vez por cuadrante de por vida. • D7340, D7350 se limitan a una vez por arcada de por vida. • D7410, D7411, D7440, D7441, D7450, D7451, D7460, D7461. • D7471 se limita a dos por arcada de por vida. • D7472 se limita a una vez de por vida. • D7485, D7473 se limitan a dos de por vida. • D7510, D7520, D7521. • D7511, D7630, D7953. • D7961 o D7963 se limitan a una vez por arcada de por vida. • D7962 se limita a una vez por arcada de por vida. • D7970 se limita a una vez por arcada de por vida. • D7971 se limita a una vez por diente de por vida. • D7999.	20%
Otros servicios de periodoncia: raspado y alisado radicular; desbridamiento de toda la boca • D4210, D4211, D4240, D4241, D4260 o D4261 se limitan a una vez por cuadrante por fecha de servicio. • D4212 se limita a una vez por fecha de servicio. • D4249 se limita a una vez por diente de por vida. • *D4341 o D4342 se limitan a una vez por cuadrante por fecha de servicio. • D4355 se limita a uno cada 36 meses. • D4999.	20%
Tratamiento paliativo • D9110.	\$0

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Dentaduras postizas: fijas • D6205, D6210, D6205, D6210, D6211, D6212, D6214, D6240, D6241, D6242, D6243, D6245, D6250, D6251 o D6252 se limitan a uno por fecha de servicio. • D6545, D6548, D6549, D6602, D6603, D6604, D6605, D6606, D6607, D6608, D6609, D6610, D6611, D6612, D6613, D6614, D6615, D6624, D6634, D6710, D6720, D6721, D6722, D6740, D6750, D6751, D6752, D6753, D6780, D6781, D6782, D6784, D6790, D6791, D6792, D6793 o D6794 se limitan a una vez por diente por fecha de servicio. • D6930, D69089 se limitan a una vez por fecha de servicio. • D6999.	20%
Dentaduras postizas: extracción parcial, ajustes y reparaciones • D5211, D5212, D5213, D5214, D5221, D5222, D5223, D5224, D5225, D5226, D5227, D5228, D5410, D5411, D5421, D5422, D5611, D5612, D5621, D5622, D5630, D5640, D5650, D5660, D5720, D5721, D5725, D5740, D5741, D5760, D5761, D5765 y D6930.	20%
Consultas profesionales • D9410, D9420.	
Teleodontología • D9995 o D9996.	\$0
Radiografías y diagnósticos: radiografía de aleta de mordida, panorámica, CT, encefalogramas, MRI • D0210, D0277, D0330 o D0372 se limitan a uno cada 36 meses. • D0220 se limita a uno por fecha de servicio. • D0230 se limita a uno por fecha de servicio. • D0240 se limita a dos por 24 meses. • D0270, D0272, D0273, D0274 o D0373 se limitan a uno cada 12 meses. • D0374 se limita a uno cada 12 meses.	\$0

CAPÍTULO 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)**SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?****Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones)**

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

En el siguiente gráfico, se describen los servicios y suministros que no están cubiertos bajo ninguna condición y que están cubiertos solo en condiciones específicas.

Si recibe servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagar por ellos, excepto según las condiciones específicas que se indican a continuación. Incluso cuando reciba los servicios excluidos en un centro de atención de emergencia, estos no estarán cubiertos y nuestro plan no pagará por ellos. Única excepción: si se apela el servicio y se decide en la apelación que se trata de un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación cuando hemos determinado que no nos corresponde cubrir un servicio médico, lea el Capítulo 7, Sección 5.3 de este documento).

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
Acupuntura		Disponible para personas con dolor lumbar crónico en determinadas circunstancias.
Cirugías o procedimientos cosméticos		- Cubiertos en caso de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro corporal deforme. - Cubiertos para todas las etapas de reconstrucción para las mamas después de una mastectomía, incluso en la mama no afectada para lograr una apariencia simétrica.
Atención de apoyo La atención de apoyo es la atención personal que no requiere la atención constante de personal médico o paramédico capacitado, por ejemplo, cuidados que ayudan al paciente con actividades de la vida cotidiana, tales como bañarse o vestirse.	No cubiertos en ninguna condición	

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
Procedimientos, equipos y medicamentos quirúrgicos y médicos experimentales. Los procedimientos y suministros experimentales son aquellos suministros y procedimientos que generalmente no son aceptados por la comunidad médica según Original Medicare.		Pueden estar cubiertos por Original Medicare dentro de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. (Consulte el Capítulo 3, Sección 5 para obtener más información sobre estudios de investigación clínica).
Los honorarios por atención cobrados por sus familiares directos o personas que viven en su casa.	No cubiertos en ninguna condición	
Atención de enfermeros de tiempo completo en su domicilio.	No cubiertos en ninguna condición	
Servicios de naturopatía (uso de tratamientos naturales o alternativos).	No cubiertos en ninguna condición	
Cuidado dental no rutinario.		- El cuidado dental requerido para el tratamiento de una enfermedad o de una lesión puede estar cubierto como atención médica ambulatoria o durante hospitalización. - Algunos cuidados dentales no rutinarios pueden estar cubiertos por nuestro beneficio dental integral.
Calzado ortopédico o dispositivo de soporte para pies		Calzado que forma parte de una pierna ortopédica y que está incluido en el costo de la misma. Calzado ortopédico o terapéutico para personas con pie diabético.
Elementos de uso personal en su habitación de hospital o centro	No cubiertos en ninguna condición	

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
de enfermería especializada, como un teléfono o televisión.		
Sala privada en un hospital.		• Solo cubierto cuando es médicamente necesario.
Anulación de procedimientos de esterilización o dispositivos anticonceptivos no recetados.	No cubiertos en ninguna condición	
Atención quiropráctica de rutina		• Se cubre la manipulación manual de la columna para corregir subluxaciones.
Cuidado de los pies de rutina		• Cierta cobertura limitada suministrada de conformidad con las pautas de Medicare, (p. ej., en caso de diabetes).
Servicios considerados no razonables y necesarios, según los estándares de Original Medicare	No cubiertos en ninguna condición	

CAPÍTULO 5:

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

CAPÍTULO 5 Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibí por servicios médicos cubiertos

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

A veces, cuando recibe atención médica, puede necesitar pagar el costo total. En otras oportunidades, puede descubrir que ha pagado más de lo que esperaba según las reglas de cobertura del plan o puede recibir una factura de un proveedor. En estos casos, puede solicitar a nuestro plan que le devuelva el dinero (lo que con frecuencia se denomina *reembolsarle*). Usted tiene derecho a recibir el reintegro de nuestro plan cuando ha pagado más de la parte que le corresponde pagar por el costo de servicios médicos cubiertos por nuestro plan. Es posible que existan plazos que deba cumplir para que le devuelvan el dinero. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

También es posible que reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que usted recibió, o posiblemente por un monto superior a su parte de los costos compartidos como se indica en este documento. Primero, intente resolver la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla. Veremos la factura y decidiremos si los servicios deben ser cubiertos. Si decidimos que deberían estar cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente. Si decidimos no pagarlo, le informaremos al proveedor. Nunca debe pagar más que el costo compartido permitido por el plan. Si este proveedor está contratado, usted aún tiene derecho a recibir tratamiento.

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

1. Cuando recibe atención médica de emergencia o atención médica requerida urgentemente de un proveedor fuera de la red de nuestro plan

Fuera del área de servicio, puede recibir servicios de emergencia o requeridos urgentemente de cualquier proveedor, ya sea que el proveedor pertenezca o no a nuestra red.

- Solo es responsable de pagar su parte del costo de los servicios de emergencia o requeridos urgentemente. Los proveedores de emergencia están legalmente obligados a proporcionar atención de emergencia. Si usted pagó la suma total en el momento en que recibió la atención, solicite un reintegro por nuestra parte del costo. Envíenos la factura, junto con todos los comprobantes de pago que haya efectuado.
- Usted puede recibir una factura de un proveedor que solicita un pago que usted considera que no adeuda. Envíenos esta factura, junto con los comprobantes de pago que haya efectuado.
 - Si al proveedor se le debe un pago, lo realizaremos directamente al proveedor.
 - Si usted ya ha pagado más de su parte por el costo del servicio, determinaremos cuál es la parte que le corresponde a usted y le reintegraremos la parte del costo que nos corresponde a nosotros.

CAPÍTULO 5 Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos cubiertos

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

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

- Usted solo debe pagar la suma del costo compartido que le corresponde cuando recibe los servicios cubiertos. No permitimos a los proveedores agregar cargos adicionales independientes, conocidos como *facturación del saldo*. Esta medida de protección (por la cual nunca paga más de la suma del costo compartido que le corresponde) tiene validez incluso si nosotros pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio e, incluso, si hay una disputa y nosotros no pagamos determinados cargos del proveedor.
- Cuando recibe una factura de un proveedor de la red que considera que es por una suma mayor que la que le corresponde pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos con el proveedor directamente para resolver el problema.
- Si ya ha pagado la factura a un proveedor de la red, pero considera que ha pagado en exceso, envíenos la factura junto con los comprobantes de pago que haya efectuado y solicite un reintegro por la diferencia entre la suma que usted ha pagado y la suma que debería haber pagado según el plan.

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

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

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

Todos los ejemplos anteriores son tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que si rechazamos una solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 7 de este documento para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

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

Puede solicitarnos que le reintegremos el dinero mediante una solicitud por escrito. Si envía la solicitud por escrito, envíe su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es buena idea conservar una copia de la factura y los recibos para sus registros. **Debe presentar su reclamo en un plazo de 60 días** desde la fecha en que recibió el servicio o artículo.

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

CAPÍTULO 5 Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos cubiertos

- No está obligado a utilizar este formulario, pero nos ayudará a que podamos procesar la información más rápidamente. En la información requerida, se incluye el nombre del miembro, el número de identificación del miembro, la información de contacto, el nombre del proveedor y su información de contacto, el artículo o servicio, y la fecha de servicio.
- Descargue una copia del formulario desde nuestro sitio web (www.globalhealth.com) o solicite el formulario por teléfono a Servicio al Cliente.

Envíe su solicitud de pago por correo junto con cualquier factura o recibo de pago a la siguiente dirección:

GlobalHealth, Inc.
P.O. Box 2718
Oklahoma City, OK 73101

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

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

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

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

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

Si usted cree que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago o sobre la suma que pagaremos, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos nuestra decisión de rechazar su solicitud de pago. El proceso de apelación es un proceso formal con procedimientos específicos y fechas límites importantes. Para obtener detalles sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 7 de este documento.

CAPÍTULO 6:

Sus derechos y responsabilidades

CAPÍTULO 6 Sus derechos y responsabilidades**SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan****Sección 1.1 Debemos brindar información de una manera que sea apropiada para usted y que respete sus sensibilidades culturales (en otros idiomas además del inglés, en letra grande o en formatos alternativos, etc.)**

Su plan tiene la obligación de garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se prestan de manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los afiliados, incluidos los que tienen un dominio limitado del inglés, una capacidad limitada de lectura, una incapacidad auditiva o un origen cultural y étnico diverso. Algunos ejemplos de cómo un plan puede cumplir estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la prestación de servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios gratuitos de interpretación para responder a las preguntas de los miembros que no hablan inglés. Hay documentos en español disponibles. También podemos brindarle información en letra grande o en formatos alternativos de forma gratuita si lo requiere. Debemos brindarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para obtener información de un modo que le resulte cómodo, llame a Servicio al Cliente.

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

Si los proveedores de la red del plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad del plan encontrar proveedores especializados fuera de la red que le proporcionarán la atención necesaria. En este caso, solo pagará el costo compartido dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que usted necesita, llame al plan para que le informen a dónde dirigirse para obtener este servicio a un costo compartido dentro la red.

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, ver a un especialista en salud de la mujer o encontrar un especialista de la red, llame para presentar un reclamo a GlobalHealth Section 1557 Coordinator, P.O. Box 2658, Oklahoma City, OK 73101-2658, Teléfono: 1-844-280-5555 (TTY: 711), Fax: 1-405-280-5294; Correo electrónico: section1557coordinator@globalhealth.com. También puede presentar una queja con Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o puede presentarla directamente en la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Sección 1.2 Debemos garantizarle acceso oportuno a sus servicios cubiertos

Usted tiene derecho a seleccionar un proveedor de atención primaria (PCP) en la red del plan para que le provea y coordine sus servicios cubiertos. También tiene derecho a consultar a un especialista en atención médica para la mujer (como un ginecólogo) sin una remisión.

CAPÍTULO 6 Sus derechos y responsabilidades

Usted tiene derecho a recibir consultas y servicios cubiertos de la red de proveedores del plan *dentro de un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunamente de especialistas cuando necesita este tipo de atención.

Si usted considera que no recibe atención médica en un plazo razonable, en el Capítulo 7, se especifica lo que usted puede hacer.

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información médica personal

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

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

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

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

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

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

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

CAPÍTULO 6 Sus derechos y responsabilidades

Si tiene preguntas o alguna duda con respecto a la privacidad de su información de salud personal, llame a Servicio al Cliente.

Aviso sobre prácticas de privacidad de GlobalHealth

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO ATENTAMENTE.

GlobalHealth se compromete y está obligado a proteger la privacidad y confidencialidad de la información de salud protegida (Protected Health Information, “PHI”) de nuestros miembros en cumplimiento de las leyes y las regulaciones estatales y federales correspondientes, incluidas la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, “HIPAA”) de 1996 y la Ley de Tecnología de la Información Médica para la Salud Económica y Clínica (Technology for Economic and Clinical Health, “HITECH”). El Aviso sobre prácticas de privacidad de la HIPAA (el “Aviso”) contiene información importante sobre su PHI. Nuestro Aviso actual está publicado en www.globalhealth.com.

Cómo puede GlobalHealth usar o divulgar su información de salud

Para tratamientos. Nosotros podemos usar o divulgar su PHI a un proveedor de atención médica, hospital u otro centro de atención médica para poder coordinar o facilitar el tratamiento.

Para pagos. Nosotros podemos usar o divulgar su PHI para pagar reclamaciones de médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica por los servicios que le hayan prestado y que están cubiertos por su plan de salud; para determinar su elegibilidad para los beneficios; para coordinar los beneficios; para realizar una revisión por necesidad médica; para cobrar las primas; para emitir explicaciones de los beneficios a la persona que se suscribe al plan de salud en que usted participa; y otras funciones relacionadas con pagos.

Para operaciones del plan de salud. Nosotros podemos usar o divulgar la PHI sobre usted con fines operativos del plan de salud. Algunos ejemplos incluyen manejo de riesgos, seguridad del paciente, mejora de la calidad, auditoría interna, revisión de uso, revisión médica o de colegas, certificación, cumplimiento reglamentario, capacitación interna, autorización, acreditación, investigación de quejas, mejora del desempeño, etc. No usaremos ni divulgaremos su información genética a los efectos de contratación de seguros.

Negocios y servicios relacionados con la salud. Podemos usar y divulgar su PHI para informarle sobre productos relacionados con la salud, beneficios o servicios asociados con su tratamiento, administración de la atención o tratamientos alternativos, terapias, proveedores o entornos de atención médica.

Cuando lo permite o requiere la ley. Nosotros podemos usar o divulgar la información sobre usted, según lo permita o requiera la ley. Por ejemplo, podemos divulgar información en los siguientes casos:

- A una agencia reglamentaria para llevar a cabo actividades incluidas, de manera no taxativa, autorizaciones, certificaciones, acreditaciones, auditorías, investigaciones, inspecciones e informes sobre dispositivos médicos.

CAPÍTULO 6 Sus derechos y responsabilidades

- Para el cumplimiento de la ley al recibir una orden del tribunal, autorización oficial, citación u otro proceso similar.
- En respuesta a una orden de tribunal válida, citación, solicitud de exhibición u orden administrativa relacionada con una demanda, disputa o cualquier otro proceso legal.
- A las agencias de salud pública o autoridades legales encargadas de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades.
- Para las actividades de supervisión de la salud realizadas por agencias como los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (“CMS”), el Departamento de Salud del Estado, el Departamento de Seguros, etc.
- Para propósitos de seguridad nacional, como proteger al Presidente de los Estados Unidos o realizar operaciones de inteligencia.
- Para poder cumplir con las leyes y regulaciones relacionadas con la indemnización por accidentes de trabajo.
- Para fines de coordinación de beneficios del seguro o Medicare, si corresponde.
- Cuando sea necesario para prevenir o reducir el peligro de una amenaza grave e inminente a una persona o al público, y dicha divulgación se realiza a una persona que puede prevenir o reducir el peligro de la amenaza (incluido el objetivo de la amenaza).
- En el curso de cualquier procedimiento administrativo o judicial, según lo requiera la ley.

Socios comerciales. Podemos usar o divulgar su PHI a socios comerciales a quienes contratamos para proporcionar servicios en nombre nuestro. Algunos ejemplos incluyen consultores, contadores, abogados, auditores, organizaciones de información de salud, proveedores de registros médicos electrónicos y almacenamiento de datos, etc. Solo haremos estas divulgaciones si hemos recibido garantías satisfactorias de que el socio comercial protegerá adecuadamente su PHI.

Personal o representante autorizado. Nosotros podemos usar o divulgar la PHI a su representante autorizado.

Familia, amigos y cuidadores. Podemos divulgar su PHI a un familiar, cuidador o amigo que le acompañe o esté involucrado en su atención o tratamiento médico, o que ayude a pagar su atención o tratamiento médico. Si usted no puede o no está disponible para aceptar u objetar una decisión, utilizaremos nuestro mejor juicio para comunicarnos con su familia y otras personas.

Emergencias. Podemos usar o divulgar su PHI en caso de una emergencia si el uso o la divulgación es necesaria para su tratamiento de emergencia.

Militares/veteranos. Si usted es miembro o veterano de las Fuerzas Armadas, podemos divulgar su PHI según lo requieran las autoridades del comando militar.

Reclusos. Si usted es un recluso de una institución correccional o está bajo la custodia de un oficial del cumplimiento de la ley, podemos divulgar su PHI a la institución correccional o al oficial del cumplimiento de la ley.

Recordatorio de citas. Podemos usar o divulgar su PHI para comunicarnos con usted como un recordatorio de que tiene una cita para el tratamiento o la atención médica. Esto se puede hacer a través de correo directo, correo electrónico o llamada telefónica. Si no está en su casa, podemos dejar un mensaje en una máquina contestadora o con la persona que responda el teléfono.

CAPÍTULO 6 Sus derechos y responsabilidades

Recordatorio de medicamentos y resurtidos. Podemos usar o divulgar su PHI para recordarle que debe surtir sus recetas médicas, para comunicarle sobre el equivalente genético de un medicamento o para incentivarlo a que tome sus medicamentos recetados.

Conjunto de datos limitados. Si usamos su PHI para armar un “conjunto de datos limitados”, podemos dar esa información a otros con fines de investigación, acción de salud pública u operaciones de atención médica. Las personas o entidades que reciben el conjunto de datos limitados deben tomar medidas razonables para proteger la privacidad de su información.

Otros usos. Si usted es donante de órganos, podemos divulgar su información médica a organizaciones que se encargan de la obtención de órganos o el trasplante de órganos, ojos o tejidos, o a un banco de donación de órganos, según sea necesario para facilitar la donación y el trasplante de órganos o tejidos. Podemos divulgar su información médica a un médico forense o examinador médico.

NOTA: Divulgaremos su PHI para propósitos que no se describen en este Aviso solo con su autorización por escrito. La mayoría de los usos y divulgaciones de notas de psicoterapia (según corresponda), usos y divulgaciones de PHI con fines de mercadeo o recaudación de fondos, y divulgaciones que constituyen una venta de PHI requieren su autorización por escrito.

La información autorizada para divulgación puede incluir expedientes que puedan indicar la presencia de una enfermedad transmisible o no transmisible sobre la que se deba informar de acuerdo con la ley estatal.

Sus derechos respecto de su información de salud**Derecho a inspeccionar y copiar**

Usted tiene derecho a inspeccionar y copiar su PHI según lo indica la ley. Este derecho no se aplica a las notas de psicoterapia. Su solicitud se debe hacer por escrito. Tenemos el derecho a cobrarle las cantidades permitidas por la ley estatal y federal de esas copias. Podemos denegar su solicitud para inspeccionar y copiar sus expedientes en determinadas circunstancias. Si le deniegan el acceso, puede apelar con su oficial de privacidad.

Derecho a comunicaciones confidenciales

Usted tiene derecho a recibir comunicaciones confidenciales sobre su PHI por otros medios o en ubicaciones alternativas. Por ejemplo, puede solicitar recibir una comunicación de nuestra parte en otra dirección u otro número de teléfono. Su solicitud debe ser por escrito e identificar cómo o cuándo desea que se comuniquen con usted. Nos reservamos el derecho a rehusarnos a cumplir con su solicitud si no es razonable o no es posible hacerlo.

Derecho a un informe de divulgaciones

Tiene derecho a solicitar un informe de ciertas divulgaciones de su PHI a terceros, excepto aquellas divulgaciones hechas para tratamiento, pago o atención médica u operaciones del plan de salud y divulgaciones que se le hacen a usted, las autoriza usted o de conformidad con este Aviso. Para recibir un informe, debe presentar su solicitud por escrito y proporcionar el período específico solicitado. Puede solicitar un informe de hasta seis (6) años anteriores a la fecha de su solicitud (tres años si la PHI es un registro electrónico de salud). Si solicita más de un (1) informe en un

CAPÍTULO 6 Sus derechos y responsabilidades

período de 12 meses, podemos cobrarle los costos de proporcionar la lista. Le notificaremos sobre los costos y usted puede revocar su solicitud antes de que incurramos en ellos.

Derecho a solicitar restricciones sobre los usos o las divulgaciones

Tiene derecho a solicitar restricciones o limitaciones sobre ciertos usos y divulgaciones de su PHI a terceros, a menos que la divulgación sea requerida o permitida por la ley. Su solicitud se debe hacer por escrito y especificar (1) qué información desea limitar; (2) si desea limitar el uso, la divulgación o ambos, y (3) a quién desea que apliquen las limitaciones. Nosotros no estamos obligados a cumplir con su solicitud. Si estamos de acuerdo, haremos todos los esfuerzos razonables para cumplir con su solicitud a menos que la información sea necesaria para darle tratamiento de emergencia o la divulgación ya se haya hecho o que la ley requiera la divulgación. Cualquier acuerdo con respecto a las restricciones debe estar firmado por una persona autorizada para celebrar dicho acuerdo en nuestro nombre.

Derecho a solicitar enmiendas de la PHI

Usted tiene derecho a solicitar una enmienda de su PHI si cree que el registro es incorrecto o está incompleto. Debe presentar su solicitud por escrito y declarar las razones para la enmienda. Rechazaremos su solicitud si: (1) no es una solicitud por escrito o no incluye una razón que respalde la solicitud; (2) la información no la creamos nosotros o no es parte del expediente médico que conservamos; (3) la información no es parte del expediente que usted tiene permitido revisar y copiar, o (4) la información en el expediente es exacta y completa. Si denegamos su solicitud de enmienda, tiene derecho a presentar una declaración de desacuerdo ante nuestro oficial de privacidad.

Derecho a ser notificado sobre un incumplimiento

Tiene derecho a recibir notificaciones sobre cualquier incumplimiento de su PHI no protegida.

Derecho a revocar una autorización

Puede revocar una autorización en cualquier momento, por escrito, pero solo en cuanto a usos o divulgaciones futuros y no con respecto a divulgaciones que ya se hayan hecho en virtud de la autorización que nos ha otorgado o cuando no se requiere autorización.

Derecho a recibir una copia de este Aviso

Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de este Aviso si lo solicita.

Cambios a este Aviso

GlobalHealth debe cumplir los requisitos de este Aviso que está actualmente vigente. Nos reservamos el derecho a cambiar este Aviso y determinar nuevas disposiciones para toda la PHI que conservamos. El Aviso revisado estará disponible en nuestro sitio web en www.globalhealth.com.

Para denunciar una violación de la privacidad

Si tiene una pregunta relacionada con sus derechos de privacidad o cree que sus derechos fueron violados, puede comunicarse con nuestro oficial de privacidad en:

CAPÍTULO 6 Sus derechos y responsabilidades

ATTN: Privacy Officer
210 Park Avenue
Suite 2900
Oklahoma City, OK 73102
Número de teléfono gratuito: 1-877-627-0004
Correo electrónico: privacy@globalhealth.com

GlobalHealth, Inc. cumple con las leyes federales vigentes sobre derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. GlobalHealth, Inc. no excluye a las personas ni las trata de forma diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

GlobalHealth:

- Da asistencia y servicios gratis a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera efectiva con nosotros, como:
 - Intérpretes de lenguaje de señas calificados
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos de acceso electrónico, otros formatos)
- Da servicios gratis de idiomas para personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
 - Intérpretes cualificados
 - Información por escrito en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Servicio al Cliente de GlobalHealth llamando al 1-844-280-5555 (número de teléfono gratuito) (TTY: 711).

Si considera que GlobalHealth no brindó estos servicios o discriminó de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo ante:

ATTN: Medicare Compliance Officer
210 Park Ave
Suite 2900
Oklahoma City, OK 73102-5621
Correo electrónico: compliance@globalhealth.com

Puede presentar un reclamo en persona, por correo postal, por fax o por correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, no dude en comunicarse con Servicio al Cliente.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW.
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
[1-800-368-1019](tel:1-800-368-1019), [800-537-7697](tel:800-537-7697) (TDD)

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

CAPÍTULO 6 Sus derechos y responsabilidades

Tenga en cuenta que la mayoría de las aplicaciones de terceros no estarán cubiertas por la HIPAA. En su lugar, la mayoría de las aplicaciones se incluyen en la jurisdicción de la Comisión Federal de Comercio (Federal Trade Commission, FTC) y las protecciones que brinda la Ley de la FTC. La Ley de la FTC, entre otras cosas, protege contra prácticas engañosas (p. ej., si una aplicación comparte información personal sin autorización, a pesar de tener una política de privacidad que indique que no lo hará). Si tiene inquietudes sobre el uso de aplicaciones de terceros y su información, puede comunicarse con la Comisión Federal de Comercio (FTC) y presentar una queja en <https://reportfraud.ftc.gov/#/>.

Fecha de entrada en vigor: 10/01/2023

Aviso original: 04/01/2003

Revisado: 04/01/2011

04/01/2013

08/01/2021

10/01/2023

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

Como miembro de Generations Valor (HMO-POS), usted tiene derecho a recibir varios tipos de información de nosotros.

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

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan.
- **Información sobre los proveedores de nuestra red.** Usted tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores de nuestra red, y la forma en que nosotros pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información sobre su cobertura y las normas que debe seguir cuando utiliza su cobertura.** Los Capítulos 3 y 4 brindan información sobre servicios médicos.
- **Información sobre por qué algunos servicios no se encuentran cubiertos y lo que puede hacer al respecto.**
- El Capítulo 7 proporciona información sobre cómo solicitar una explicación escrita sobre por qué un servicio médico no está cubierto o si su cobertura está restringida. En el Capítulo 7, también se brinda información sobre cómo solicitarnos que cambiemos una decisión, también denominada apelación.

CAPÍTULO 6 Sus derechos y responsabilidades**Sección 1.5 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica****Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a participar en las decisiones sobre su atención médica**

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

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

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

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

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

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

Los documentos legales que puede usar para dejar directivas anticipadas en estas situaciones se denominan **directivas anticipadas**. Existen tipos diferentes de directivas anticipadas y se usan diferentes nombres para cada uno. Los documentos llamados **testamentos vitales** y **poder notarial para la atención médica** son ejemplos de directivas anticipadas.

Si desea definir sus instrucciones en una directiva anticipada, deberá hacer lo siguiente:

CAPÍTULO 6 Sus derechos y responsabilidades

- **Obtener el formulario.** Puede obtener un formulario de directivas anticipadas de su abogado, de un trabajador social o de algunos comercios que venden suministros para oficinas. A veces, puede obtener un formulario de directivas anticipadas de organizaciones que brindan a las personas información sobre Medicare. También puede comunicarse con Servicio al Cliente para solicitar los formularios.
- **Completarlo y firmarlo.** Independientemente del lugar de donde obtenga este formulario, recuerde que es un documento legal. Usted debe considerar obtener la ayuda de un abogado para prepararlo.
- **Entregar copias a las personas correspondientes.** Debe entregar una copia del formulario a su médico y a la persona que nombra en el formulario que puede tomar decisiones por usted si no puede hacerlo. Puede querer darles copias a sus amigos cercanos o a miembros de su familia. Conserve una copia en su hogar.

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

- El hospital le preguntará si firmó un formulario de directivas anticipadas y si lo trajo consigo.
- Si no ha firmado un formulario de directiva anticipada, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntará si desea firmar uno.

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

¿Qué sucede si no se siguen sus instrucciones?

Si ha firmado una directiva anticipada y considera que un médico u hospital no siguió sus instrucciones consignadas en la directiva, podrá presentar una queja a

Oklahoma Board of Medical Licensure and Supervision

101 NE 51st St

Oklahoma City, OK 73105-1821

Teléfono: 1-800-381-5419 (número gratuito) o (405) 962-1400 (local)

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

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

CAPÍTULO 6 Sus derechos y responsabilidades**Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si cree que lo están tratando injustamente o que sus derechos no son respetados?****Si se trata de un acto de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles**

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

Si es por otro motivo

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

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

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Puede obtener más información sobre sus derechos en varios lugares:

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

Sección 1.9 Información sobre las evaluaciones de nueva tecnología

La tecnología rápidamente cambiante afecta la atención médica y la medicina tanto como cualquier otra industria. Para determinar si un nuevo medicamento u otro desarrollo médico tienen beneficios a largo plazo, nuestro plan controla y evalúa cuidadosamente las nuevas tecnologías para su inclusión como beneficios cubiertos. Estas tecnologías incluyen procedimientos médicos, dispositivos médicos y nuevos medicamentos.

CAPÍTULO 6 Sus derechos y responsabilidades

Sección 1.10 Puede hacer sugerencias sobre derechos y responsabilidades

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a efectuar recomendaciones sobre los derechos y las responsabilidades incluidos en este capítulo. Llame a Atención al Cliente si tiene alguna sugerencia.

SECCIÓN 2 Usted tiene ciertas responsabilidades como miembro del plan

A continuación, se enumeran los pasos que debe seguir como miembro del plan. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicio al Cliente.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe cumplir para obtener estos servicios cubiertos.** Utilice esta *Evidencia de Cobertura* para conocer los servicios que están cubiertos para usted y las normas que debe seguir para obtener dichos servicios cubiertos.
 - En los Capítulos 3 y 4, puede encontrar detalles sobre sus servicios médicos.
- **Si tiene alguna otra cobertura de seguro médico además de nuestro plan o una cobertura de medicamentos recetados por separado, está obligado a informarnos.** En el Capítulo 1 encontrará más información sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica que usted está inscrito en nuestro plan.** Presente su tarjeta de identificación de miembro al plan cada vez que obtenga atención médica.
- **Ayude a sus médicos y otros proveedores a que le ayuden brindándoles información, haciéndoles preguntas y realizando un seguimiento de su atención.**
 - Para ayudarle a obtener esta mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores de salud sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento e instrucciones que usted y su médico han acordado.
 - Asegúrese de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.
 - Si tiene alguna pregunta, asegúrese de hacerla y de obtener una respuesta que puede entender.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que actúen de manera que ayuden a que las actividades en el consultorio de su médico, los hospitales y otros consultorios se desarrollen de manera ordenada.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de los siguientes pagos:
 - Debe continuar pagando su prima por la Parte B de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
 - Para la mayoría de sus servicios médicos cubiertos por el plan, debe pagar su parte del costo cuando obtiene el servicio.

CAPÍTULO 6 Sus derechos y responsabilidades

- Si se muda *dentro* de nuestra área de servicios, necesitamos saberlo para que podamos mantener su registro de membresía actualizado y saber cómo contactarlo.
- Si se muda *fuera* del área de servicios de nuestro plan, no podrá seguir siendo miembro de nuestro plan.
- Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de Retiro Ferroviario).

CAPÍTULO 7:

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

CAPÍTULO 7 Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué hacer si tiene algún problema o inquietud

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

- Para algunos problemas, usted deberá recurrir al **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros problemas, deberá recurrir al **proceso para presentar quejas**, también denominadas reclamos.

Ambos procesos han sido aprobados por Medicare. Cada proceso tiene ciertas normas, procedimientos y fechas límites que usted y nosotros debemos cumplir.

La guía en la Sección 3 le ayudará a identificar el proceso que corresponde utilizar y lo que debe hacer.

Sección 1.2 ¿Qué sucede con los términos legales?

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

- Utiliza palabras más sencillas en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo generalmente se usa la frase presentar una queja en lugar de presentar un reclamo, decisión de cobertura en lugar de determinación de organización o determinación de cobertura y organización de revisión independiente en lugar de Entidad de Revisión Independiente.
- También se utiliza la menor cantidad de abreviaciones posible.

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

SECCIÓN 2 Dónde puede obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos disponibles para prestarle asistencia. Incluso si tiene una queja sobre el trato que le damos, tenemos la obligación de respetar su derecho a presentar una queja. Por lo tanto, siempre debe dirigirse a Servicio al Cliente para solicitar ayuda. Pero, en algunas situaciones, también es posible que quiera recibir asistencia o consejos de otras organizaciones externas no relacionadas con nosotros. A continuación, se muestran dos entidades que pueden ayudarle.

CAPÍTULO 7 Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP).

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

Los servicios de los asesores SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono y las URL de los sitios web en el Capítulo 2, Sección 3 de este documento.

Medicare

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

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

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

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

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

Esto incluye problemas para determinar si la atención médica (servicios médicos, artículos médicos y/o medicamentos recetados de la Parte B) está cubierta o no, la modalidad de cobertura y problemas relacionados con el pago de la atención médica.

Sí.

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

No.

Pase directamente a la **Sección 9** al final de este capítulo: **Cómo presentar una queja por la calidad de atención, tiempos de espera, atención al cliente u otros reclamos**

CAPÍTULO 7 Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**DECISIONES Y APELACIONES DE LA COBERTURA****SECCIÓN 4 Una guía de los conceptos básicos de decisiones de cobertura y apelaciones****Sección 4.1 Solicitud de decisiones de cobertura y presentación de apelaciones: generalidades**

Las decisiones de cobertura y las apelaciones se utilizan en el caso de problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de la atención médica (servicios, artículos y medicamentos recetados de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar las cosas, generalmente nos referimos a artículos médicos, servicios médicos y medicamentos recetados de la Parte B de Medicare como **atención médica**. Debe utilizar las decisiones de cobertura y el proceso de apelaciones para saber si un servicio está cubierto o no y la manera en que está cubierto.

Solicitud de decisiones de cobertura antes de recibir los beneficios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y cobertura, o sobre la suma que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si su médico de la red del plan le da una remisión a un médico especialista que no está dentro de la red, esta remisión se considera una decisión de cobertura favorable a menos que su médico de la red pueda demostrar que recibió un aviso de denegación estándar para este médico especialista, o que en la *Evidencia de cobertura* se deje en claro que el servicio referido nunca está cubierto bajo ninguna condición. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura si su médico no está seguro de que cubriremos un servicio médico particular o si se niega a proporcionarle la atención médica que usted considera que necesita. En otras palabras, si necesita saber si cubrimos la atención médica antes de recibirla, puede solicitar una decisión de cobertura para su caso. En circunstancias limitadas, se rechazará una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se rechaza una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud para una decisión de cobertura, enviaremos un aviso que explique por qué se rechazó la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

Tomamos una decisión de cobertura por usted cada vez que decidimos qué servicios están cubiertos para usted y cuánto debemos pagar. En algunos casos, podemos decidir que la atención médica no está cubierta o que ya no se encuentra cubierta por Medicare para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Presentación de una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de recibir un beneficio, y usted no está satisfecho, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. En ciertas circunstancias, que trataremos más adelante, puede solicitar una **apelación rápida** de una decisión de cobertura.

CAPÍTULO 7 Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Otros revisores, que no son los que tomaron la decisión original, son los encargados de manejar su apelación.

El proceso de apelar una decisión por primera vez se denomina apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si seguimos correctamente las normas. Una vez que completamos la revisión, le comunicamos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, se rechazará una solicitud de apelación de Nivel 1, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Entre los ejemplos de cuándo se desestimarán una solicitud, se incluyen casos en los que la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud para una apelación de Nivel 1, enviaremos un aviso que explique por qué se rechazó la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

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

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

Si no está satisfecho con la decisión tomada en la apelación de Nivel 2, puede continuar a través de otros niveles de apelación (en la Sección 8 de este capítulo se explican los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5).

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

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

- **Puede llamar al Servicio al Cliente.**
- **Puede obtener ayuda gratuita** de su SHIP.
- **Su médico puede realizar la solicitud por usted.** Si su médico lo ayuda con una apelación más allá del Nivel 2, tendrá que ser nombrado como su representante. Llame a Servicio al Cliente y solicite el formulario *Designación de un representante*. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.globalhealth.com).
 - Para la atención médica o los medicamentos recetados de Parte B, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se deniega su apelación en el Nivel 1, se derivará de forma automática al Nivel 2.
- **Puede pedirle a otra persona que actúe en su nombre.** Si lo desea, puede nombrar a otra persona para que actúe como su *representante* para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.

CAPÍTULO 7 Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si usted desea que un amigo, familiar u otra persona sea su representante, llame a Servicio al Cliente y solicite el formulario *Designación de un representante*. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.globalhealth.com). El formulario le concede permiso a esa persona para que actúe en su nombre. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona que actuará en su nombre. Usted debe entregarnos una copia del formulario firmado.
- Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, solo podremos comenzar o completar nuestra revisión cuando lo recibamos. Si no recibimos el formulario antes de nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación, su solicitud de apelación será rechazada. En caso de que esto suceda, le enviaremos un aviso por escrito en el que se expliquen sus derechos para solicitar a la organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede contratar a su propio abogado o pedir el nombre de un abogado en la asociación de abogados local u otro servicio de remisiones. También existen grupos que ofrecen servicios legales gratuitos si usted califica. Sin embargo, **usted no está obligado a contratar a un abogado** para solicitar una decisión de cobertura o apelar una decisión.

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

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

- **Sección 5** de este capítulo: Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación contra una decisión de cobertura
- **Sección 6** de este capítulo: Cómo solicitarnos la cobertura de una internación en un hospital más prolongada si usted considera que está siendo dado de alta demasiado pronto
- **Sección 7** de este capítulo: Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que la cobertura finaliza demasiado pronto (*Aplica solo para estos servicios: atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un Centro de rehabilitación integral para ambulatoria [Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF]*)

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

CAPÍTULO 7 Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**SECCIÓN 5 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación contra una decisión de cobertura**

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

En esta sección, se describen sus beneficios por atención médica. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este documento: *Tabla de beneficios médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)*. En algunos casos, se aplican reglas diferentes a una solicitud de un medicamento recetado de la Parte B. En esos casos, explicaremos en qué se diferencian las reglas para los medicamentos recetados de la Parte B de las reglas para los artículos y servicios médicos.

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

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

Nota: Si la cobertura que se va a interrumpir es por atención hospitalaria, atención médica domiciliaria, atención en centros de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF), debe leer las Secciones 6 y 7 de este Capítulo. Se aplican normas especiales a estos tipos de atención.

CAPÍTULO 7 Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

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

Términos legales

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

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

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

Por lo general, una decisión de cobertura estándar suele tomarse en un plazo de 14 días calendario o 72 horas para medicamentos de la Parte B. Una decisión de cobertura rápida generalmente se toma dentro de las 72 horas para servicios médicos, o 24 horas para medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, usted debe cumplir con dos requisitos:

- *Solo* puede solicitar la cobertura de artículos o servicios médicos (no se puede solicitar el pago de artículos o servicios ya recibidos).
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si, con la aplicación de los plazos estándares, tanto *su salud como su capacidad de funcionar pueden resultar perjudicadas*.
- **Si su médico nos informa que su estado de salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente acordaremos otorgarle una decisión de cobertura rápida.**
- **Si usted mismo solicita una decisión de cobertura rápida, sin el respaldo de su médico, decidiremos si su estado de salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
 - Explique que utilizaremos los plazos estándar.
 - Explique que, si su médico solicita la decisión de cobertura rápida, se la otorgaremos automáticamente.
 - Explique cómo puede presentar una *queja rápida* por nuestra decisión de otorgarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó.

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

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

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

Para las decisiones de cobertura estándar, utilizamos los plazos estándares.

Esto significa que le comunicaremos una respuesta dentro de los 14 días calendario después de haber recibido su solicitud **para un artículo o servicio médico**. Si su solicitud es por un

CAPÍTULO 7 Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta **dentro de las 72 horas** después de recibir su solicitud.

- **Sin embargo**, si usted solicita una extensión, o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos extender el plazo hasta 14 días calendario más** si su solicitud es por un artículo o servicio médico. Si extendemos el plazo, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para formular una decisión si su solicitud es sobre un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si considera que *no* debemos extender el plazo, puede presentar una *queja rápida*. Le daremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso que se utiliza para decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 9 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).

Para las decisiones de cobertura rápida, utilizamos un plazo acelerado.

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

- **Sin embargo**, si usted solicita una extensión, o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos extender el plazo hasta 14 días calendario más**. Si extendemos el plazo, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para formular una decisión si su solicitud es sobre un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si considera que *no* debemos extender el plazo, puede presentar una *queja rápida*. (Consulte la Sección 9 de este capítulo para obtener información sobre las quejas). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Si nuestra respuesta a parte o toda su solicitud es negativa**, le enviaremos una declaración escrita donde le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa.

Paso 4: Si nuestra respuesta a su solicitud de cobertura por atención médica es negativa, puede apelar.

- Si nuestra respuesta es negativa, tiene derecho a solicitar que reconsideremos esta decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa volver a solicitar la cobertura de atención médica que desea. Si presenta una apelación, significa que pasa al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

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

Términos legales

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

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

CAPÍTULO 7 Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

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

Por lo general, una apelación estándar suele realizarse en un plazo de 30 días calendario o 7 días calendario para medicamentos de la Parte B. Por lo general, una apelación rápida se realiza en un plazo de 72 horas.

- Si presenta una apelación por una decisión que tomamos con respecto a una cobertura de atención médica que aún no ha recibido, usted o su médico deberán decidir si necesita una *apelación rápida*. Si su médico nos informa que su estado de salud requiere una *apelación rápida*, le otorgaremos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una *apelación rápida* son los mismos que para obtener una *decisión de cobertura rápida* detallados en la Sección 5.2 de este capítulo.

Paso 2: Solicite a nuestro plan una apelación o una apelación rápida.

- **Si solicita una apelación estándar, presente su apelación estándar por escrito.** También puede solicitar una apelación llamándonos. El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Usted debe presentar la solicitud de apelación dentro de los 65 días calendario** a partir de la fecha que aparece en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si usted no cumple esta fecha límite y tiene una justificación para no haberla cumplido, explique la razón del retraso de su apelación cuando la realice. Es posible que le demos más tiempo para hacer su apelación. Entre los ejemplos de justificaciones, pueden incluirse los siguientes: una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o le entregamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Usted puede solicitar una copia de la información relacionada con su decisión médica.** Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.

Paso 3: Consideramos su apelación y le comunicamos nuestra respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, se examina con detalle toda la información. Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Si es necesario, recopilaremos más información y posiblemente nos comunicaremos con usted o su médico.

Plazos para una apelación rápida

- Para apelaciones rápidas, debemos informarle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas después de recibir su apelación**. Le informaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud lo requiere.
 - Sin embargo, si usted solicita una extensión, o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos extender el plazo hasta 14 días calendario más** si su solicitud es por un artículo o servicio médico. Si extendemos el plazo, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional si su solicitud es sobre un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

CAPÍTULO 7 Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas (o al final de la extensión del plazo si tomamos días adicionales), estamos obligados a trasladar su solicitud en forma automática al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será sometida a revisión por una organización de revisión independiente. La Sección 5.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o toda su solicitud**, debemos autorizar o proveer la cobertura que hemos acordado proveer dentro de las 72 horas de haber recibido su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a parte o toda su solicitud**, le enviaremos nuestra decisión por escrito y enviaremos su apelación de forma automática a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le informará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación estándar

- Para apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 30 días calendario** después de recibir su apelación. Si su solicitud es por un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta **dentro de los 7 días calendario** después de recibir su solicitud. Le informaremos sobre nuestra decisión en un plazo menor si su estado de salud lo requiere.
 - Sin embargo, si usted solicita una extensión, o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos extender el plazo hasta 14 días calendario más** si su solicitud es por un artículo o servicio médico. Si extendemos el plazo, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para formular una decisión si su solicitud es sobre un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
 - Si considera que *no* debemos extender el plazo, puede presentar una *queja rápida*. Cuando presente una queja rápida, responderemos a su queja en un plazo de 24 horas. (Consulte la Sección 9 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).
 - Si no le damos una respuesta en la fecha límite (o al final del período extendido), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2, donde una organización de revisión independiente revisará la apelación. La Sección 5.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o toda su solicitud**, debemos autorizar o proveer la cobertura dentro de los **30 días calendario** si su solicitud es por un artículo o servicio médico, o **dentro de los 7 días calendario** si su solicitud es por un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- **Si nuestro plan tiene una respuesta negativa a parte o toda su apelación**, enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

CAPÍTULO 7 Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

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

Término legal

El nombre formal de la *organización de revisión independiente* es **Entidad de Revisión Independiente (Independent Review Entity, IRE)**. A veces, se denomina **IRE**.

La **organización de revisión independiente** es una organización independiente contratada por **Medicare**. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debería cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

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

- Nosotros enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina su **expediente del caso**. **Usted tiene derecho a solicitar una copia de su expediente del caso.**
- Tiene derecho a brindar información adicional a la organización de revisión independiente para respaldar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Si tuvo una apelación rápida en el Nivel 1, también tendrá una apelación rápida en el Nivel 2

Para la *apelación rápida*, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** a partir de la recepción de su apelación.

Si su solicitud es por un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarle, **puede tardar hasta 14 días calendario más**. La organización de revisión independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

Si tuvo una apelación estándar en el Nivel 1, también tendrá una apelación estándar en el Nivel 2

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

Si su solicitud es por un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarle, **puede tardar hasta 14 días calendario más**. La organización de revisión independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

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

La organización de revisión independiente le informará su decisión por escrito junto con las razones que la justifican.

CAPÍTULO 7 Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Si la organización de revisión da una respuesta afirmativa a parte o a toda una solicitud de un artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de atención médica dentro de las 72 horas o proveer el servicio dentro de los 14 días calendario de haber recibido la decisión de la organización de revisión para las solicitudes estándar. Para las solicitudes aceleradas, tenemos 72 horas a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si la respuesta de la organización de revisión es afirmativa a una parte o a toda la solicitud de un medicamento recetado de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento recetado de la Parte B dentro de las **72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización para las **solicitudes estándar**. Para las **solicitudes aceleradas**, tenemos **24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si la respuesta de esta organización a parte o toda su solicitud es negativa**, significa que está de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica no debe ser aprobada. (Esto se denomina *confirmar la decisión* o *rechazar su apelación*). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta que:
 - Le explica su decisión.
 - Le informa del derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica alcanza un determinado mínimo. El aviso escrito que recibirá de la organización de revisión independiente le indicará la suma en dólares que debe cumplir para continuar con el proceso de apelación.
 - Le informa cómo presentar una apelación de Nivel 3.

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

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (un total de cinco niveles de apelaciones). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo proceder se encuentran en el aviso escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un Juez de Derecho Administrativo o un abogado mediador. En la Sección 8 de este capítulo, se explican los procesos de apelaciones del Nivel 3, 4 y 5.

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

En el Capítulo 5, se describe cuándo puede necesitar pedir un reembolso o pagar una factura que ha recibido de un proveedor. También le informa cómo nos debe enviar la documentación en la que solicita que le paguemos.

CAPÍTULO 7 Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

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

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

- **Si aceptamos su solicitud:** Si la atención médica está cubierta y usted cumplió con todas las normas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo en un plazo de 30 días calendario, pero no más de 60 días calendario después de recibir su solicitud. Si no pagó por la atención médica, enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si nuestra respuesta es negativa:** Si la atención médica *no* está cubierta o si usted *no* cumplió con todas las normas, no le enviaremos el pago. En su lugar, enviaremos una carta en la que se le informa que no pagaremos la atención médica y los motivos por los cuales no pagaremos.

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

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

- Debemos darle nuestra respuesta dentro de los 65 días calendario de haber recibido su apelación. Si nos solicita un reintegro por atención médica que ya recibió y pagó, no podrá solicitar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decidió que debemos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago dentro de los 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es afirmativa en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviar el pago que ha solicitado a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 6 Cómo solicitarnos la cobertura de una internación en un hospital más prolongada si usted considera que está siendo dado de alta demasiado pronto

Cuando usted ingresa a un hospital, tiene derecho de recibir todos los servicios de hospital cubiertos necesarios para el diagnóstico y el tratamiento de su enfermedad o lesión.

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

- El día que usted se retira del hospital se denomina la **fecha de alta**.
- Cuando se determine su fecha de alta, su médico o el personal del hospital se lo comunicarán.
- Si considera que le están dando de alta demasiado pronto, puede solicitar una internación en el hospital más prolongada y su solicitud será considerada.

CAPÍTULO 7 Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Sección 6.1 Durante su internación en el hospital, usted recibirá un aviso por escrito de Medicare en el que se le informan sus derechos**

Dentro de los dos días calendario siguientes a su ingreso en el hospital, recibirá un aviso escrito llamado *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas con Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien del hospital (por ejemplo, un asistente social o un miembro del personal de enfermería), solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame al Departamento de Servicios para Miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY: 1-877-486-2048).

1. Lea este aviso cuidadosamente y haga preguntas si no lo comprende. Le informa acerca de lo siguiente:

- Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su internación, según lo indicado por su médico. Esto incluye su derecho a conocer en qué consisten esos servicios, quién los pagará y dónde los puede recibir.
- Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su internación.
- Dónde presentar sus inquietudes con respecto a la calidad de su atención hospitalaria.
- Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darlo de alta si cree que lo están dando de alta demasiado pronto. Esta es una manera formal y legal de solicitar una demora de su fecha de alta para que se extienda su cobertura de atención hospitalaria.

2. Se le solicitará firmar el aviso escrito como acuse de recibo y para demostrar que comprende sus derechos.

- Usted u otra persona que actúe en su nombre deben firmar el aviso.
- Firmar el aviso *solo* demuestra que usted ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no indica su fecha de alta. Firmar el aviso **no significa** que usted está de acuerdo con una fecha de alta.

3. Conserve su copia del aviso a mano para tener la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud por la calidad de atención) en caso de necesitarla.

- Si firma el aviso más de dos días calendario antes de la fecha de alta, recibirá otra copia antes de que le programen el alta.
- Para ver una copia de este aviso por anticipado, puede llamar a Servicio al Cliente o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver el aviso en línea en <https://www.cms.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im>.

CAPÍTULO 7 Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Sección 6.2 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital**

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

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con las fechas límite.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicio al Cliente. O comuníquese con su SHIP, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada.

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

- La **Organización de Mejoramiento de la Calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el gobierno federal para verificar y ayudar a mejorar la calidad de la atención a las personas con Medicare. Esto incluye analizar las fechas de alta del hospital de los beneficiarios de Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

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

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

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

Actúe rápidamente:

- Para presentar la apelación, usted debe comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad *antes* de retirarse del hospital y **a más tardar a la medianoche de su fecha de alta programada.**
 - **Si cumple este plazo,** puede permanecer en el hospital *después* de su fecha de alta *sin pagar por la estadía* mientras espera la decisión de la Organización de Mejoramiento de la Calidad.
 - **Si no cumple con este plazo,** comuníquese con nosotros. Si decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta programada, *deberá pagar todos los costos* por la atención hospitalaria que reciba después de su fecha de alta programada.

CAPÍTULO 7 Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización de Mejoramiento de la Calidad se comunicará con nosotros. Antes del mediodía del día siguiente al que nos comuniquemos, le daremos un **Aviso detallado de alta**. Este aviso indica la fecha de alta prevista y explica detalladamente los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (médicamente adecuado) que le den el alta en esa fecha.
- Puede acceder a una muestra del **Aviso detallado de alta** si llama al Servicio al Cliente o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). También puede ver un ejemplo del aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.

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

- Los profesionales de la salud de la Organización de Mejoramiento de la Calidad (*los revisores*) le consultarán a usted (o a su representante) las razones por las que considera que se debe prolongar la cobertura de los servicios. No es necesario que usted presente las razones por escrito, pero lo podrá hacer si así lo desea.
- Los revisores también analizarán su información médica, consultarán a su médico y analizarán nuestra información y la del hospital.
- Antes del mediodía del día siguiente a la fecha en que los revisores nos informaron de su apelación, usted recibirá un aviso escrito de nuestra parte en el que se indica su fecha de alta prevista. En este aviso también se explican detalladamente los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (médicamente adecuado) que le den el alta en esa fecha.

Paso 3: Dentro del día completo después de haber recibido toda la información necesaria, la Organización de Mejoramiento de la Calidad le informará la respuesta a su apelación.***¿Qué sucede si la respuesta es afirmativa?***

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

¿Qué sucede si la respuesta es negativa?

- Si la respuesta de la organización revisora es *negativa*, significa que su fecha de alta programada es correcta desde el punto de vista médico. Si este es su caso, **nuestra cobertura por sus servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará al mediodía del día posterior** a que la Organización de Mejoramiento de la Calidad le informe la respuesta de su apelación.

CAPÍTULO 7 Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si la respuesta de la organización revisora a su apelación es *negativa* y usted decide permanecer internado en el hospital, **usted deberá pagar el costo total** de la atención hospitalaria que usted recibe a partir de mediodía del día posterior a que la Organización de Mejoramiento de la Calidad le informe la respuesta a su apelación.

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

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

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

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

Paso 1: Contacte a la Organización de Mejoramiento de la Calidad nuevamente y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** después del día en que la Organización de Mejoramiento de la Calidad dio una respuesta *negativa* a su apelación de Nivel 1. Usted puede solicitar esta revisión solo si usted permanece en el hospital después de la fecha en que terminó su cobertura de atención médica.

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

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

Paso 3: Dentro de los 14 días calendario después de la recepción de su solicitud de apelación de Nivel 2, los revisores tomarán una decisión respecto de su apelación y se la informarán.

Si la respuesta de la organización de revisión es afirmativa:

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

CAPÍTULO 7 Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Si la respuesta de la organización de revisión es negativa:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de Nivel 1. Esto se denomina *confirmar la decisión*.
- El aviso que reciba le informará por escrito cómo debe proceder si decide continuar con el proceso de revisión.

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

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (un total de cinco niveles de apelaciones). Si desea continuar a una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo proceder se encuentran en el aviso escrito que recibe después de su decisión de apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un Juez de Derecho Administrativo o un abogado mediador. En la Sección 8 de este capítulo, encontrará más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

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

Sección 7.1	<i>En esta sección, se describen solamente tres servicios:</i> servicios de atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada y centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF)
--------------------	---

Cuando recibe **servicios de atención médica domiciliaria, atención de enfermería especializada o cuidado de rehabilitación (Centro de rehabilitación integral ambulatoria)** cubiertos, tiene el derecho de continuar recibiendo sus servicios por ese tipo de atención durante el tiempo necesario para realizar el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión.

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

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

CAPÍTULO 7 Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Sección 7.2 Le informaremos por anticipado cuándo termina su cobertura

Término legal

El **Aviso de no cobertura de Medicare** le informa cómo puede solicitar una **apelación rápida**. Solicitar una apelación rápida es una manera formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura sobre cuándo finalizará su atención.

1. **Recibe un aviso por escrito** al menos dos días calendario antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. En el aviso se indica lo siguiente:
 - La fecha en la que finalizaremos la cobertura de su atención.
 - Cómo solicitar una *apelación rápida* para solicitar que continuemos cubriendo su atención durante un período más prolongado.
2. **Usted u otra persona que actúe en su nombre deberán firmar el aviso escrito para confirmar que lo recibió.** Firmar el aviso *solo* demuestra que recibió la información sobre la finalización de su cobertura. **El hecho de que firme este aviso no significa que esté de acuerdo** con la decisión del plan de que debe finalizar la atención.

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

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

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con las fechas límite.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicio al Cliente. O comuníquese con su SHIP, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada.

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

- La **Organización de Mejoramiento de la Calidad** es un grupo de médicos y otros expertos en salud pagados por el gobierno federal para verificar y ayudar a mejorar la calidad de la atención a las personas con Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan respecto de cuándo finaliza la cobertura de ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

CAPÍTULO 7 Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 1: Presente su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización de Mejoramiento de la Calidad y solicite una apelación rápida. Deberá actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

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

Actúe rápidamente:

- Debe comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad para iniciar su apelación **el mediodía anterior a la fecha de vigencia** indicada *en el Aviso de no cobertura de Medicare*.
- Si no cumple con el plazo y desea presentar una apelación, aún tiene derechos de apelación. Comuníquese con la Organización de Mejoramiento de la Calidad.

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

Término legal
Explicación detallada de la no cobertura. Aviso que proporciona detalles sobre los motivos de la finalización de la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización de Mejoramiento de la Calidad (*los revisores*) le consultarán a usted, o a su representante, las razones por las que considera que se debe prolongar la cobertura de los servicios. No es necesario que usted presente las razones por escrito, pero lo podrá hacer si así lo desea.
- La organización de revisión también analizará su información médica, consultará con su médico y analizará la información que nuestro plan le ha entregado.
- Al final del día en que los revisores nos informen respecto a su apelación, recibirá la **Explicación detallada de la no cobertura** de nuestra parte, en la que se explican de forma detallada nuestros motivos para finalizar la cobertura de sus servicios.

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

¿Qué sucede si la respuesta de los revisores es afirmativa?

- Si la respuesta de los revisores a su apelación es *afirmativa*, **debemos continuar proporcionando sus servicios cubiertos durante el tiempo médicamente necesario.**
- Deberá continuar pagando su parte de los costos (como los deducibles o copagos, si corresponde). Puede haber limitaciones para sus servicios cubiertos.

CAPÍTULO 7 Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

¿Qué sucede si la respuesta de los revisores es negativa?

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

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

- Si la respuesta de los revisores a su apelación de Nivel 1 es *negativa* y usted decide continuar recibiendo atención después de la finalización de la cobertura de su atención, podrá presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 7.4 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo
--

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización de Mejoramiento de la Calidad analizar nuevamente la decisión de su primera apelación. Si la Organización de Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, deberá pagar el costo total de su atención médica domiciliaria, atención en centros de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF) *después* de la fecha en que le informamos que su cobertura finalizaría.

Paso 1: Contacte a la Organización de Mejoramiento de la Calidad nuevamente y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** después del día en que la Organización de Mejoramiento de la Calidad dio una respuesta *negativa* a su apelación de Nivel 1. Usted puede solicitar esta revisión solo si continuó recibiendo la atención médica después de la fecha en que terminó su cobertura para la atención médica.

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

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

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

¿Qué sucede si la respuesta de la organización es positiva?

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención que usted ha recibido desde la fecha en que le informamos que finalizaría su cobertura. **Debemos continuar proporcionando cobertura** para la atención siempre que sea médicamente necesaria.

CAPÍTULO 7 Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Usted debe continuar pagando su parte de los costos y se pueden aplicar limitaciones para la cobertura.

¿Qué sucede si la respuesta de la organización es negativa?

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

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

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2, (lo que suma un total de cinco niveles de apelación). Si desea continuar a una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo proceder se encuentran en el aviso escrito que recibirá después de su decisión de apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un Juez de Derecho Administrativo o un abogado mediador. En la Sección 8 de este capítulo, encontrará más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más

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

Esta sección puede aplicar para su caso si ha presentado una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2 y ambas apelaciones fueron rechazadas.

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

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

Apelación de Nivel 3 Un Juez de Derecho Administrativo o un abogado mediador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta del Juez de Derecho Administrativo o del abogado mediador con respecto a su apelación es afirmativa, el proceso de apelaciones *puede o no* haber finalizado.** A diferencia de una decisión de apelación de Nivel 2, tenemos el derecho de apelar una decisión del Nivel 3 que sea favorable para usted. Si apelamos la decisión, pasará a una apelación de Nivel 4.

CAPÍTULO 7 Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

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

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

- **Si la respuesta es afirmativa, o si el Consejo rechaza nuestra solicitud para la revisión de una decisión favorable de apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *puede o no* haber finalizado.** A diferencia de una decisión del Nivel 2, tenemos el derecho de apelar una decisión del Nivel 4 que sea favorable para usted. Decidiremos si apelamos esta decisión al Nivel 5.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proveerle la atención médica dentro de los 60 días calendario de recibida la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo informaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo de Apelaciones rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede o no* haber finalizado.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es probable que pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo le contesta negativamente a su apelación, el aviso que reciba le informará si las normas le permiten continuar con una apelación de Nivel 5 y cómo continuar con una apelación de Nivel 5.

Apelación de Nivel 5 Un juez de la Corte de Distrito Federal revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si se *acepta o no* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después de la Corte de Distrito Federal.

CAPÍTULO 7 Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

PRESENTAR QUEJAS

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

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

El proceso de quejas *solo* se utiliza para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. A continuación, describimos ejemplos de los tipos de problemas que se manejan en el procedimiento para quejas.

Queja	Por ejemplo
Calidad de su atención médica	¿No está conforme con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Conductas irrespetuosas, servicio deficiente al cliente u otras conductas negativas	¿Alguna persona le ha tratado en forma grosera o irrespetuosa? ¿No está conforme con nuestro Servicio al Cliente? ¿Siente que le han insinuado que debe dejar el plan?
Tiempos de espera	¿Tiene problemas para acordar una cita, o ha tenido que esperar demasiado? ¿Los médicos u otros profesionales de la salud le han hecho esperar demasiado tiempo? ¿Y nuestro Servicio al Cliente u otro personal del plan? - A modo de ejemplo podemos mencionar los siguientes: esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera o por exámenes médicos.
Limpieza	¿No está conforme con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o el consultorio de un médico?
Información que recibe de nosotros	¿Fallamos en proporcionarle un aviso obligatorio? ¿Nuestra información escrita es difícil de entender?
Puntualidad (Estos tipos de quejas siempre están vinculados con la puntualidad de	Si solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación y cree que no respondemos lo suficientemente rápido, puede presentar una queja por nuestra lentitud. A modo de ejemplo: Nos solicitó una <i>decisión de cobertura rápida</i> o una <i>apelación rápida</i> y le contestamos de forma negativa; puede presentar una queja.

CAPÍTULO 7 Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Queja	Por ejemplo
nuestras acciones relacionadas con las decisiones de cobertura y las apelaciones)	• Cree que no estamos cumpliendo los plazos de las decisiones de cobertura o de las apelaciones; puede presentar una queja. • Cree que no estamos cumpliendo los plazos para cubrir o reembolsar determinados artículos o servicios médicos que fueron aprobados; puede presentar una queja. • Cree que no cumplimos los plazos requeridos para remitir su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.

Sección 9.2 Cómo presentar una queja

Términos legales
• Una queja también se denomina reclamo. • Presentar una queja también se denomina presentar un reclamo. • Utilizar el proceso para quejas también se denomina utilizar el proceso para presentar un reclamo. • Una queja rápida también se denomina reclamo acelerado.

Sección 9.3 Paso a paso: Presentar una queja

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

Generalmente, llamar a Servicio al Cliente es el primer paso. Si hay algo más que usted necesite hacer, Servicio al Cliente se lo informará.

Si no desea llamar (o si llamó y no recibió una respuesta satisfactoria), puede presentar su queja por escrito y enviarla a nuestras oficinas. Si presenta su queja por escrito, se la responderemos por escrito.

A continuación explicamos cómo funciona:

- Puede presentar una queja llamando al Servicio al Cliente al 1-844-280-5555; o enviándola por fax al: 1-405-280-5294; o por correo postal a: GlobalHealth Grievances and Appeals Unit, PO Box 2658, Oklahoma City, OK 73101.
- Debe presentar su queja como máximo 60 días calendario después del evento que se convirtió en el motivo de la queja, y le proporcionaremos una respuesta tan pronto como su estado de salud lo requiera, pero como máximo 30 días calendario después del día de recepción, a menos que se extienda. Si el plan se concede una extensión de 14 días del plazo, se lo informará por escrito.

CAPÍTULO 7 Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Tiene derecho a presentar una queja acelerada (rápida) si extendemos el plazo para tomar una decisión de cobertura. También puede presentar una queja acelerada si nos negamos a concederle una solicitud de decisión de cobertura acelerada o una apelación. Cuando solicite una queja acelerada, le daremos una respuesta dentro de las 24 horas. Si desea presentar una queja acelerada, puede llamarnos.
- Tanto usted como su representante autorizado pueden presentar una queja. La persona que usted nombre actuará como su “representante”. Puede ser un familiar, un amigo, un abogado, un médico o cualquier otra persona o proveedor que usted elija para que actúe en su nombre. Es posible que exista alguien que ya esté legalmente autorizado para actuar como su representante autorizado según la ley estatal. Si desea que alguien en particular actúe en su nombre, pero esa persona aún no ha sido autorizada por el Tribunal o la ley estatal, llame a nuestro Servicio al Cliente y solicite el formulario para otorgarle permiso para actuar legalmente en su nombre. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona que actuará en su nombre.

El **plazo** para presentar una queja es de **60 días calendario** a partir del momento en que tuvo el problema que la originó.

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

Si es posible, le daremos una respuesta inmediatamente. Si nos llama por una queja, podremos darle una respuesta durante el mismo llamado.

La mayoría de las quejas reciben respuesta dentro de los 30 días calendario. Si necesitamos más información y la demora es en beneficio suyo o si usted pide una extensión, **podemos tardar hasta 14 días calendario más** (44 días calendario en total) para responder a su queja. Si decidimos extender el plazo, se lo informaremos por escrito.

Si presenta una queja porque denegamos su solicitud de una decisión de cobertura rápida o apelación rápida, automáticamente le otorgaremos una queja rápida. Si tiene una *queja rápida*, significa que le daremos **una respuesta dentro de las 24 horas**.

Si no estamos de acuerdo con su queja de forma total o parcial, o bien no asumimos la responsabilidad por el problema que motivó su queja, incluiremos nuestros motivos en la respuesta que le demos.

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

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

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

CAPÍTULO 7 Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Puede presentar su queja ante nosotros y ante la Organización de Mejoramiento de la Calidad al mismo tiempo.

Sección 9.5 También puede informarle su queja a Medicare
--

Puede presentar una queja sobre Generations Valor (HMO-POS) directamente ante Medicare. Para presentar una queja a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 8:

*Finalización de su membresía en el
plan*

CAPÍTULO 8 Finalización de su membresía en el plan**SECCIÓN 1 Introducción a la finalización de su membresía en nuestro plan**

La finalización de su membresía en Generations Valor (HMO-POS) puede ser **voluntaria** (porque usted lo decide) o **involuntaria** (sin que usted lo decida):

- Usted puede abandonar nuestro plan porque ha decidido que *desea* hacerlo. Las Secciones 2 y 3 proporcionan información sobre la finalización voluntaria de su membresía.
- También existen algunas situaciones en las que debemos cancelar su membresía. La Sección 5 le informa las situaciones en las que estamos obligados a cancelar su membresía.

Si abandona nuestro plan, este seguirá proporcionando su atención médica y usted seguirá pagando su costo compartido hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su membresía a nuestro plan?**Sección 2.1 Usted puede finalizar su membresía durante el Período de Inscripción Anual**

Usted puede finalizar su membresía en nuestro plan durante el **Período de inscripción anual** (también conocido como el *Período de inscripción abierta anual*). Durante este tiempo, revise su cobertura médica y de medicamentos y tome una decisión sobre su cobertura para el siguiente año.

- El **Período de inscripción anual** es del **15 de octubre al 7 de diciembre**.
- **Elija mantener su cobertura actual o realizar cambios en su cobertura para el siguiente año.** Si decide cambiar a un nuevo plan, podrá elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos recetados.
 - Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
 - – u – Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
- **Su membresía en nuestro plan finalizará** cuando la cobertura de su nuevo plan entre en vigencia el 1 de enero.

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

Usted tiene la opción de hacer *un* cambio en su cobertura de salud durante el **Período de inscripción abierta en Medicare Advantage**.

- El **Período de inscripción abierta anual en Medicare Advantage** es del 1 de enero al 31 de marzo, y para los nuevos beneficiarios de Medicare que están inscritos en un plan MA, a partir del mes en que tienen derecho a la Parte A y a la Parte B hasta el último día del tercer mes en que tienen derecho a los beneficios.

CAPÍTULO 8 Finalización de su membresía en el plan

- **Durante el Período de inscripción abierta anual en Medicare Advantage**, puede hacer lo siguiente:
 - Cambiarse a otro plan Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos recetados.
 - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare en ese momento.
- **Su membresía finalizará** el primer día del mes después de que usted se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente o después de que hayamos recibido su solicitud para cambiarse a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.3	En determinadas situaciones, usted puede finalizar su membresía en un Período especial de inscripción.
--------------------	---

En ciertos casos, los miembros de Generations Valor (HMO-POS) pueden calificar para cancelar sus membresías en otros momentos del año. Esto se conoce como un **Período de inscripción especial**.

Puede ser elegible para finalizar su membresía durante un Período de inscripción especial si cualquiera de las siguientes situaciones aplica en su caso. Estos son solo ejemplos; para obtener una lista completa, puede contactar al plan, llamar a Medicare o visitar la página web de Medicare (www.medicare.gov):

- Por lo general, cuando se ha mudado.
- Si usted tiene SoonerCare (Medicaid).
- Si infringimos el contrato con usted.
- Si recibe atención médica en una institución, como una residencia para ancianos o un hospital de atención a largo plazo (long-term care, LTC).
- Si se inscribe en el Programa de Atención Integral para Adultos Mayores (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

Los períodos de inscripción varían según su situación.

Para conocer si es elegible para el Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía por un caso especial, puede optar por cambiar tanto su cobertura médica como su cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:

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

CAPÍTULO 8 Finalización de su membresía en el plan

Su membresía generalmente finalizará el primer día del mes después de que hayamos recibido su solicitud para cambiar de plan.

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

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

- **Llamar a Servicio al Cliente.**
- Encuentre la información en el manual *Medicare y Usted 2025*.
- Comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY: 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 ¿Cómo terminar su membresía en nuestro plan?
--

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

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debería hacer:
• Otro plan de salud de Medicare.	• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. • Su inscripción en Generations Valor (HMO-POS) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
• Original Medicare <i>con</i> un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. • Su inscripción en Generations Valor (HMO-POS) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
• Original Medicare <i>sin</i> un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.	• Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Comuníquese con Servicio al Cliente si necesita más información sobre cómo hacer esto. • También puede comunicarse con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y pedir que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Su inscripción en Generations Valor (HMO-POS) se cancelará cuando comience la cobertura de Original Medicare.

CAPÍTULO 8 Finalización de su membresía en el plan

Nota: Si también tiene una cobertura de medicamentos recetados acreditable (p. ej., un PDP independiente) y cancela su inscripción en esa cobertura, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante después de estar sin una cobertura de medicamentos recetados acreditable durante 63 días consecutivos o más.

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

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

- **Siga utilizando los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.**
- **Si usted se interna el día en que finaliza su membresía, su internación será cubierta por nuestro plan hasta que sea dado de alta** (incluso si le dan de alta después de que comience su nueva cobertura de salud).

SECCIÓN 5 Generations Valor (HMO-POS) debe cancelar su membresía a nuestro plan en ciertos casos

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

Generations Valor (HMO-POS) debe cancelar su membresía al plan en cualquiera de los siguientes casos:

- Si ya no tiene Medicare Parte A y Parte B.
- Si usted se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si se muda fuera del área de servicio por un período mayor a seis meses.
 - Si se muda o viaja por un tiempo prolongado, llame a Servicio al Cliente para saber si el lugar al que se muda o viaja está dentro del área de nuestro plan.
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si ya no es ciudadano estadounidense ni reside legalmente en los Estados Unidos.
- Si intencionalmente nos da información incorrecta al inscribirse en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos permiso de Medicare primero).
- Si se comporta continuamente de manera inapropiada y nos dificulta la provisión de atención médica a usted y a otros miembros del plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos permiso de Medicare primero).

CAPÍTULO 8 Finalización de su membresía en el plan

- Si usted permite que otra persona use su tarjeta de identificación de miembro para obtener atención médica. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos permiso de Medicare primero).
 - Si terminamos su membresía por este motivo, Medicare podría pedir que el inspector general investigue el caso.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información sobre las circunstancias en las que podemos cancelar su membresía, llame a Servicio al Cliente.

Sección 5.2	Nosotros <u>no podemos</u> pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud
--------------------	--

Generations Valor (HMO-POS) no puede pedirle que abandone nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

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

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

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

CAPÍTULO 9:

Avisos legales

CAPÍTULO 9 Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso de leyes aplicables

La ley principal que rige este documento de *Evidencia de Cobertura* es el Capítulo XVIII de la Ley de Seguro Social y los reglamentos creados en virtud de la Ley de Seguridad Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid o CMS (Centers for Medicare & Medicaid Services). También pueden regir otras leyes federales y, en ciertos casos, las leyes del estado donde usted vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades aún si las leyes no están incluidas o definidas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso de no discriminación

No discriminamos por motivos de raza, grupo étnico, nacionalidad, color, creencia religiosa, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad física o mental, estado de salud, antecedentes de quejas, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que proveen planes de Medicare Advantage, como el nuestro, deben cumplir las leyes federales contra la discriminación, incluidos el Capítulo VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio y demás leyes que rigen para organizaciones que obtienen fondos federales, y demás leyes y normas que rigen por cualquier otra razón.

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

Si tiene alguna discapacidad y requiere ayuda para el acceso a la atención médica, llame a Servicio al Cliente. Si tiene alguna queja, por ejemplo, por un problema de acceso en silla de ruedas, Servicio al Cliente puede ayudarle.

GlobalHealth, Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad (incluyendo proficiencia limitada de inglés y del lenguaje primario), sexo (consistente con el alcance de discriminación por sexo según descrito en § 92.101(a)(2)), edad o discapacidad.

GlobalHealth, Inc.:

- Proporciona modificaciones razonables para las personas con discapacidades y ayudas y servicios auxiliares adecuados que incluyen los siguientes:
 - Intérpretes calificados para personas con discapacidades.
 - Información en formatos alternativos, como en braille o letra más grande, sin cargo y de forma oportuna, cuando se necesitan dichas modificaciones, ayudas y servicios para garantizar la accesibilidad y las oportunidades equitativas para la participación de las personas con discapacidades.

CAPÍTULO 9 Avisos legales

- Proporciona servicios de asistencia lingüística, incluida la traducción de documentos electrónicos y escritos y la interpretación oral, sin cargo, de forma oportuna, cuando dichos servicios son un paso razonable para proporcionar un acceso significativo para una persona con un dominio limitado del inglés.

Si necesita modificaciones razonables, ayudas y servicios auxiliares adecuados o servicios de asistencia lingüística, comuníquese con el Servicio al Cliente de GlobalHealth al 1-844-280-5555 (número de teléfono gratuito). Nuestras horas de servicio son de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, los horarios de atención son de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Si considera que no le proporcionamos estos servicios o discriminamos de alguna forma por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad, nuestro Coordinador de Sección 1557 está disponible para asistirle. Puede presentar una querella en persona, o por correo postal, fax o correo electrónico:

Dirección de correo:

GlobalHealth

Section 1557 Coordinator

P.O. Box 2658

Oklahoma City, OK 73101-2658

Número de teléfono:

1-844-280-5555 (número de teléfono gratuito)

de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo.

8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre.

Número TTY:

711

Número de fax:

405-280-5294

Correo electrónico:section1557coordinator@globalhealth.com

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU., de manera electrónica a través del Portal para Querellas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue SW

Room 509F, HHH Building

Washington, DC 20201

[1-800-368-1019](tel:1-800-368-1019), [800-537-7697](tel:800-537-7697) (TDD)

Los formularios de querellas están disponibles en <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>.

Este aviso se encuentra disponible en nuestro sitio web: www.globalhealth.com.

CAPÍTULO 9 Avisos legales

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

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios cubiertos de Medicare de los cuales Medicare no es el pagador primario. De acuerdo con las reglamentaciones de los CMS, incluidas en los artículos 422.108 y 423.462 del Título 42 del Código de reglamentaciones federales (CFR), Generations Valor (HMO-POS), en calidad de organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce la Secretaría de acuerdo con las reglamentaciones de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección suplantán a cualquier ley estatal.

SECCIÓN 4 Protecciones al denunciar sospechas de fraude, despilfarro o abuso

Según las reglas de nuestro plan, usted tiene derecho a estar libre de cualquier forma de encierro físico o aislamiento que se utilice como medio de coerción, fuerza, disciplina, conveniencia o represalia. Tiene derecho a no ser descuidado, intimidado, abusado física o verbalmente, maltratado o explotado. También tiene derecho a ser tratado con consideración, respeto y pleno reconocimiento de su dignidad, privacidad e individualidad.

No podemos negarle servicios ni castigarlo por ejercer sus derechos. El ejercicio de sus derechos no afectará negativamente la forma Generations Valor (HMO-POS) en que sus proveedores o CMS le brindan u organizan la prestación de servicios.

Protecciones al denunciar sospechas de fraude, abuso o malgasto (“Protecciones para denunciantes”)

GlobalHealth, Inc. cumple con las regulaciones federales y estatales que establecen que cualquier persona y/o entidad debe informar cualquier sospecha de fraude, abuso y/o desperdicio identificado contra el Programa Medicare y/o Medicaid. Al cumplir con las regulaciones federales y estatales, GlobalHealth, Inc. protege a cualquier persona de cualquier tipo de represalia que informe de buena fe una sospecha de fraude, abuso y/o desperdicio.

Es importante que informe sobre GlobalHealth, Inc. cualquier situación en la que sus servicios de atención médica se vean afectados o puedan verse afectados debido a la identificación y/o el informe de cualquier sospecha de fraude, abuso GlobalHealth, Inc. y/o desperdicio a cualquier agencia federal y/o local. La sospecha de fraude, malgasto y/o abuso puede ser cualquier servicio facturado por un proveedor a usted GlobalHealth, Inc. y/o a usted que no se haya recibido, entre otros esquemas que considere sospechosos.

Informar a GlobalHealth, Inc.

Recuerde que puede informar cualquier situación real o potencial sobre incumplimiento, explotación financiera, fraude, abuso o despilfarro a través de nuestras líneas de informes confidenciales de

CAPÍTULO 9 Avisos legales

ACTright: ***Línea directa*** de ACTright (disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana) al 1-877-627-0004 o línea de informes web en globalhealth.ethicspoint.com

CAPÍTULO 10:

*Definiciones de términos
importantes*

CAPÍTULO 10 Definiciones de términos importantes

Cantidad permitida: la suma máxima que un plan pagará por un servicio de atención médica cubierto. También se puede llamar *gasto elegible*, *pago de asignación* o *tarifa negociada*.

Centro de cirugía ambulatoria: un centro de cirugía ambulatoria es una entidad que funciona exclusivamente con el objetivo de suministrar servicios de cirugía ambulatoria a pacientes que no precisan hospitalización y cuya estadía esperada en el centro no supera las 24 horas.

Período de inscripción anual: el período del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año cuando los miembros pueden cambiar su plan de salud o de medicamentos, o cambiarse a Original Medicare.

Apelación: una apelación es una medida que toma usted si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar una solicitud de servicios de atención médica o por el pago de servicios que usted ya ha recibido. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de cancelar los servicios que está recibiendo.

Facturación del saldo: cuando un proveedor (como un médico o un hospital) le factura a un paciente una suma mayor a la suma de costo compartido permitido del plan. Como miembro de Generations Valor (HMO-POS), usted solo debe pagar las sumas del costo compartido de nuestro plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores realicen *facturaciones del saldo* o que de otro modo le cobren más del monto de costo compartido que debe pagar según se establece en su plan.

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

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): es la agencia federal a cargo de la administración de Medicare.

Coseguro: una suma que quizá deba pagar, expresada como un porcentaje (por ejemplo, el 20%) como su parte del costo por los servicios.

Queja: *hacer una queja* se conoce formalmente como *presentar un reclamo*. El proceso de quejas *solo* se utiliza para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que usted recibe. También incluye quejas si su plan no cumple con los plazos estipulados en el proceso de apelación.

Centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF): un centro que provee principalmente servicios de rehabilitación a pacientes que tuvieron una enfermedad o lesión como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, servicios de patología del habla y el lenguaje, y servicios de evaluación del contexto familiar.

Copago: suma que debe pagar como parte del costo por servicios o suministros médicos tales como una consulta con el médico, una consulta en un centro hospitalario de atención ambulatoria o una receta. El copago es una suma fija (por ejemplo, \$10), en lugar de un porcentaje.

CAPÍTULO 10 Definiciones de términos importantes

Costo compartido: el costo compartido se refiere a las sumas que un miembro debe pagar cuando recibe servicios. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier deducible que un plan puede imponer antes de cubrir servicios; (2) cualquier suma fija de *copago* que un plan exige para recibir servicios específicos, o (3) cualquier suma de *coseguro*, un porcentaje de la suma total pagada por un servicio, que el plan exige para recibir servicios específicos.

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

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

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

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

Deducible: la suma que debe pagar por atención médica o recetas antes de que nuestro plan pague.

Cancelar o cancelación de la inscripción: el proceso de cancelar su membresía al plan.

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

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

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

CAPÍTULO 10 Definiciones de términos importantes

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

Reclamo: tipo de queja que usted presenta sobre nuestro plan o proveedores, incluidas quejas por la calidad de la atención. Esto no incluye disputas por cobertura o pagos.

Asistente de atención médica domiciliaria: un persona que provee servicios que no requieren las destrezas de un miembro del personal de enfermería o terapeuta autorizado, como asistencia de cuidados personales (p. ej., para bañarse, ir al baño, vestirse o realizar los ejercicios indicados).

Centro de cuidados paliativos: un beneficio que proporciona un tratamiento especial para un miembro que está médicamente certificado como persona con una enfermedad terminal, lo que significa que tiene una esperanza de vida de 6 meses o menos. Nosotros, es decir, su plan, debemos proporcionarle una lista de centros de cuidados paliativos en su área geográfica. Si opta por un centro de cuidados paliativos y continúa pagando las primas, aún es miembro de nuestro plan. Aún puede obtener todos los servicios médicamente necesarios así como otros beneficios suplementarios que ofrecemos.

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

Período de inscripción inicial: período en que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare cuando es elegible para Medicare por primera vez. Si usted es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su Período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza tres meses antes del mes en que cumple 65 años, incluido el mes en que cumple 65 años y finaliza tres meses después del mes en que cumple 65 años.

Cargo máximo: la ley federal establece un máximo del 15% más que el monto aprobado por Medicare.

Suma máxima de gastos de bolsillo: pago máximo que puede hacer de bolsillo durante el año calendario para los servicios cubiertos dentro de la red de la Parte A y la Parte B dentro de la red. Las sumas que paga por las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare no cuentan para el cálculo de la suma máxima de gastos de bolsillo. Además de la suma máxima de gastos de bolsillo para los servicios médicos cubiertos de la Parte A y la Parte B dentro de la red, también tenemos una suma máxima de gastos de bolsillo combinados dentro y fuera de la red por ciertos tipos de servicios.

Medicaid (o Medical Assistance): un programa mixto federal y del estado que brinda asistencia económica por gastos médicos a personas de bajos ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid estatales varían, pero la mayoría de los costos de atención médica se encuentran cubiertos si usted reúne los requisitos tanto para Medicare como para Medicaid.

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

CAPÍTULO 10 Definiciones de términos importantes

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

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

Plan Medicare Advantage (MA): a veces llamado Parte C de Medicare. Un plan ofrecido por una empresa privada bajo contrato con Medicare para proveerle todos los beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser i) un HMO, ii) un PPO, iii) un Plan Privado de Pago por Cada Servicio (Private Fee-for-Service, PFFS) o iv) un Plan de Cuentas de Ahorros Médicos de Medicare (Medicare Medical Savings Account, MSA). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Plan para Necesidades Especiales (Special Needs Plan, SNP). En la mayoría de los casos, los Planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se denominan **Planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados**. Generations Valor (HMO-POS) no ofrece cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por la Parte A y B de Medicare. El término Servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como servicios para la vista, dentales o auditivos, que un plan Medicare Advantage puede ofrecer.

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

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

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): un beneficiario de Medicare que es elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Proveedor de la red/proveedor: es el término general para referirnos a médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica autorizados o certificados por Medicare

CAPÍTULO 10 Definiciones de términos importantes

y por el estado para proveer servicios de atención médica. **Proveedores de la red:** tienen un contrato con nuestro plan para aceptar nuestro pago como el pago total y, en algunos casos, para coordinar y proveer servicios cubiertos a miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan *proveedores del plan*.

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

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

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: un proveedor o centro que no tiene un contrato con nuestro plan relacionado con la coordinación o provisión de servicios cubiertos para los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores no contratados, operados ni de propiedad de nuestro plan.

Gastos de su bolsillo: vea la definición anterior de *costo compartido*. El requisito de costo compartido debido al cual un miembro debe pagar una porción de los servicios recibidos también se denomina requisito de *gastos de bolsillo* del miembro.

Plan PACE: un plan PACE (Programa de Atención Integral para Adultos Mayores) combina servicios de atención médica, social y a largo plazo (long-term care services and supports, LTSS), y está destinado a ayudar a que personas frágiles continúen siendo independientes y viviendo en su comunidad (en lugar de mudarse a una residencia para ancianos) el mayor tiempo posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben beneficios de Medicare y de Medicaid a través del plan.

Parte C: consulte Plan Medicare Advantage (MA).

Punto de servicio: un tipo de plan Medicare Advantage HMO que permite a los miembros recurrir a proveedores fuera de la red del plan por un costo adicional. Consulte el Capítulo 1, Sección 1.

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

Proveedor de atención primaria (PCP): el médico u otro proveedor al que consulta primero por la mayoría de sus problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, debe consultar a su proveedor de atención primaria antes de visitar a cualquier otro proveedor de atención médica.

Autorización previa: aprobación por adelantado para obtener servicios. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están señalados en la Tabla de beneficios en el Capítulo 4.

CAPÍTULO 10 Definiciones de términos importantes

Protésicos y ortóticos: dispositivos médicos que incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para brazos, espalda, cuello, miembros y ojos artificiales; y aparatos necesarios para reemplazar una parte o una función corporal interna, como suministros ostómicos y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización de Mejoramiento de la Calidad (QIO): un grupo de médicos y otros expertos en salud que ejercen y son pagados por el gobierno federal para verificar y mejorar la atención que se provee a los pacientes de Medicare.

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

Área de servicio: un área geográfica en la que debe vivir para inscribirse en un determinado plan de salud. En el caso de planes que restringen la lista de médicos y hospitales a los que puede acudir, generalmente también es el área en la que puede obtener servicios de rutina (servicios que no se consideren de emergencia). El plan debe cancelar su inscripción si se muda fuera del área de servicio del plan de modo permanente.

Atención en centros de enfermería especializada (SNF): servicios de enfermería especializada y rehabilitación provistos en un centro de enfermería especializada en forma diaria y continua. Entre algunos de los ejemplos de atención, podemos incluir fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser administradas por un miembro del personal de enfermería o un médico.

Período de inscripción especial: un lapso durante el cual los miembros pueden cambiar sus planes de salud o medicamentos a Original Medicare. Las situaciones en las que podría ser elegible para un Período de inscripción especial incluyen: si se muda fuera del área de servicio, si se muda a una residencia para ancianos o si infringimos nuestro contacto con usted.

Servicios requeridos urgentemente: un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata que no es una emergencia es un servicio requerido urgentemente, ya sea que usted se encuentre fuera del área de servicio del plan de manera temporal o no sea razonable, debido al momento, el lugar y las circunstancias, obtener este servicio de proveedores de la red con los que el plan tiene contrato. Ejemplos de servicios requeridos urgentemente son enfermedades o lesiones médicas imprevistas, o brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina al proveedor médicamente necesarias, como chequeos médicos anuales, no se consideran servicios requeridos urgentemente incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio del plan o la red del plan no está disponible de manera temporal.

Multi-Language Insert**Multi-language Interpreter Services**

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-844-280-5555 (toll free) (TTY: 711). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-844-280-5555 (número de teléfono gratuito) (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-844-280-5555（免费电话）(TTY: 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-844-280-5555 (免費電話) (TTY: 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-844-280-5555 (libre na toll) (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-844-280-5555 (appel gratuit) (TTY: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-844-280-5555 (số điện thoại miễn cước) (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-844-280-5555 (gebührenfrei) (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-844-280-5555 (수신자 부담) (TTY: 711)번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Form CMS-10802

(Expires 12/31/25)

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-844-280-5555 (бесплатно) (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-844-280-5555 (الرقم المجاني) (TTY: 711). سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-844-280-5555 (टोल फ्री) (TTY: 711) पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-844-280-5555 (numero verde) (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-844-280-5555 (número de telefone gratuito) (TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal ouwa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-844-280-5555 (nimewo telefòn gratis) (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-844-280-5555 (bezpłatnie) (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-844-280-5555 (フリーダイヤル) (TTY: 711) にお電話ください。日本語を話す人 者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Generations Valor (HMO-POS) Departamento de Servicios para Miembros

Método	Departamento de Servicios para Miembros: Información de contacto
LLAME AL	1-844-280-5555 (número de teléfono gratuito) Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre) Departamento de Servicios para Miembros también tiene servicios gratuitos de intérprete de idiomas para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre)
FAX	(405) 280-2960
ESCRÍBANOS	GlobalHealth, Inc. P.O. Box 1747 Oklahoma City, OK 73101
SITIO WEB	www.globalhealth.com

Senior Health Insurance Counseling Program (Oklahoma SHIP)

Senior Health Insurance Counseling Program es un programa estatal que obtiene fondos del gobierno federal para ofrecer asesoramiento local gratuito sobre seguros médicos a personas que tienen Medicare.

Método	Información de contacto
LLAME AL	1-800-763-2828
ESCRÍBANOS	Senior Health Insurance Counseling Program 400 NE 50th Street Oklahoma City, OK 73105
SITIO WEB	https://www.oid.ok.gov/consumers/information-for-seniors/senior-health-insurance-counseling-program-ship/

Declaración de divulgación con respecto a la PRA. Según la ley de Reducción de Papeles (PRA, por sus siglas en inglés) de 1995, nadie está obligado a contestar una recopilación de información a menos que muestre un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.