Capítulo 3: Cómo usar la cobertura del plan para su cuidado de salud y otros servicios cubiertos

Introducción

Este capítulo contiene términos específicos y reglas que usted debe saber para obtener cuidado de salud y otros servicios cubiertos con <plan name>. También le proporciona información sobre su [coordinador de cuidado de salud/administrador de cuidados (plan’s preference)], cómo obtener cuidado de diferentes tipos de proveedores y en qué circunstancias especiales (incluso de proveedores o farmacias fuera de la red), qué hacer cuando le cobran directamente los servicios cubiertos por nuestro plan y las reglas de propiedad del equipo médico duradero (DME). Los términos clave y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

[Plans should refer members to other parts of the handbook using the appropriate chapter number and section. For example, "refer to Chapter 9, Section A" An instruction [plans may insert reference, as applicable] is listed next to each cross reference throughout the handbook.]

[*Plans must update the Table of Contents to this document to accurately reflect where the information is found on each page after plan adds plan-customized information to this template*.]

Tabla de contenidos

[A. Información sobre “servicios”, “servicios cubiertos”, “proveedores” y “proveedores de la red” 4](#_Toc171341367)

[B. Reglas para obtener cuidado de salud, servicios de salud del comportamiento y servicios y respaldos a largo plazo (LTSS) cubiertos por el plan 4](#_Toc171341368)

[C. Información sobre su [coordinador de cuidado de salud/administrador de cuidados (plan’s preference)] 6](#_Toc171341369)

[C1. Qué es un [coordinador de cuidado de salud/administrador de cuidados (plan’s preference)] 7](#_Toc171341370)

[C2. Cómo contactar con su [coordinador de cuidado de salud/administrador de cuidados (plan’s preference)] 7](#_Toc171341371)

[C3. Cómo cambiar a su [coordinador de cuidado de salud/administrador de cuidados (plan’s preference)] 7](#_Toc171341372)

[D. Cuidados de proveedores de cuidado primario, de especialistas y de otros proveedores de la red y fuera de la red 7](#_Toc171341373)

[D1. Cuidado de un proveedor de cuidado primario (PCP) 7](#_Toc171341374)

[D2. Cuidados de especialistas y de otros proveedores de la red 8](#_Toc171341375)

[D3. Qué hacer cuando un proveedor abandona nuestro plan 9](#_Toc171341376)

[D4. Cómo obtener cuidado de proveedores fuera de la red 10](#_Toc171341377)

[E. Cómo obtener servicios de salud del comportamiento 10](#_Toc171341378)

[F. Cómo recibir servicios y respaldos a largo plazo (LTSS) 11](#_Toc171341379)

[G. [If applicable plans should add: Cómo obtener cuidados autodirigidos] 11](#_Toc171341380)

[G1. Qué son los cuidados autodirigidos 12](#_Toc171341381)

[G2. Quién puede obtener cuidados autodirigidos (**Note:** This is limited to waiver populations, per the Plan Benefit Package.) 12](#_Toc171341382)

[G3. Cómo obtener ayuda en la contratación de proveedores de cuidado primario (si es aplicable) 12](#_Toc171341383)

[H. Cómo obtener servicios de transporte 12](#_Toc171341384)

[I. Cómo obtener servicios cubiertos si tiene una emergencia médica o requiere atención médica urgente, o durante una situación de desastre 12](#_Toc171341385)

[I1. Cuidados en caso de emergencia médica 12](#_Toc171341386)

[I2. Cuidado necesario de urgencia 14](#_Toc171341387)

[I3. Cuidado en situaciones de desastre 14](#_Toc171341388)

[J. Qué hacer si le facturan los servicios cubiertos por nuestro plan directamente a usted 15](#_Toc171341389)

[J1. Qué hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan 15](#_Toc171341390)

[K. Cobertura de servicios de cuidado de salud cuando está usted participando en un estudio de investigación clínica 16](#_Toc171341391)

[K1. Definición de estudio de investigación clínica 16](#_Toc171341392)

[K2. Pago de servicios cuando usted participa en un estudio de investigación clínica 17](#_Toc171341393)

[K3. Más información sobre estudios de investigación clínica 17](#_Toc171341394)

[L. Cobertura de sus servicios de salud cuando usted obtiene cuidados en una institución religiosa no médica de cuidados de salud 17](#_Toc171341395)

[L1. Definición de institución religiosa no médica de cuidados de salud 17](#_Toc171341396)

[L2. Qué hacer para ser atendido en una institución religiosa no médica de cuidados de salud 18](#_Toc171341397)

[M. Equipo médico duradero (DME) 18](#_Toc171341398)

[M1. DME como miembro de nuestro plan 18](#_Toc171341399)

[M2. Derechos de propiedad sobre el DME al cambiar a Medicare Original o Medicare Advantage 19](#_Toc171341400)

[M3. Equipos de oxígeno: beneficios a los que tiene derecho como miembro de nuestro plan 20](#_Toc171341401)

[M4. Equipos de oxígeno: qué sucede si usted cambia a Medicare Original o a Medicare Advantage 20](#_Toc171341402)

# Información sobre “servicios”, “servicios cubiertos”, “proveedores” y “proveedores de la red”

El término “servicios” incluye, entre otros, la prestación de cuidados médicos, servicios y respaldos a largo plazo (LTSS), suministros médicos, servicios de salud del comportamiento, medicamentos de receta, medicamentos de venta sin receta médica y equipo médico. Los servicios cubiertos son cualquiera de estos servicios por los cuales paga nuestro plan. Los cuidados de salud y LTSS cubiertos por este plan se muestran en la Tabla de beneficios del Capítulo 4 [plans may insert reference, as applicable].

El término "proveedores" hace referencia a los médicos, enfermeras y otras personas que le prestan servicios y cuidado. El término "proveedores" también incluye hospitales, agencias de cuidado de la salud en el hogar, clínicas y otros lugares que ofrecen servicios de cuidado de salud, equipo médico y servicios y respaldos a largo plazo.

Los “proveedores de la red” son aquellos proveedores que trabajan con el plan de salud. Estos proveedores han acordado aceptar nuestro pago [insert if plan has cost sharing: y la cantidad de su costo compartido] como pago total. Los proveedores de la red nos facturan directamente a nosotros el cuidado que le proporcionan a usted. Cuando usted acude a un proveedor de la red, generalmente pagará [insert as applicable: nada **or** solamente su parte del costo] por los servicios cubiertos.

# Reglas para obtener cuidado de salud, servicios de salud del comportamiento y servicios y respaldos a largo plazo (LTSS) cubiertos por el plan

<Plan name> cubre todos los servicios cubiertos por Medicare y Healthy Connections Medicaid. Estos incluyen salud del comportamiento y LTSS.

<Plan name> pagará generalmente el costo del cuidado de salud y los servicios que usted reciba si sigue las reglas del plan indicadas a continuación. Para estar cubierto por nuestro plan:

* El cuidado que reciba debe ser un **beneficio del plan**. Esto significa que debe estar incluido en la Tabla de beneficios del plan. (La tabla está en el Capítulo 4 [plans may insert reference, as applicable] de este manual).
* El cuidado debe ser **médicamente necesario**. “Médicamente necesario” significa que los servicios son razonables y necesarios:
* para el diagnóstico o tratamiento de su enfermedad o lesión; **o**
* para mejorar el funcionamiento de una parte del cuerpo con malformación; **o**
* médicamente necesarios de otro modo según la ley de Medicare.
* De acuerdo con las leyes y los reglamentos de Healthy Connections Medicaid, los servicios deben ser:
* esenciales para prevenir, diagnosticar, evitar el agravamiento, aliviar, corregir o curar afecciones médicas que pongan en riesgo la vida, causen sufrimiento o dolor, causen alguna deformidad o disfunción física, amenacen con causar o agravar una discapacidad, o produzcan una enfermedad o dolencia;
* prestados en una institución apropiada al nivel adecuado de cuidados para el tratamiento de su afección médica; **y**
* prestados de acuerdo con las normas generalmente aceptadas de la práctica médica.
* [Plans may omit or edit the PCP-related bullets as necessary, including modifying the name of the PCP.] Un **proveedor de cuidado primario (PCP)** de la red debe haber solicitado previamente el cuidado o haberle dicho que acuda a otro doctor. Como miembro del plan, usted deberá escoger su PCP entre los proveedores de la red.
* En la mayoría de los casos, [insert as applicable: su PCP de la red **or** nuestro plan] deberá dar previamente su aprobación para que usted pueda acudir a otro profesional o utilizar otros proveedores de la red del plan. Es lo que se conoce como un **referido**. Si usted no obtiene la aprobación, <plan name> podría no cubrir los servicios. Usted no necesita un referido para acudir a ciertos especialistas, como, por ejemplo, los especialistas en salud de la mujer. Para obtener más información sobre los referidos, consulte la sección <section letter>.
* Usted no necesitará un referido de su PCP para recibir cuidado de emergencia o cuidado necesario de urgencia, o para acudir a un proveedor de cuidado de salud de la mujer. Usted podrá obtener otras clases de cuidados sin necesidad de un referido de su PCP. Para obtener más información al respecto, consulte la sección <section letter>.
* Para obtener más información sobre cómo elegir un PCP, consulte la sección <section letter>.
* **Usted debe recibir el cuidado de su salud de proveedores de la red.** Por lo general, el plan no cubrirá cuidados de proveedores que no trabajen con el plan de salud. A continuación le mostramos algunos casos en los que esta regla no se aplica:
* El plan cubre cuidado de emergencia o cuidado necesario de urgencia de proveedores fuera de la red. Para obtener más información sobre lo que se considera emergencia o cuidado necesario de urgencia, consulte la Sección I.
* Si necesita cuidado cubierto por nuestro plan y los proveedores de nuestra red no se lo pueden dar, podrá obtener el cuidado de proveedores fuera de la red. [Plans may specify whether authorization should be obtained from the plan prior to seeking care.] En este caso, cubriremos el cuidado [insert as applicable: como si lo hubiera recibido de un proveedor de la red **or** sin ningún costo para usted]. Para obtener información sobre cómo conseguir la aprobación para acudir a un proveedor fuera de la red, consulte la Sección D.
* El plan cubre servicios de diálisis renal cuando esté fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor de este servicio no esté disponible o accesible durante un tiempo corto. Usted podrá obtener esos servicios en una institución para diálisis certificada por Medicare. [Insert as applicable: El costo compartido que usted pague por servicios de diálisis no deberá superar nunca el costo compartido en Medicare Original. Si usted se encuentra fuera del área de servicio del plan y obtiene los servicios de diálisis de un proveedor fuera de la red del plan, su costo compartido no podrá superar el costo compartido que usted paga dentro de la red. No obstante, si su proveedor de diálisis habitual dentro de la red no está disponible temporalmente y usted decide obtener dichos servicios de un proveedor fuera de la red dentro del área de servicio, el costo compartido para los servicios de diálisis podría ser mayor].
* Al unirse al plan, usted podrá seguir acudiendo a sus proveedores actuales durante 180 días o hasta que hayamos terminado su evaluación completa y hayamos creado un plan de transición con el que usted esté de acuerdo. Si tiene que seguir acudiendo a sus proveedores fuera de la red después de sus primeros 180 días en nuestro plan, cubriremos esos cuidados solamente si el proveedor firma un acuerdo con nosotros para un solo caso. Si usted recibe tratamiento continuo de un proveedor fuera de la red y cree que este tendría que firmar un acuerdo para un solo caso para que lo pueda seguir tratando, comuníquese con [plans must enter name of department or entity] al <phone number>.

# Información sobre su [coordinador de cuidado de salud/administrador de cuidados *(plan’s preference)*]

[Plans should provide applicable information about care coordination, including explanations for the following subsections.]

## C1. Qué es un [coordinador de cuidado de salud/administrador de cuidados *(plan’s preference)*]

## C2. Cómo contactar con su [coordinador de cuidado de salud/administrador de cuidados *(plan’s preference)*]

## C3. Cómo cambiar a su [coordinador de cuidado de salud/administrador de cuidados *(plan’s preference)*]

# Cuidados de proveedores de cuidado primario, de especialistas y de otros proveedores de la red y fuera de la red

## D1. Cuidado de un proveedor de cuidado primario (PCP)

[**Note:** Insert this section only if your plan uses PCPs.]

Usted [insert as applicable: puede **or** debe] elegir un PCP que se encargue de gestionar y proporcionarle cuidado.

Definición de “PCP” y lo que el PCP hace por usted

[Plans should describe the following in the context of their plans:

Qué es un PCP

Qué tipo de proveedores pueden actuar como PCP [If a State allows specialists to act as a PCP, plans must inform members of this and under what circumstances a specialist may be a PCP.]

Funciones de un PCP:

* coordinar los servicios cubiertos
* decidir sobre la obtención de autorización previa (PA) u obtener dicha autorización, si es aplicable

Cuándo puede una clínica ser su proveedor de cuidado primario (RHC/FQHC)]

Cómo elegir un PCP

[Plans must describe how to choose a PCP.]

Posibilidad de cambiar de PCP

Usted puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. También es posible que su PCP se retire de la red de nuestro plan. Nosotros podemos ayudarle a encontrar un nuevo PCP si el que tiene actualmente abandona nuestra red.

[Plans should describe how to change a PCP and indicate when that change will take effect (e.g., on the first day of the month following the date of the request, immediately upon receipt of the request, etc.).]

Servicios que puede obtener sin recibir aprobación previa de su PCP

[**Note:** Insert this section only if plans use PCPs or require referrals to network providers.]

En la mayoría de los casos, usted necesitará la autorización de su PCP antes de poder acudir a otros proveedores. Esta autorización se denomina referido.Usted podrá obtener los siguientes servicios sin la autorización previa de su PCP:

* Servicios de emergencia de proveedores de la red y fuera de la red.
* Cuidado necesario de urgencia de proveedores de la red.
* Cuidado necesario de urgencia de proveedores fuera de la red cuando no le sea posible acceder a proveedores de la red (por ejemplo, si está fuera del área de servicio del plan).

NOTA: Los servicios deben ser médicamente necesarios y deben necesitarse de manera inmediata.

* Servicios de diálisis renal en una institución de diálisis certificada por Medicare cuando usted se encuentre fuera del área de servicio del plan. (Llame a Servicios al miembro antes de salir del área de servicio. Podemos ayudarle a recibir diálisis mientras esté fuera de la red.)
* Vacunas contra la gripe y la COVID-19 [insert if applicable: así como vacunas contra la hepatitis B y vacunas contra la neumonía] [insert if applicable: siempre que las obtenga de un proveedor de la red].
* Cuidado de salud de rutina para mujeres y servicios de planificación familiar. Esto incluye exámenes de seno, mamografías (radiografías de los senos), tests de Papanicolaou y exámenes del cuello del útero [insert if applicable: siempre que los obtenga de un proveedor de la red].
* Además, si usted cumple los requisitos para recibir servicios de proveedores de salud indígenas, usted podrá acudir a estos proveedores sin necesidad de un referido.

[Plans should add additional bullets consistently formatted like the rest of this section as appropriate.]

## D2. Cuidados de especialistas y de otros proveedores de la red

Un especialista es un médico que proporciona cuidado de salud para una enfermedad en particular o parte del cuerpo específica. Existen muchos tipos de especialistas. Por ejemplo:

* Los oncólogos tratan a pacientes con cáncer.
* Los cardiólogos tratan a pacientes con problemas del corazón.
* Los ortopedistas tratan a pacientes con problemas en los huesos, las articulaciones o los músculos.

[Plans should describe how members access specialists and other network providers, including:

La función del PCP (si la tiene) a la hora de referir a los miembros a especialistas y otros proveedores

El proceso para obtener una PA [Plans explain that PA means that the member must get approval from the plan before getting a specific service or drug *or using an out-of-network provider and including* information about which plan entity makes the PA decision (e.g., the Medical Director, the PCP, or another entity).]

El responsable de obtener la PA [Plans explain, for example, if it is the PCP or the member and refer members to the Benefits Chart in Chapter 4 [plans may insert reference, as applicable] for information about which services require PA.]

Si el hecho de elegir un PCP en concreto significa que usted solo tendrá acceso al grupo de especialistas u hospitales a los que ese PCP refiere[*e.g., plans include information about subnetworks or referral circles*].]

## D3. Qué hacer cuando un proveedor abandona nuestro plan

[Plans may edit this section if they are obligated under Healthy Connections Medicaid programs to have a transition benefit when a doctor leaves the plan.]

Puede ocurrir que un proveedor de la red que usted esté usando se retire de nuestro plan. Si alguno de sus proveedores abandona nuestro plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que resumimos a continuación:

* Si bien nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, estamos obligados a darle acceso ininterrumpido a proveedores calificados.
* Si su proveedor abandona nuestra red, le avisaremos lo antes posible para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
  + Si su proveedor de cuidado primario o proveedor de servicios de salud del comportamiento abandona el plan, se lo notificaremos en caso de que haya recibido servicios de dicho proveedor dentro de los últimos tres años.
  + Si alguno de sus otros proveedores abandona el plan, se lo notificaremos si tiene asignado a ese proveedor, si está recibiendo cuidados de parte del mismo o si ha recibido asistencia del mismo en los últimos tres meses.
* Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado de la red para continuar administrando sus necesidades de cuidados de salud.
* Si está recibiendo tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, usted tiene derecho a pedir que este no sea interrumpido y nosotros trabajaremos con usted para garantizar la continuidad de ese tratamiento o terapia médicamente necesarios.
* Le brindaremos información sobre los diferentes períodos de inscripción disponibles para usted y las opciones para cambiar de plan.
* Si no podemos encontrar un especialista certificado en la red que sea accesible para usted, deberemos buscar un especialista fuera de la red para que le preste el cuidado que necesita, en caso de que no haya un proveedor o beneficio de la red disponible o adecuado a sus necesidades médicas. [*Plans should indicate if prior authorization is needed.*]
* Si cree que el nuevo proveedor que le hemos asignado no está calificado o que su cuidado no está siendo administrado apropiadamente, usted tiene derecho a apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 [plans may insert a reference, as applicable] para obtener más información sobre cómo apelar.

Si se entera de que alguno de sus proveedores va a abandonar nuestro plan, póngase en contacto con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un proveedor nuevo y a administrar su cuidado. [Plans should provide contact information for assistance.]

## D4. Cómo obtener cuidado de proveedores fuera de la red

[HMO plans that are **not** HMO POS, tell members under what circumstances they may obtain services from out-of-network providers (e.g., when providers of specialized services are not available in network). Include Healthy Connections Medicaid out-of-network requirements. Describe the process for getting authorization, including who is responsible for getting it.]

Si acudea un proveedor fuera de la red, dicho proveedor deberá cumplir los requisitos para poder participar en Medicare o Healthy Connections Medicaid.

* No podemos pagar a proveedores que no cumplan los requisitos para participar en Medicare o Healthy Connections Medicaid.
* Si acude a un proveedor que no cumple los requisitos para participar en Medicare, usted deberá pagar el costo total de los servicios que reciba.
* Los propios proveedores deberán decirle si cumplen o no los requisitos para participar en Medicare.

# Cómo obtener servicios de salud del comportamiento

[Plans should provide applicable information about getting behavioral health services.]

# Cómo recibir servicios y respaldos a largo plazo (LTSS)

Los servicios y respaldos a largo plazo (LTSS) lo ayudan a satisfacer sus necesidades diarias de asistencia y ayudan a mejorar su calidad de vida. Los LTSS pueden ayudarlo con las tareas cotidianas, como bañarse, vestirse y cocinar. La mayoría de esos servicios son proporcionados en su hogar o en su comunidad, pero también podrían ser proporcionados en un hogar para personas de la tercera edad u hospital.

Los LTSS están disponibles para los miembros en ciertos programas de excepción operados por la división de Cuidados a Largo Plazo Comunitarios (CLTC) de Healthy Connections Medicaid. Estos programas de excepción son:

* programa de excepción Community Choices;
* programa de excepción para pacientes con VIH/sida;
* programa de excepción para personas dependientes de un respirador mecánico.

Los miembros en los diferentes programas de excepción pueden recibir tipos y cantidades diferentes de LTSS. Si le parece que usted necesita LTSS, puede hablar con su [coordinador de cuidado de salud/administrador de cuidados (plan’s preference)] sobre cómo acceder a ellos y si usted puede unirse a alguno de estos programas de excepción. Su [coordinador de cuidado de salud/administrador de cuidados (plan’s preference)] puede darle información sobre cómo solicitar la inscripción en un programa de excepción apropiado y todos los recursos disponibles para usted bajo el plan.

Consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* para obtener más información sobre estos programas.

[Plans should provide applicable information about getting LTSS if a member is not a waiver participant.]

# G. [If applicable plans should add: Cómo obtener cuidados autodirigidos]

[Plans should provide applicable information about getting self-directed care, including the following subsections.]

## G1. Qué son los cuidados autodirigidos

## G2. Quién puede obtener cuidados autodirigidos (Note: This is limited to waiver populations, per the Plan Benefit Package.)

## G3. Cómo obtener ayuda en la contratación de proveedores de cuidado primario (si es aplicable)

# Cómo obtener servicios de transporte

[Plans should provide applicable information about getting transportation services.]

# Cómo obtener servicios cubiertos si tiene una emergencia médica o requiere atención médica urgente, o durante una situación de desastre

## I1. Cuidados en caso de emergencia médica

Definición de emergencia médica

Se considera emergencia médica cualquier problema de salud con síntomas tales como dolor agudo o lesiones graves, o cuya gravedad sea tal que si usted no recibe cuidado médico inmediato, usted o cualquier otra persona con unos conocimientos médicos o de salud medios podría esperar que derivase en:

* riesgos graves para su salud; **o**
* daños graves a las funciones corporales; **o**
* disfunción grave en cualquier órgano o parte del cuerpo.

Qué hacer en caso de emergencia médica

Si tiene usted una emergencia médica:

* **Pida ayuda lo antes posible.** Llame al 911 o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Llame para pedir una ambulancia, si la necesita. Usted **no** necesita obtener primero una aprobación o un referido de su PCP. No es obligatorio que utilice un proveedor de la red. Usted puede obtener cuidado médico de emergencia siempre que lo necesite en cualquier lugar de los EE. UU. o sus territorios [Insert as applicable: o en cualquier parte del mundo] de cualquier proveedor con la debida licencia del estado
* [Plans add if applicable: **Lo más pronto posible, comunique a nuestro plan sobre su emergencia.** Tenemos que hacer el seguimiento del cuidado de emergencia que reciba. Usted o alguien más [plans may replace “someone else” with “su [coordinador de cuidado de salud*/*administrador de cuidados *(plan’s preference)*]” or other applicable term] deberá llamar para informarnos de su cuidado de emergencia, por lo general, en un plazo máximo de 48 horas. No obstante, usted no tendrá que pagar por los servicios de emergencia aunque hubiéramos sido informados fuera de plazo.] [Plans must either provide the phone number and days and hours of operation or explain where to find the number (e.g., at the bottom of the page, on the back of <plan name>’s Member ID Card).]

Servicios cubiertos en una emergencia médica

[Plans must also include language emphasizing that Medicare does not provide coverage for emergency medical care outside the United States and its territories.]

Si necesita una ambulancia para ir a la sala de emergencias, nuestro plan cubre este servicio. También cubrimos los servicios médicos recibidos durante la emergencia. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4 [plans may insert reference, as applicable].

Los proveedores que proporcionen cuidado de emergencia decidirán cuándo se ha estabilizado y ha terminado su emergencia médica. Continuarán dándole tratamiento y se pondrán en contacto con nosotros para la correspondiente planificación en caso de que necesite cuidados complementarios para ponerse mejor.

[Plans may modify this paragraph as needed to address their post-stabilization care.] Nuestro plan cubre sus cuidados complementarios. Si obtiene cuidado de emergencia de proveedores fuera de la red, trataremos de conseguir proveedores de la red para que se hagan cargo de su cuidado lo antes posible.

Qué hacer en caso de una emergencia de salud del comportamiento

[*Plans should provide applicable information about getting behavioral health emergency services.*]

Qué ocurre si recibe cuidado de emergencia cuando no es realmente una emergencia después de todo

A veces es difícil saber si se tiene una emergencia médica o de salud del comportamiento. Usted podría solicitar cuidado de emergencia, pero el médico podría decir que realmente no era una emergencia. Si es razonable que usted haya creído que su salud corría un grave peligro, cubriremos el cuidado de emergencia.

No obstante, si el médico dice que no era una emergencia, solo cubriremos el cuidado adicional si:

* usted utiliza un proveedor de la red, **o**
* el cuidado adicional que reciba es considerado “cuidado necesario de urgencia” y usted sigue las reglas para obtener ese cuidado. (Consulte la siguiente sección).

## I2. Cuidado necesario de urgencia

Definición de cuidado necesario de urgencia

El cuidado necesario de urgencia es el cuidado que se recibe para tratar una situación que, a pesar de no ser una emergencia, requiere atención inmediata. Por ejemplo, si se agudiza una enfermedad existente o si se ve afectado por una enfermedad o una lesión inesperadas.

Cuidado necesario de urgencia cuando se encuentra en el área de servicio del plan

En la mayoría de los casos, solo cubriremos el cuidado necesario de urgencia si:

* recibe este cuidado de salud de proveedores de la red **y**
* sigue las otras reglas descritas en este capítulo.

No obstante, si no fuera posible o razonable acceder a un proveedor de la red, debido al tiempo, el lugar o las circunstancias, cubriremos el cuidado necesario de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red.

[Plans must insert instructions for how to access urgently needed services (e.g., using urgent care centers, a provider hotline, etc.).]

Cuidado necesario de urgencia cuando se encuentra fuera del área de servicio del plan

Cuando se encuentre fuera del área de servicio del plan, puede que no le sea posible acceder a proveedores de la red. En ese caso, nuestro plan cubrirá el cuidado necesario de urgencia que usted reciba de cualquier proveedor.

[Insert if applicable: Nuestro plan no cubre cuidados necesarios de urgencia ni ningún otro cuidado [insert if plan covers emergency care outside of the United States and its territories: que no sea de emergencia] que obtenga fuera de los Estados Unidos.]

[Plans with world-wide emergency/urgent coverage as a supplemental benefit, modify this section.]

## I3. Cuidado en situaciones de desastre

Si el gobernador de su estado, el secretario de U.S. Health and Human Services, o el presidente de los Estados Unidos declaran el estado de desastre o de emergencia en su área geográfica, usted tiene derecho a recibir cuidado de <plan name>.

Visite nuestro sitio web para informarse sobre cómo obtener cuidados de salud durante una situación de desastre declarada: <URL>. [*In accordance with 42 CFR 422.100(m), plans are required to include on their web page, at a minimum, information about coverage of benefits at non-contracted facilities at network cost sharing without required PA; terms and conditions of payment for non-contracted providers; and each declared disaster’s start and end dates.*]

En situaciones de desastre declaradas, si no puede acceder a un proveedor de la red, le permitiremos que reciba cuidados de proveedores fuera de la red [*insert as applicable:* abonando la cuota de costo compartido dentro de la red ***or*** sin costo para usted].Si no puede acceder a una farmacia de la red durante una situación de desastre declarada, usted podrá surtir sus medicamentos de receta en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5 [*plans may insert reference, as applicable*] para obtener más información.

# Qué hacer si le facturan los servicios cubiertos por nuestro plan directamente a usted

[Plans with an arrangement with the State may add language to reflect that the organization is not allowed to reimburse members for Healthy Connections Medicaid-covered benefits. If members overpay for these benefits, they need to seek reimbursement from the provider instead.]

**No pague directamente los servicios que cubra Healthy Connections Medicaid.**

Si un proveedor le envía a usted una factura en lugar de enviarla al plan, usted puede pedirnos que paguemos [plans with cost sharing, insert: nuestra parte de] la factura.

Si usted le paga al proveedor, no podremos devolverle lo que pague, pero el proveedor sí lo hará.Servicios al miembro o el Defensor de Healthy Connections Prime puede ayudarlo a comunicarse con el consultorio del proveedor. Consulte sus números de teléfono al pie de la página y en el Capítulo 2 [plans may insert reference, as applicable].

**No debe pagar la factura, Si lo hace, es posible que el plan no pueda reembolsarle el pago.**

[Insert as applicable: Si ha pagado por servicios cubiertos **or** Si ha pagado más de lo que le corresponde por servicios cubiertos] o si le han facturado [plans with cost sharing, insert: el costo total de] servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 [plans may insert reference, as applicable] para saber qué hacer.

## J1. Qué hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan

<Plan name> cubre todos los servicios:

* que sean médicamente necesarios, **y**
* que aparezcan en la Tabla de beneficios del plan (consulte el Capítulo 4 [plans may insert reference, as applicable]), **y**
* que usted reciba siguiendo las reglas del plan.

Si usted obtiene servicios no cubiertos por nuestro plan, **tendrá que pagar el costo total usted mismo**.

Si quiere saber si pagaremos algún servicio o cuidado médico, tiene derecho a preguntarnos. También tiene derecho a preguntárnoslo por escrito. Si decidimos que no pagaremos esos servicios, usted tiene derecho a apelar nuestra decisión.

El Capítulo 9 [plans may insert reference, as applicable] explica qué hacer si desea que el plan cubra un servicio o artículo médico que normalmente no está incluido. Asimismo, le informa sobre cómo apelar una decisión de cobertura del plan. Si necesita más información al respecto, también puede llamar a Servicios al miembro.

Pagaremos algunos servicios hasta cierto límite. Si sobrepasa ese límite, usted tendrá que pagar el costo total para obtener más servicios de ese tipo. Llame a Servicios al miembro para saber cuáles son los límites y si está cerca de alcanzarlos.

# Cobertura de servicios de cuidado de salud cuando está usted participando en un estudio de investigación clínica

## K1. Definición de estudio de investigación clínica

Un estudio de investigación clínica (conocido también como ensayo clínico) es una de las formas en que los médicos prueban nuevos tipos de cuidado de salud o medicamentos. Un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare normalmente solicita la participación de voluntarios en el estudio.

Una vez que Medicare [plans that conduct or cover clinical trials that are not approved by Medicare, insert: o nuestro plan]haya aprobado un estudio en el que usted quiera participar, y en el que usted manifiesta interés, una persona que trabaja en el estudio se comunicará con usted. Esa persona le hablará del estudio y averiguará si usted cumple los requisitos necesarios para participar en él. Usted podrá participar en el estudio si cumple las condiciones necesarias. También debe entender y aceptar lo que tendrá que hacer en el estudio.

Mientras participe en el estudio, usted puede seguir inscrito en nuestro plan. De ese modo, podrá seguir obteniendo cuidados que no estén relacionados con el estudio.

Si desea participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* es necesario que nos avise y no necesita nuestra aprobación ni la de su proveedor de cuidado primario. Los proveedores que le proporcionen cuidado de salud como parte del estudio **no** tienen que ser proveedores de la red. Tenga en cuenta que estos casos no incluyen los beneficios por los cuales se responsabilizan nuestros planes, lo cual incluye exámenes clínicos o registros para evaluar el beneficio. No obstante, sí se incluyen beneficios especificados conforme a las resoluciones de cobertura nacional que requieren cobertura con desarrollo de evidencia (NCDs-CED) y estudios de excepciones de dispositivos en investigación (IDE), pero pueden estar sujetas a autorización previa y otras reglas del plan.

**No obstante, le pedimos que nos avise antes de empezar a participar en un estudio de investigación clínica.** Si usted tiene intención de participar en un estudio de investigación clínica, usted o su [coordinador de cuidado de salud/administrador de cuidados (plan’s preference)] deberán ponerse en contacto con Servicios al miembro para informarnos de que usted va a tomar parte en un ensayo clínico.

## K2. Pago de servicios cuando usted participa en un estudio de investigación clínica

Si participa como voluntario en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, usted no pagará nada por los servicios cubiertos del estudio. Medicare será quien pague los servicios cubiertos del estudio, así como los costos de rutina asociados con su cuidado. Una vez se haya inscrito en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, usted tendrá cubiertos la mayoría de los artículos y servicios que obtenga como parte del estudio. Eso incluye lo siguiente:

* Alojamiento y comida por una estadía en el hospital, la que Medicare pagaría aunque usted no participara en un estudio.
* Una operación u otro procedimiento médico que sea parte del estudio de investigación.
* El tratamiento de todos los efectos secundarios y complicaciones del nuevo cuidado.

[*Plans that conduct or cover clinical trials that are not approved by Medicare insert:* Nosotros pagaremos todos los costos si usted participa como voluntario en un estudio de investigación clínica que Medicare no apruebe, pero que sea aprobado por nuestro plan*.*] Si usted forma parte de un estudio que Medicare [*plans that conduct or cover clinical trials that are not approved by Medicare, insert:* o nuestro plan]**no ha aprobado**, usted tendrá que pagar cualquier costo de su participación en el estudio.

## K3. Más información sobre estudios de investigación clínica

Para obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica, consulte “Medicare y Pruebas Clínicas” en el sitio web de Medicare ([es.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-S-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf](http://es.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-S-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf)). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), que está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

# Cobertura de sus servicios de salud cuando usted obtiene cuidados en una institución religiosa no médica de cuidados de salud

## L1. Definición de institución religiosa no médica de cuidados de salud

Una institución religiosa no médica de cuidados de salud es un lugar que proporciona cuidados que normalmente obtendría en un hospital o centro de enfermería especializada. Si recibir cuidado en un hospital o centro de enfermería especializada va en contra de sus creencias religiosas, entonces cubriremos el cuidado en una institución religiosa no médica de cuidados de salud.

Este beneficio solamente es aplicable a los servicios para pacientes hospitalizados de la Parte A de Medicare (servicios de cuidado de salud no médico).

## L2. Qué hacer para ser atendido en una institución religiosa no médica de cuidados de salud

Para recibir atención en una institución religiosa no médica de cuidados de salud, debe firmar un documento legal que diga que usted está en contra de recibir tratamiento médico “no excluido”.

* Tratamiento médico “no excluido” es cualquier cuidado de carácter voluntario y no exigido por la ley federal, estatal o local.
* Tratamiento médico “excluido” es todo aquel cuidado que no sea voluntario y que sea exigido de conformidad con la ley federal, estatal o local.

Para que nuestro plan cubra el cuidado recibido en una institución religiosa no médica de cuidados de salud, dicho cuidado debe cumplir las siguientes condiciones:

* La institución que proporcione el cuidado debe estar certificada por Medicare.
* Los servicios cubiertos por nuestro plan se limitan a aspectos no religiosos del cuidado de salud.
* Si usted recibe servicios de esta institución y le son proporcionados en sus instalaciones, deberán cumplirse los requisitos siguientes:
* Usted debe tener una afección médica que le permita obtener servicios cubiertos para pacientes internados en un hospital o en un centro de enfermería especializada.
* [Omit this bullet if not applicable.] Antes de ser internado en la institución, deberá obtener aprobación de nuestro plan. De lo contrario, su estadía no tendrá cobertura.

[Plans must explain whether Medicare Inpatient Hospital coverage limits apply (include a reference to the Benefits Chart in Chapter 4 [plans may insert reference, as applicable]) or whether there is unlimited coverage for this benefit.]

# Equipo médico duradero (DME)

## M1. DME como miembro de nuestro plan

El equipo médico duradero (DME) incluye determinados artículos que puede solicitar un proveedor, tales como sillas de ruedas, muletas, camas motorizadas, suministros para personas con diabetes, camas de hospital pedidas por un proveedor para uso en el domicilio, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos de generación de voz, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Usted siempre será dueño de ciertos artículos, por ejemplo las prótesis.

En esta sección hablamos del equipo médico duradero que usted debe alquilar. Como miembro de <plan name>, nuestro plan alquilará la mayoría de los artículos de DME para usted durante un máximo de 10 meses. [*Insert as applicable:* En algunas circunstancias, pueden ser 13 meses.] Al final del período de alquiler, nuestro plan le transferirá a usted la propiedad del artículo de DME, y este se considerará comprado. [*Insert as applicable:* Nuestro plan puede pagar ***or***pagará ***or*** no pagará los costos de mantenimiento.] Llame a Servicios al miembro para obtener más información.

## M2. Derechos de propiedad sobre el DME al cambiar a Medicare Original o Medicare Advantage

Si está alquilando DME, hay otros aspectos que debe tener en cuenta si decide cambiarse a Medicare Original o a un plan Medicare Advantage.

En el programa Medicare Original, las personas que alquilan ciertos tipos de DME se convierten en propietarios del equipo alquilado después de 13 meses. El plan Medicare Advantage puede establecer el número de meses que las personas deben alquilar ciertos tipos de DME antes de que el equipo pase a ser de su propiedad.

**Nota:** Consulte las definiciones de los planes de Medicare Original y Medicare Advantage en el Capítulo 12. También encontrará más información sobre estos planes en el manual *Medicare y Usted 2025*. Si no tiene una copia de este manual, puede conseguirla ingresando en el sitio web de Medicare ([es.medicare.gov](http://es.medicare.gov)) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Para poder ser propietario del equipo, usted deberá realizar 13 pagos consecutivos bajo el plan Medicare Original, o el número de pagos consecutivos establecido por el plan Medicare Advantage, si:

* usted no se convirtió en propietario del equipo médico duradero mientras estuvo en nuestro plan, **y**
* usted se retira de nuestro plan y obtiene sus beneficios de Medicare fuera de cualquier plan de salud del programa Medicare Original o de un plan Medicare Advantage.

Si efectuó los pagos del equipo médico duradero bajo Medicare Original o bajo un plan Medicare Advantage antes de inscribirse en nuestro plan, **los pagos realizados a Medicare Original o al plan Medicare Advantage no se descontarán de los pagos que tenga que hacer después de dejar nuestro plan**.

* Para que el equipo pase a ser de su propiedad, usted tendrá que efectuar 13 nuevos pagos consecutivos bajo Medicare Original o el número de nuevos pagos consecutivos establecido por el plan Medicare Advantage.
* No se harán excepciones en este punto cuando usted vuelva a Medicare Original o a un plan Medicare Advantage.

## M3. Equipos de oxígeno: beneficios a los que tiene derecho como miembro de nuestro plan

Si usted reúne los requisitos para que Medicare cubra los equipos de oxígeno y es usted miembro de nuestro plan, tendrá derecho a los siguientes beneficios:

* alquiler de equipos de oxígeno
* suministro de oxígeno y contenidos de oxígeno
* tubos y accesorios para el suministro de oxígeno y contenidos de oxígeno
* mantenimiento y reparación del equipo de oxígeno

El equipo de oxígeno será devuelto cuando ya no sea médicamente necesario para usted o si usted abandona nuestro plan.

## M4. Equipos de oxígeno: qué sucede si usted cambia a Medicare Original o a Medicare Advantage

Si el equipo de oxígeno es médicamente necesario y **usted abandona nuestro plan para inscribirse en Medicare Original**, deberá alquilar el equipo a un proveedor durante 36 meses. El pago mensual del alquiler cubre el equipo de oxígeno y los suministros y servicios relacionados anteriormente.

Si, **transcurridos los 36 meses de alquiler**, el equipo de oxígeno sigue siendo médicamente necesario:

* su proveedor deberá facilitarle el equipo de oxígeno, así como los suministros y servicios, durante 24 meses más.
* su proveedor deberá facilitarle el equipo de oxígeno y los suministros durante un máximo de 5 años si fuera médicamente necesario.

Si, **transcurrido el período de 5 años**, el equipo de oxígeno es todavía médicamente necesario:

* su proveedor ya no podrá proporcionárselo y deberá decidir si obtener el equipo de repuesto de otro proveedor.
* dará comienzo un nuevo período de 5 años.
* se lo alquilará a un proveedor durante 36 meses.
* su proveedor deberá entonces facilitarle el equipo de oxígeno, así como los suministros y servicios, durante 24 meses más.
* cada 5 años empieza un nuevo ciclo, siempre que el equipo de oxígeno sea médicamente necesario.

Si el equipo de oxígeno es médicamente necesario y **usted abandona nuestro plan para inscribirse en un plan Medicare Advantage**, este le ofrecerá, como mínimo, la misma cobertura que Medicare Original. Infórmese sobre qué equipos de oxígeno y suministros cubre su plan Medicare Advantage y sobre los costos que supondrá para usted.