

# Today's Options® PFFS

Medicare Advantage Health Plans



Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2012

## Evidencia de cobertura:

### Sus beneficios y servicios de salud de Medicare como miembro de Today's Options Premier 400 (PFFS)

En este libro, se proporcionan los detalles sobre la cobertura de atención médica de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2012. Explica cómo obtener la atención médica que usted necesita. Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.

Este plan, Today's Options Premier 400 (PFFS), es ofrecido por American Progressive Life & Health Insurance Company of New York y The Pyramid Life Insurance Company. (Cuando esta Evidencia de cobertura dice “nosotros” o “nuestro” se refiere a American Progressive Life & Health Insurance Company of New York y The Pyramid Life Insurance Company. Cuando dice “plan” o “nuestro plan” significa Today's Options Premier 400 (PFFS) .)

Un plan de salud con un contrato de Medicare.

Today's Options® PFFS se ofrece por la siguiente organización en virtud de un contrato con el gobierno federal: The Pyramid Life Insurance Company, miembro de la familia de empresas de Universal American.

This information is available for free in other languages. Llame al número de Servicios a los Miembros al (866) 568-8921 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al (877) 907-2986). El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., en su zona horaria local, los 7 días de la semana. Servicios a los Miembros también ofrece servicios gratuitos de intérprete disponibles para personas que no hablan inglés.

Esta información está disponible gratuitamente en otros idiomas. Por favor, póngase en contacto con nuestro número de servicios al miembro al (866) 568-8921 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar (877) 907-2986. De 8:00 a.m. a 8:00 p.m. en su zona horaria local, los 7 días de la semana. Los Servicios para Miembros también disponen de intérprete de lengua, servicio disponible para quienes no hablan inglés.

Beneficios, prima, deducibles, copagos o coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2013.

UNIVERSAL  
AMERICAN

A Healthy Collaboration®

*Esta página se dejó en blanco deliberadamente.*

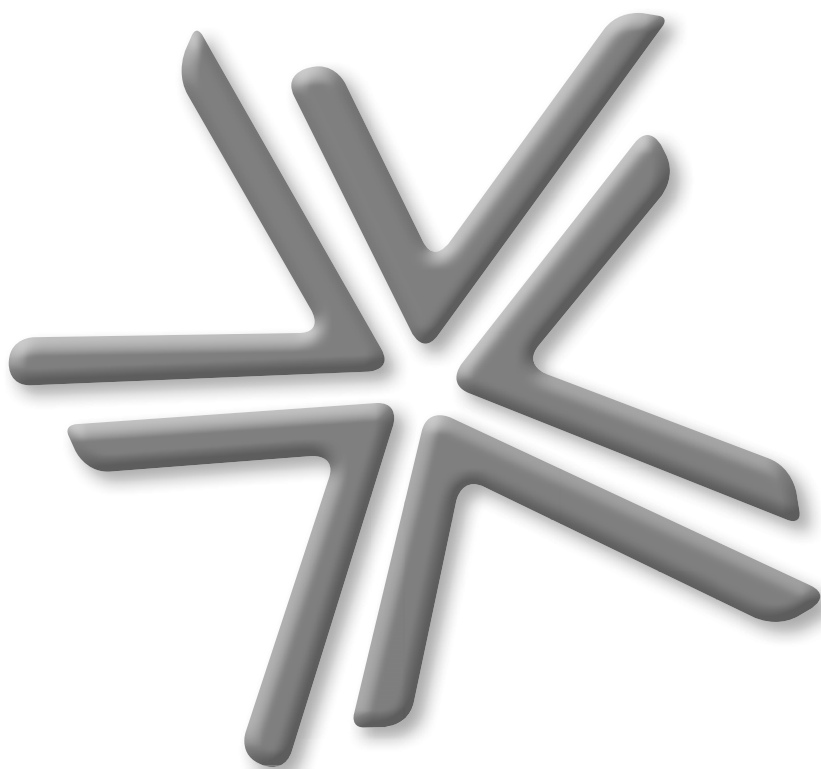
PFFS

# Today's Options<sup>®</sup> PFFS

*Medicare Advantage Health Plans*

## Evidencia de cobertura para 2012

Del 1 de enero al 31 de diciembre de  
2012



UNIVERSAL  
AMERICAN

A Healthy Collaboration<sup>®</sup>

## Evidencia de cobertura para 2012

### Índice

Esta lista de capítulos y números de páginas es simplemente su punto de partida. Para obtener más ayuda para encontrar la información que necesita, vaya a la primera página de cualquier capítulo. **Encontrará una lista detallada de temas al comienzo de cada capítulo.**

- Capítulo 1. Comenzar como miembro ..... 3**
- Informa lo que significa estar en un plan de salud de Medicare y cómo utilizar este libro. Informa sobre los materiales que le enviaremos, la prima de su plan, su tarjeta de membresía del plan y la forma de mantener actualizado su registro de membresía.
- Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes ..... 12**
- Informa cómo comunicarse con nuestro plan (Today's Options Premier 400 (PFFS)) y con otras organizaciones, incluyendo a Medicare, el Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (SHIP), la Organización para la Mejora de la Calidad, el Seguro Social, Medicaid (el programa estatal de seguro de salud para personas con ingresos bajos) y la Railroad Retirement Board.
- Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para sus servicios médicos ..... 23**
- Explica las cosas importantes que debe saber sobre cómo recibir atención médica como miembro de nuestro plan. Temas incluidos en cómo obtener cuidado cuando tiene una emergencia.
- Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar) ..... 32**
- Proporciona los detalles sobre los tipos de atención médica cubierta y *no* cubierta para usted como miembro de nuestro plan. Informa el monto que usted pagará en concepto de su parte del costo para su atención médica cubierta.
- Capítulo 5. Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted ha recibido por servicios médicos cubiertos ..... 61**
- Informa cuándo y cómo enviarnos una factura cuando quiera solicitarnos un reembolso por nuestra parte del costo para sus servicios cubiertos.
- Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades ..... 66**
- Explica los derechos y las responsabilidades que usted tiene como miembro de nuestro plan. Informa lo que puede hacer si cree que no se respetan sus derechos.

**Capítulo 7. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) ..... 75**

Informa detalladamente qué hacer si tiene problemas o quejas como miembro de nuestro plan.

- Explica cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones si tiene problemas para obtener la atención médica que cree que está cubierta por nuestro plan. Esto incluye cómo solicitarnos continuar cubriendo la atención hospitalaria y ciertos tipos de servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto.
- Explica cómo presentar quejas sobre la calidad de la atención médica, el tiempo de espera, el servicio de atención al cliente y otras inquietudes.

**Capítulo 8. Cómo finalizar su membresía en el plan ..... 115**

Informa cuándo y cómo puede finalizar su membresía en el plan. Explica situaciones en las que nuestro plan debe finalizar su membresía.

**Capítulo 9. Avisos legales ..... 123**

Incluye avisos sobre la ley aplicable y la no discriminación.

**Capítulo 10. Definiciones de palabras importantes ..... 125**

Explica términos clave utilizados en este libro.

**Apéndice A. LISTA DE CONTACTO ..... 131**

SHIP: Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud ..... 131

QIO - Quality Improvement Organization (formerly PRO - Peer Review Organization) ..... 140

State Medical Assistance Office (Medicaid) ..... 147

State Health Departments ..... 153

**Apéndice B. Tabla de áreas de servicio y primas ..... 155**

Today's Options Premier 400 (PFFS) ..... 155

## **Capítulo 1. Comenzar como miembro**

<b>SECCIÓN 1. Introducción .....</b>	<b>4</b>
Sección 1.1    Actualmente está inscrito en nuestro plan, que es un plan privado de “Cargos por Servicio” (PFFS) de Medicare .....	4
Sección 1.2    ¿De qué trata el libro <i>Evidencia de cobertura</i> ? .....	4
Sección 1.3    ¿Qué le informa este capítulo? .....	4
Sección 1.4    ¿Qué sucede si usted es nuevo en nuestro plan? .....	4
Sección 1.5    Información legal sobre la <i>Evidencia de cobertura</i> .....	5
<b>SECCIÓN 2. ¿Qué es lo que le permite ser un miembro del plan? .....</b>	<b>5</b>
Sección 2.1    Sus requisitos para acceder al plan .....	5
Sección 2.2    ¿Qué son la Parte A y la Parte B de Medicare? .....	5
Sección 2.3    Esta es el área de servicio del plan de nuestro plan .....	6
<b>SECCIÓN 3. ¿Qué otros materiales obtendrá de nosotros? .....</b>	<b>6</b>
Sección 3.1    Su tarjeta de membresía del plan: utilícela para obtener todos los beneficios cubiertos .....	6
<b>SECCIÓN 4. Su prima mensual para nuestro plan .....</b>	<b>7</b>
Sección 4.1    ¿Cuál es el monto de la prima de su plan? .....	7
Sección 4.2    Existen varias formas en las que puede pagar su prima del plan. ....	7
Sección 4.3    ¿Podemos cambiar su prima mensual del plan durante el año? .....	8
<b>SECCIÓN 5. Mantenga actualizado su registro de membresía del plan .....</b>	<b>9</b>
Sección 5.1    Cómo ayudar a garantizar que contamos con información precisa sobre usted .....	9
<b>SECCIÓN 6. Protegemos la privacidad de su información de salud personal .....</b>	<b>9</b>
Sección 6.1    Nos aseguramos que su información de salud esté protegida .....	9
<b>SECCIÓN 7. Cómo funciona otro seguro con nuestro plan .....</b>	<b>10</b>
Sección 7.1    ¿Qué plan paga primero cuando tiene otro seguro? .....	10

---

## **SECCIÓN 1.            Introducción**

---

<b>Sección 1.1            Usted se ha inscrito en Today's Options Premier 400 (PFFS), que es un plan privado de cargos por servicio de Medicare.</b>
--

Usted está cubierto por Medicare, y ha elegido recibir su cobertura de atención médica y de medicamentos recetados de Medicare a través de nuestro plan, Today's Options Premier 400 (PFFS).

Existen diferentes tipos de planes de salud de Medicare. Nuestro plan es un plan privado de cargos por servicio de Medicare (Private Fee-for-Service, PFFS). Como todos los planes de salud de Medicare, este plan PFFS de Medicare está aprobado por Medicare y ejecutado por una empresa privada.

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

Este libro, *Evidencia de cobertura*, le informa cómo obtener su atención médica de Medicare a través de nuestro plan. En este libro se explican sus derechos y responsabilidades, lo que se cubre y lo que usted paga como miembro del plan.

Este plan, Today's Options Premier 400 (PFFS), es ofrecido por American Progressive Life & Health Insurance Company of New York y The Pyramid Life Insurance Company. (Cuando esta *Evidencia de cobertura* dice “nosotros” o “nuestro” se refiere a American Progressive Life & Health Insurance Company of New York y The Pyramid Life Insurance Company. Cuando dice “plan” o “nuestro plan” significa Today's Options Premier 400 (PFFS) .)

Las palabras “cobertura” y “servicios cubiertos” se refieren a la atención y los servicios médicos que se encuentran disponibles para usted como miembro de nuestro plan.

<b>Sección 1.3            ¿Qué le informa este capítulo?</b>
--

Revise el Capítulo 1 de esta *Evidencia de cobertura* para saber:

- ¿Qué es lo que le permite ser un miembro del plan?
- ¿Cuál es el área de servicio de su plan?
- ¿Qué materiales obtendrá de nosotros?
- ¿Cuál es la prima de su plan y cómo la puede pagar?
- ¿Cómo mantiene actualizada la información en su registro de membresía?

<b>Sección 1.4            ¿Qué sucede si usted es nuevo en nuestro plan?</b>
--

Si es un miembro nuevo, entonces es importante que usted sepa cómo funciona el plan, cuáles son las reglas y qué servicios están disponibles para usted. Le recomendamos que se tome un tiempo para revisar este libro *Evidencia de cobertura*.

*Si está confundido, preocupado o simplemente tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicios a los Miembros de nuestro plan (la información de contacto se encuentra en la contraportada de este libro).*

## **Sección 1.5 Información legal sobre la Evidencia de cobertura**

### **Forma parte de nuestro contrato con usted**

Esta *Evidencia de cobertura* forma parte de nuestro contrato con usted sobre cómo nuestro plan cubre su atención médica. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción y toda notificación que reciba de nosotros sobre cambios en su cobertura o condiciones que afecten a su cobertura. Estas notificaciones algunas veces se denominan “cláusulas” o “enmiendas”.

El contrato tiene vigencia durante los meses en los que está inscrito en nuestro plan entre el 1 de enero de 2012 y el 31 de diciembre de 2012.

### **Medicare debe aprobar nuestro plan cada año**

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar nuestro plan cada año. Usted puede continuar recibiendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre que elijamos continuar ofreciendo el plan para el año en cuestión, y que los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid renueven su aprobación del plan.

---

## **SECCIÓN 2. ¿Qué es lo que le permite ser un miembro del plan?**

---

### **Sección 2.1 Sus requisitos para acceder al plan**

*Usted podrá acceder a la membresía de nuestro plan siempre que:*

- viva en nuestra área geográfica de servicio (la Sección 2.3 que está a continuación describe nuestra área de servicio)
- y tenga derecho a la Parte A de Medicare
- y esté inscrito en la Parte B de Medicare;
- *y no* padezca enfermedad renal en etapa terminal (End Stage Renal Disease, ESRD), con excepciones limitadas, como contraer ESRD cuando ya es miembro de un plan que ofrecemos o si era miembro de un plan diferente que finalizó.

### **Sección 2.2 ¿Qué son la Parte A y la Parte B de Medicare?**

Cuando se inscribió originalmente en Medicare, usted recibió información sobre cómo obtener la Parte A y la Parte B de Medicare. Recuerde:

- generalmente, la Parte A de Medicare cubre servicios prestados por proveedores institucionales como hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de servicios médicos domiciliarios.

- La Parte B de Medicare es para la mayoría de los demás servicios médicos (como los servicios de médicos y otros servicios para pacientes ambulatorios) y ciertos artículos (como equipo médico duradero y suministros).

### Sección 2.3 Esta es el área de servicio del plan de nuestro plan

Si bien Medicare es un programa federal, nuestro plan está disponible solo para personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para continuar siendo miembro de nuestro plan, usted *generalmente* debe continuar viviendo en esta área de servicio. El área de servicio se describe en el Anexo B de esta *Evidencia de cobertura*.

Ofrecemos cobertura en diferentes estados. Sin embargo, pueden existir diferencias de costos u otras diferencias entre los planes que ofrecemos en cada estado. Si se muda del estado donde vive a uno que aún se encuentra dentro de nuestra área de servicio, debe llamar a Servicios a los Miembros para actualizar su información. Si se muda a un estado fuera de nuestra área de servicio, no puede continuar siendo miembro de nuestro plan. Llame a Servicios a los Miembros para averiguar si tenemos un plan en su nuevo estado.


Si planifica mudarse fuera del área de servicio, comuníquese con Servicios a los Miembros. Cuando se mude, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de medicamentos o de salud de Medicare que esté disponible en su nueva ubicación.

## SECCIÓN 3. ¿Qué otros materiales obtendrá de nosotros?

### Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan: utilícela para obtener todos los beneficios cubiertos

Mientras es miembro de nuestro plan, debe utilizar su tarjeta de membresía para obtener cualquier servicio cubierto por este plan.

La siguiente es una tarjeta de membresía de muestra para mostrarle cómo será la suya:

 Medicare Advantage Private Fee-for-Service Plan Issuer ID: XXXXX <b>John Q. Smith</b> Member ID: XXXXXXXXXX Member Copays PCP / Spec / ER / Urg Care \$XX \$XX \$XX \$XX Rx BIN XXXXXX Rx PCN XXX Rx GRP XXXXXXXX XXXXX XXX	Plan Name (PFFS)  <b>• Important Phone Numbers:</b> Member Services: 1-XXX-XXX-XXXX/TTYXXX-XXX-XXXX 24/7 Health Hotline: 1-XXX-XXX-XXXX/TTYXXX-XXX-XXXX <i>In emergency, call 911 or go to the nearest emergency room.</i>  <b>• Information for Providers: www.TodaysOptions.com</b> Underwriter: XXXXXXXXXXXXXXXX Provider Relations: 1-XXX-XXX-XXXX Pharmacy Support: 1-XXX-XXX-XXXX  <b>• Providers may send claims to:</b> Medical: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, P.O. Box XXXXXX, City, ST XXXXX-XXXX Pharmacy: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, P.O. Box XXXXX City, ST XXXXX-XXXX
--	---

Mientras sea miembro de nuestro plan, **no debe utilizar su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare** para obtener servicios médicos cubiertos (con la excepción de servicios de cuidados paliativos e investigación

clínica de rutina). Conserve su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en un lugar seguro en caso que la necesite posteriormente.

**A continuación, se explica por qué es tan importante:** Si obtiene servicios cubiertos utilizando su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en lugar de utilizar su tarjeta de membresía de Today's Options Premier 400 (PFFS) mientras es miembro de un plan, podría tener que pagar el costo total.

Si su tarjeta de membresía del plan está dañada, se perdió o la robaron, llame a Servicios a los Miembros inmediatamente y le enviaremos una nueva.

---

## **SECCIÓN 4. Su prima mensual para nuestro plan**

---

### **Sección 4.1 ¿Cuál es el monto de la prima de su plan?**

Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual del plan. El monto de la prima mensual para nuestro plan se encuentra en el Anexo B de esta *Evidencia de cobertura*. Además, debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare (excepto cuando Medicaid o un tercero paguen su prima de la Parte B).

### **Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare**

Como se explica anteriormente en la Sección 2, para ser elegible para nuestro plan, usted debe tener derecho a la Parte A y debe estar inscrito en la Parte B de Medicare. Por ese motivo, algunos miembros del plan pagarán una prima por la Parte A de Medicare y la mayoría de los miembros del plan pagarán una prima por la Parte B de Medicare, además de pagar la prima mensual del plan. Usted debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare para continuar siendo miembro del plan.

- Su ejemplar de *Medicare y usted 2012* informa sobre estas primas en la sección titulada “Costos de Medicare para 2012”. Esto explica cómo la prima de la Parte B difiere para las personas con distintos ingresos.
- Todas las personas que tienen Medicare reciben un ejemplar del manual *Medicare y usted* cada otoño. Los nuevos usuarios de Medicare lo reciben dentro del mes siguiente a la fecha de su inscripción. También puede descargar una copia de *Medicare y usted 2012* del sitio web de Medicare (<http://www.medicare.gov>). O también puede solicitar un ejemplar impreso 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.

### **Sección 4.2 Existen varias formas en las que puede pagar su prima del plan.**

Existen tres (3) formas en las que puede pagar su prima del plan. Estas opciones se le explican durante el proceso de inscripción y se encuentran en su solicitud de inscripción. Si tiene más preguntas sobre cómo pagar sus primas del plan o desea cambiar sus opciones de pago (como se explica a continuación), comuníquese con Servicios a los Miembros. Puede encontrar la información de contacto de Servicios a los Miembros en el Capítulo 2.

Si decide cambiar la forma en la que paga su prima, el nuevo método de pago puede tardar hasta tres meses en entrar en vigencia. Mientras procesamos su solicitud del nuevo método de pago, es su responsabilidad asegurarse que la prima del plan se pague puntualmente.

### **Opción 1: puede pagar con cheque**

Si elige la opción de facturación directa, su prima mensual será enviada por correo aproximadamente el día 10 de cada mes. El pago de su prima vencerá antes del 1er día del mes siguiente, y puede pagarla con cheque personal, cheque de caja o giro postal. Remita sus pagos a:

Today's Options Premier 400 (PFFS)  
P.O. Box 504734  
St. Louis, MO 63150-4734

Por favor incluya su pago junto con el cupón de su estado de cuenta y la ID de suscriptor escrita en el cheque, cheque de caja o giro postal.

### **Opción 2: Puede pagar mediante un débito automático de su cuenta corriente o caja de ahorros**

Si elige pagar mediante un débito bancario automático de su cuenta corriente o su caja de ahorros, su prima mensual se deducirá automáticamente de su cuenta corriente o su caja de ahorros el 5 de cada mes, o alrededor de dicho día.

Puede comunicarse con Servicios a los Miembros y pedir un Formulario de notificación de cambio, que incluirá instrucciones específicas para establecer el débito bancario automático.

### **Opción 3: Puede hacer que le descuenten la prima del plan de su cheque mensual del Seguro Social**

Puede hacer que le descuenten la prima del plan de su cheque mensual del Seguro Social. Comuníquese con Servicios a los Miembros para obtener más información sobre cómo pagar su prima del plan de esta forma. Nos complacerá ayudarlo a establecer esta opción.

### **Qué debe hacer si tiene problemas para pagar la prima de su plan**

La prima de su plan debe ser recibida en nuestra oficina el 1er día de cada mes.

Si está teniendo problemas para pagar su prima a tiempo, comuníquese con Servicios a los Miembros para ver si podemos indicarle programas que lo ayuden con las primas de su plan.

Tenemos derecho a solicitar el cobro de estas primas.

<b>Sección 4.3      ¿Podemos cambiar su prima mensual del plan durante el año?</b>
--

**No.** No estamos autorizados a cambiar el monto que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia para el año próximo, se lo informaremos en septiembre y el cambio entrará en vigencia el 1 de enero.

---

## **SECCIÓN 5. Mantenga actualizado su registro de membresía del plan**

---

<b>Sección 5.1</b>	<b>Cómo ayudar a garantizar que contamos con información precisa sobre usted</b>
--------------------	--

Su registro de membresía tiene información de su formulario de inscripción, incluyendo su domicilio y número de teléfono. Muestra su cobertura específica del plan.

Utilizamos información de su registro de membresía para proporcionar su cobertura y para coordinar sus beneficios con otro seguro que tenga. Debido a esto, es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

### **Infórmenos estos cambios:**

- Cambios en su nombre, domicilio o número de teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud que tenga (tal como de su empleador, empleador de su cónyuge, compensación para los trabajadores o Medicaid)
- Si tiene alguna demanda de responsabilidad, tales como demandas por un accidente automovilístico
- Si ingresó en una residencia de ancianos
- Si cambia la parte responsable designada (como la persona a cargo de su atención)
- Si está participando en un estudio de investigación clínica

Si cambia cualquier parte de esta información, avísenos llamando a Servicios a los Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este libro).

### **Lea la información que le enviamos sobre cualquier otra cobertura de seguro que tenga**

Medicare requiere que reunamos información suya sobre cualquier otra cobertura médica o de medicamentos que tenga. Eso se debe a que debemos coordinar cualquier otra cobertura que tenga con sus beneficios conforme a nuestro plan. (Para obtener más información sobre cómo funciona nuestra cobertura cuando tiene otros seguros, consulte la Sección 7 de este capítulo).

Una vez al año, le enviaremos una carta que indique cualquier otra cobertura médica o de seguro sobre la que tengamos conocimiento. Lea esta información atentamente. Si es correcta, no es necesario que haga nada. Si la información no es correcta o si cuenta con otra cobertura que no está indicada, llame a Servicios a los Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este libro).

---

## **SECCIÓN 6. Protegemos la privacidad de su información de salud personal**

---

<b>Sección 6.1</b>	<b>Nos aseguramos que su información de salud esté protegida</b>
--------------------	--

Las leyes estatales y federales protegen la privacidad de sus registros médicos y su información personal de salud. Protegemos su información personal de salud según lo requerido por estas leyes.

Para obtener más información sobre cómo protegemos su información personal de salud, consulte la Sección 1.4 del Capítulo 6 de este libro.

---

## **SECCIÓN 7.           Cómo funciona otro seguro con nuestro plan**

---

<b>Sección 7.1           ¿Qué plan paga primero cuando tiene otro seguro?</b>
---

Cuando usted tiene otro seguro (como una cobertura de salud grupal del empleador), existen reglas establecidas por Medicare que deciden si nuestro plan o su otro seguro paga primero. El seguro que paga primero se denomina “pagador principal” y paga hasta los límites de su cobertura. El que paga segundo, denominado el “pagador secundario”, sólo paga si existieran costos sin cubrir por la cobertura principal. El pagador secundario puede no pagar todos los costos no cubiertos.

Las reglas se aplican para la cobertura del plan de salud grupal de un sindicato o un empleador:

- Si usted tiene cobertura de jubilado, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o el de un familiar, quién paga primero depende de su edad, tamaño del empleador y si cuenta con Medicare basado en la edad, discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal (End-stage Renal Disease, ESRD):
  - Si usted es menor de 65 años, discapacitado y usted o su familiar aún trabajan, su plan paga primero si el empleador tiene más de 100 empleados o al menos un empleador en un plan de múltiples empleadores tiene más de 100 empleados.
  - Si usted es mayor de 65 años y usted o su cónyuge aún trabajan, su plan paga primero si el empleador tiene más de 20 empleados o al menos un empleador en un plan de múltiples empleadores tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare debido a una ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros treinta meses después de ser elegible para recibir Medicare.

Generalmente, estos tipos de cobertura pagan primero por los servicios relacionados con cada tipo:

- Seguro sin culpa (incluyendo el seguro automotor)
- Responsabilidad (incluyendo el seguro automotor)
- Beneficios por neumoconiosis
- Compensación de los trabajadores

Medicaid y TRICARE nunca pagan primero por los servicios cubiertos por Medicare. Sólo pagan una vez que Medicare, los planes de salud grupal del empleador o Medigap hayan pagado.

Si usted cuenta con otro seguro, informe a su médico, hospital y farmacia. Si tiene preguntas sobre quién paga primero o necesita actualizar la información de su otro seguro, llame a Servicios a los Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este libro). Es posible que tenga que proporcionar

el número de identificación de miembro del plan (una vez que haya confirmado su identidad), de manera que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

## **Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes**

<b>SECCIÓN 1. Today's Options Premier 400 (PFFS) contactos</b> (cómo contactarnos, incluyendo cómo ponerse en contacto con Servicios a los Miembros de este plan) .....	<b>13</b>
<b>SECCIÓN 2. Medicare</b> (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare) .....	<b>18</b>
<b>SECCIÓN 3. Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud</b> (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare) .....	<b>20</b>
<b>SECCIÓN 4. Organización para la Mejora de la Calidad</b> (pagada por Medicare para controlar la calidad de la atención médica para las personas con Medicare) .....	<b>20</b>
<b>SECCIÓN 5. Seguro Social</b> .....	<b>20</b>
<b>SECCIÓN 6. Medicaid</b> (un programa estatal y federal conjunto que ayuda con los costos médicos a algunas personas con ingresos y recursos limitados) .....	<b>21</b>
<b>SECCIÓN 7. Cómo comunicarse con la Railroad Retirement Board</b> .....	<b>22</b>
<b>SECCIÓN 8. ¿Usted tiene “seguro grupal” u otro seguro de salud de un empleador? ..</b>	<b>22</b>

---

**SECCIÓN 1. Today's Options Premier 400 (PFFS) contactos** (cómo contactarnos, incluyendo cómo ponerse en contacto con Servicios a los Miembros de este plan)

---

**Cómo comunicarse con Servicios a los Miembros de nuestro plan**

Para obtener asistencia con preguntas sobre reclamaciones, facturación o tarjetas de miembros, llame o escriba a Servicios a los Miembros de Today's Options Premier 400 (PFFS). Nos complacerá ayudarlo.

<b>Servicios a los Miembros</b>	
<b>TELÉFONO</b>	(866) 568-8921.  Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., en su zona horaria local, los 7 días de la semana.  Servicios a los Miembros también ofrece servicios gratuitos de intérprete disponibles para personas que no hablan inglés.
<b>TTY</b>	(877) 907-2986  Para llamar a este número, se necesita un equipo telefónico especial, y está destinado solo a personas con dificultades para oír o hablar.  Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., en su zona horaria local, los 7 días de la semana.
<b>FAX</b>	(877) 907-2982
<b>CORREO POSTAL</b>	Today's Options PFFS P.O. Box 742528 Houston, TX 77274
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.TodaysOptions.com">www.TodaysOptions.com</a>

## Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura acerca de su atención médica

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y su cobertura, o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura sobre su atención médica, consulte el Capítulo 7 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Puede llamarnos si tiene preguntas sobre nuestro proceso de decisión de cobertura.

<b>Decisiones de cobertura para la atención médica</b>	
<b>TELÉFONO</b>	(866) 568-8921. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., en su zona horaria local, los 7 días de la semana.
<b>TTY</b>	(877) 907-2986 Para llamar a este número, se necesita un equipo telefónico especial, y está destinado solo a personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., en su zona horaria local, los 7 días de la semana.
<b>FAX</b>	(877) 907-2982
<b>CORREO POSTAL</b>	Today's Options PFFS c/o Medical Management P.O. Box 740444 Houston, TX 77274-0444
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.TodaysOptions.com">www.TodaysOptions.com</a>

## **Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación acerca de su atención médica**

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. Para obtener más información para presentar una apelación sobre su atención médica, consulte el Capítulo 7 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

<b>Apelaciones para la atención médica</b>	
<b>TELÉFONO</b>	(866) 568-8921  Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., en su zona horaria local, los 7 días de la semana.
<b>TTY</b>	(877) 907-2986  Para llamar a este número, se necesita un equipo telefónico especial, y está destinado solo a personas con dificultades para oír o hablar.  Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., en su zona horaria local, los 7 días de la semana.
<b>FAX</b>	(800) 817-3516
<b>CORREO POSTAL</b>	Today's Options PFFS c/o Appeals and Grievances P.O. Box 742608 Houston, TX 77274
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.TodaysOptions.com">www.TodaysOptions.com</a>

## Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una queja acerca de su atención médica

Puede presentar una queja sobre nosotros o alguno de nuestros proveedores de la red, incluyendo las quejas con respecto a la calidad de su atención médica. Este tipo de queja no implica disputas sobre pagos o cobertura. (Si su problema se relaciona con la cobertura o el pago del plan, debe consultar la sección anterior sobre la presentación de una apelación). Para obtener más información sobre cómo realizar una queja sobre su atención médica, consulte el Capítulo 7 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

<b>Quejas acerca de la atención médica</b>	
<b>TELÉFONO</b>	(866) 568-8921 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., en su zona horaria local, los 7 días de la semana.
<b>TTY</b>	(877) 907-2986 Para llamar a este número, se necesita un equipo telefónico especial, y está destinado solo a personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., en su zona horaria local, los 7 días de la semana.
<b>FAX</b>	(800) 817-3516
<b>CORREO POSTAL</b>	Today's Options PFFS c/o Appeals and Grievances P.O. Box 742608 Houston, TX 77274

## **Dónde enviarnos una solicitud de pago de nuestra parte del costo de la atención médica que haya recibido**

Para obtener más información sobre situaciones en las que posiblemente necesite solicitarnos un reembolso o pagar una factura que usted ha recibido de un proveedor, consulte el Capítulo 5 (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido por servicios médicos cubiertos*).

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

<b>Solicitudes de pago</b>	
<b>TELÉFONO</b>	(866) 568-8921 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., en su zona horaria local, los 7 días de la semana.
<b>TTY</b>	(877) 907-2986 Para llamar a este número, se necesita un equipo telefónico especial, y está destinado solo a personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., en su zona horaria local, los 7 días de la semana.
<b>FAX</b>	(713) 972-0247
<b>CORREO POSTAL</b>	Today's Options PFFS P.O. Box 742568 Houston, TX 77274
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.TodaysOptions.com">www.TodaysOptions.com</a>

---

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

---

Medicare es el programa federal de seguro de salud para personas mayores de 65 años de edad, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante de riñón). La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (algunas veces denominados “CMS”). Esta agencia celebra contratos con las organizaciones de Medicare Advantage, entre las cuales estamos nosotros.

<b>Medicare</b>	
<b>TELÉFONO</b>	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.
<b>TTY</b>	1-877-486-2048 Para llamar a este número, se necesita un equipo telefónico especial, y está destinado solo a personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas.
<b>SITIO WEB</b>	<p><a href="http://www.medicare.gov">http://www.medicare.gov</a></p> <p>Este es el sitio web oficial del gobierno para Medicare. Le proporciona información actualizada sobre Medicare y los temas actuales de Medicare. Además, tiene información sobre hospitales, residencias de ancianos, médicos, agencias de servicios médicos domiciliarios y centros de diálisis. Incluye libros que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar los contactos de Medicare en su estado al seleccionar “Help and Support” (Ayuda y apoyo) y luego haciendo clic en “Useful Phone Numbers and Websites” (Números telefónicos y sitios web de utilidad).</p> <p>El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre sus opciones de inscripción y elegibilidad de Medicare con las siguientes herramientas:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Herramienta de elegibilidad de requisitos de Medicare:</b> brinda información sobre el estado de cumplimiento de requisitos para acceder a Medicare. Seleccione “Averiguar si es elegible”.</li><li>• <b>Buscador de planes de Medicare:</b> brinda información personalizada sobre los planes de medicamentos recetados de Medicare, planes de salud de Medicare y pólizas de Medigap (seguro complementario de Medicare) disponibles en su área. Seleccione “Health &amp; Drug Plans” (Planes de salud y medicamentos) y luego “Compare Drug and Health Plans” (Comparar planes de salud y medicamentos) o “Compare Medigap Policies” (Comparar pólizas de Medigap). Estas herramientas proporcionan un <i>cálculo</i> de lo que serían sus costos de bolsillo en diferentes planes de Medicare.</li></ul> <p>Si no tiene una computadora, su centro para personas de la tercera edad o la biblioteca de su localidad pueden ayudarle a visitar este sitio web utilizando sus computadoras. También puede llamar a Medicare al número que figura anteriormente y decirles qué información está buscando. Encontrarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán.</p>

---

**SECCIÓN 3. Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)**

---

El Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en todos los estados. Para obtener información sobre el SHIP en su estado, consulte el Anexo A de esta *Evidencia de cobertura*.

El SHIP es independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros o plan de salud). Es un programa estatal que obtiene dinero del gobierno federal para proporcionar asesoramiento gratuito de seguro de salud local a las personas con Medicare.

Los asesores del SHIP pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare. Pueden ayudarle a comprender sus derechos relacionados con Medicare, a presentar quejas sobre su atención o tratamiento médicos y a resolver problemas acerca de sus facturas de Medicare. Los asesores del SHIP también pueden ayudarle a comprender las opciones de su plan de Medicare y pueden responder preguntas sobre cómo cambiarse de plan.

---

**SECCIÓN 4. Organización para la Mejora de la Calidad (pagada por Medicare para controlar la calidad de la atención médica para las personas con Medicare)**

---

Existe una Organización para la Mejora de la Calidad en cada estado. Para obtener información sobre la *Organización para la Mejora de la Calidad* en su estado, consulte el Anexo A de esta Evidencia de cobertura.

La Organización para la Mejora de la Calidad de su estado tiene un grupo de médicos y otros profesionales de la atención médica pagados por el gobierno federal. Medicare le paga a esta organización para que controle y ayude a mejorar la calidad de la atención médica para las personas que tienen Medicare. La Organización para la Mejora de la Calidad de su estado es una organización independiente. No está relacionada con nuestro plan.

Debe comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado en cualquiera de estas situaciones:

- Si tiene una queja sobre la calidad de la atención médica que recibió.
- Si cree que la cobertura de hospitalización finaliza demasiado pronto.
- Si cree que la cobertura de sus servicios de atención médica domiciliaria, en un centro de enfermería especializada o en un centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) finaliza demasiado pronto.

---

**SECCIÓN 5. Seguro Social**

---

La Administración del Seguro Social (Social Security Administration) es responsable de determinar el cumplimiento de los requisitos y manejar la inscripción para Medicare. Los ciudadanos estadounidenses que son mayores de 65 años, que tienen una discapacidad o que padecen enfermedad renal en etapa terminal

y cumplen con ciertas condiciones tienen derecho a acceder a Medicare. Si ya está recibiendo cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no recibe cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. El Seguro Social maneja el proceso de inscripción en Medicare. Para solicitar Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar la oficina del Seguro Social de su localidad.

<b>Administración del Seguro Social</b>	
<b>TELÉFONO</b>	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. Puede utilizar los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas transacciones durante las 24 horas del día.
<b>TTY</b>	1-800-325-0778 Para llamar a este número, se necesita un equipo telefónico especial, y está destinado solo a personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes.
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.ssa.gov">http://www.ssa.gov</a>

---

## **SECCIÓN 6. Medicaid** (un programa estatal y federal conjunto que ayuda con los costos médicos a algunas personas con ingresos y recursos limitados)

---

Medicaid es un programa estatal y federal conjunto que brinda ayuda con los costos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Algunas personas con Medicare también cumplen con los requisitos para acceder a Medicaid. Para obtener información sobre la oficina de Medicaid en su estado, consulte el Apéndice A de esta *Evidencia de cobertura*.

Además, existen programas ofrecidos a través de Medicaid que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos programas ayudan a las personas con recursos e ingresos limitados a ahorrar dinero cada año:

- **Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y la participación en los costos (como deducibles, coseguro y copagos).
- **Beneficiario específico de ingreso bajo de Medicare (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB) y Persona que reúne los requisitos (Qualifying Individual, QI):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.

- Personas que trabajan y **discapacitados que califican (Qualified Disabled & Working Individuals, QDWI)**: ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para recibir más información acerca de Medicaid y sus programas, comuníquese con la agencia de Medicaid de su estado.

---

## SECCIÓN 7.           **Cómo comunicarse con la Railroad Retirement Board**

---

La Junta de Jubilación Ferroviaria (Railroad Retirement Board) es una agencia federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores ferroviarios de la nación y sus familias. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de la Railroad Retirement Board, comuníquese con la agencia.

<b>Railroad Retirement Board</b>	
<b>TELÉFONO</b>	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 9:00 a. m. a 3:30 p. m., de lunes a viernes. Si tiene un teléfono por tonos, los servicios automatizados y la información grabada están disponibles las 24 horas del día, incluso los fines de semana y días feriados.
<b>TTY</b>	1-312-751-4701 Para llamar a este número, se necesita un equipo telefónico especial, y está destinado solo a personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.rrb.gov">http://www.rrb.gov</a>

---

## SECCIÓN 8.           **¿Usted tiene “seguro grupal” u otro seguro de salud de un empleador?**

---

Si usted (o su cónyuge) obtiene beneficios de su empleador o grupo de jubilados o el de su cónyuge, llame al administrador de beneficios del sindicato/empleador o a Servicios a los Miembros si tiene alguna pregunta. Puede preguntar por su período de inscripción, primas o beneficios médicos de jubilado o empleador (o de su cónyuge).

### **Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para sus servicios médicos**

<b>SECCIÓN 1. Cosas que debe saber sobre cómo recibir atención médica como miembro de nuestro plan .....</b>	<b>24</b>
Sección 1.1    ¿Cuáles "servicios están cubiertos"?	24
Sección 1.2    Reglas básicas para obtener su atención médica cubierta por el plan .....	24
<b>SECCIÓN 2. Cómo recibir servicios cubiertos cuando tiene una emergencia .....</b>	<b>26</b>
Sección 2.1    Obtener cuidado si tiene una emergencia médica .....	26
<b>SECCIÓN 3. ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de sus servicios cubiertos? .....</b>	<b>27</b>
Sección 3.1    Puede pedirle al plan que pague nuestra parte del costo de sus servicios cubiertos ....	27
Sección 3.2    Si nuestro plan no cubre los servicios, usted debe pagar el costo total .....	27
<b>SECCIÓN 4. ¿Cómo están cubiertos sus servicios médicos cuando se encuentra en un “estudio de investigación clínica”? .....</b>	<b>28</b>
Sección 4.1    ¿Qué es un "estudio de investigación clínica"?	28
Sección 4.2    Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga qué? .....	29
<b>SECCIÓN 5. Reglas para obtener atención médica cubierta en una “institución religiosa de cuidados de salud no médica” .....</b>	<b>30</b>
Sección 5.1    ¿Qué es una institución religiosa de cuidados de salud no médica? .....	30
Sección 5.2    ¿Qué atención brindada por una institución religiosa de cuidados de salud no médica está cubierta por nuestro plan? .....	30
<b>SECCIÓN 6. Reglas para la adquisición del equipo médico duradero .....</b>	<b>31</b>
Sección 6.1    ¿Podrá adquirir el equipo médico duradero después de realizar una determinada cantidad de pagos en nuestro plan? .....	31

---

## **SECCIÓN 1. Cosas que debe saber sobre cómo recibir atención médica como miembro de nuestro plan**

---

En este capítulo, se proporcionan datos importantes que necesita saber sobre cómo utilizar el plan para obtener su cobertura de atención médica. Proporciona definiciones de términos y explica las reglas que necesita seguir para obtener los tratamientos, servicios y otros cuidados médicos cubiertos por el plan.

Para obtener detalles sobre la atención médica que está cubierta por nuestro plan y cuánto paga en concepto de su parte del costo cuando obtiene esta atención, utilice el cuadro de beneficios que se encuentra en el próximo capítulo, Capítulo 4 (*Cuadro de beneficios médicos: qué está cubierto y qué debe pagar*).

### **Sección 1.1 ¿Cuáles "servicios están cubiertos"?**

Las siguientes son algunas definiciones que pueden ayudarlo a comprender cómo obtiene la atención médica y los servicios cubiertos para usted como miembro de nuestro plan:

- Los **“proveedores”** son médicos y otros profesionales de atención médica a quienes el Estado les otorga licencias para proporcionar atención y servicios médicos. El término “proveedores” también incluye los hospitales y otros centros de atención médica.
- Los **“servicios cubiertos”** incluyen toda la atención médica, servicios de atención médica, suministros y equipos cubiertos por nuestro plan. Sus servicios cubiertos de atención médica se enumeran en el cuadro de beneficios que se encuentra en el Capítulo 4.

### **Sección 1.2 Reglas básicas para obtener su atención médica cubierta por el plan**

Como sucede con un plan de salud de Medicare, nuestro plan debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y cumplir las reglas de cobertura de Original Medicare.

Nuestro plan generalmente cubrirá su atención médica siempre y cuando:

- **La atención médica que reciba esté incluida en el Cuadro de beneficios médicos del plan** (el cuadro se encuentra en el Capítulo 4 de este libro).
- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria.** “Médicamente necesario” significa que los servicios, los suministros o los medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen los estándares aceptados de prácticas médicas.
- **Puede recibir atención médica de un proveedor en los Estados Unidos que (1) acuerde aceptar los términos y las condiciones** de pago de nuestro plan antes de prestarle servicios y **(2) sea elegible para prestar servicios conforme a Original Medicare.**

- Un plan privado de cargo por servicio de Medicare Advantage funciona de modo diferente que un plan suplementario de Medicare. Su proveedor no está obligado a aceptar los términos y condiciones de pago del plan y puede optar por no atenderlo, excepto en casos de emergencia. Si su proveedor no acepta nuestros términos y condiciones de pago, puede optar por no brindarle servicios de atención médica, excepto en casos de emergencia. Si esto sucede, usted deberá encontrar otro proveedor que acepte nuestros términos y condiciones de pago. Los proveedores pueden encontrar los términos y condiciones de pago del plan en nuestro sitio web en: [www.TodaysOptions.com](http://www.TodaysOptions.com).
- Se considera que un proveedor aceptó los términos y condiciones de pago si sabía que usted era miembro del plan PFFS antes de prestarle los servicios (por ejemplo: si le mostró su tarjeta del plan PFFS); el proveedor tuvo acceso a nuestro términos y condiciones de pago y le prestó los servicios cubiertos. El proveedor no tiene que leer los términos y condiciones de pago en forma literal. Si el proveedor tuvo la oportunidad de leerlos y lo atiende, la ley considera que acordó aceptar nuestros términos y condiciones de pago para esa visita específica.
  - Debe mostrar su tarjeta de membresía del plan cada vez que visite a un proveedor. Un proveedor puede decidir en cada visita aceptar los términos y condiciones de nuestro plan, y, de ese modo, brindarle tratamiento a usted. Un proveedor no puede cambiar de opinión sobre la aceptación de los términos y condiciones de pago después de brindar los servicios.
  - No todos los proveedores aceptan los términos y condiciones de pago de nuestro plan, o aceptarán brindarle tratamiento. Si un proveedor al que usted acude para recibir atención decide no aceptar los términos y condiciones de pago de nuestro plan, o se niega a brindarle tratamiento, usted tendrá que encontrar a otro proveedor que acepte los términos y condiciones de pago de nuestro plan. Un proveedor que decide no aceptar los términos y condiciones de pago de nuestro plan no debe prestarle servicios, excepto en casos de emergencia. Puede comunicarse con nosotros al (866) 568-8921 para solicitar ayuda para ubicar otro proveedor en su área que acepte los términos y condiciones de pago de nuestro plan.
- Si necesita atención de emergencia, dicha atención está cubierta sin considerar si el proveedor acepta o no los términos de pago del plan.
- **Usted solo debe pagar el monto de copago o coseguro permitido por nuestro plan en el momento de la visita.** Puede solicitar al proveedor que le cobre al plan sus servicios cubiertos. Si el proveedor le pide que pague el monto total de los servicios y que el plan le reembolse el dinero, recuérdale que usted solo es responsable del monto de participación en los costos. Si el proveedor desea más información sobre el pago de los servicios cubiertos, pídale que se comunique con nosotros al (866) 568-8921 o por correspondencia escrita a: Today's Options PFFS, P.O. Box 742568, Houston, TX 77274.
- Si decide consultar a un proveedor fuera de la red que acepta nuestros términos y condiciones de pago, usted y el proveedor tienen derecho a solicitarnos una decisión de cobertura por escrito antes de recibir el servicio para confirmar que el servicio sea médicamente necesario y esté cubierto y, en consecuencia, que será pagado por nuestro plan. El Capítulo 7 contiene más información sobre qué debe hacer si quiere que tomemos una decisión de cobertura o si quiere apelar una decisión que hayamos tomado.

- Nuestro plan no tiene como condición que los miembros o sus proveedores obtengan autorización previa o una derivación del plan para cubrir los servicios médicamente necesarios que cubre. En los casos de autorización previa, un plan requiere que los miembros o los proveedores obtengan autorización del plan antes de recibir los servicios. No existe ningún requisito de este tipo para nuestros miembros. Nuestro plan tampoco tiene reglas de notificación previa. En los casos de notificación previa, un plan cobra a los miembros los montos de participación en los costos para algunos servicios si los miembros o sus proveedores notifican al plan antes de que el miembro reciba el servicio. Si tiene alguna pregunta sobre si pagaremos algún servicio o atención médica que esté considerando, usted tiene derecho a preguntarnos si lo cubriremos antes de obtenerlo.

---

## SECCIÓN 2.            **Cómo recibir servicios cubiertos cuando tiene una emergencia**

---

<b>Sección 2.1            <b>Obtener cuidado si tiene una emergencia médica</b></b>
---

### **¿Qué es una “emergencia médica” y qué debería hacer si tiene una?**

Se considera una “emergencia médica” una lesión o enfermedad que requiere atención médica inmediata para evitar una discapacidad o la muerte. Una emergencia médica puede incluir un dolor intenso, una lesión grave, una enfermedad repentina o una afección médica que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo antes posible.** Llame al 911 para obtener ayuda o visite la sala de emergencias, hospital o centro de atención de urgencias más cercano. Solicite una ambulancia si fuera necesario. *No* es necesario obtener aprobación de nuestro plan.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese que se haya informado a nuestro plan sobre su emergencia.** Necesitamos hacer un seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona debería llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente, dentro de un plazo de 48 horas. El número al que tiene que llamar aparece en la parte posterior de la tarjeta de membresía del plan.

### **¿Qué está cubierto si tiene una emergencia médica?**

Puede obtener atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios. Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones en las que llegar a una sala de emergencias por otro medio podría poner en peligro su salud. Para obtener más información, consulte el Cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este libro.

Este plan cubre servicios de emergencia fuera de EE. UU. Para obtener más información, consulte el Cuadro de beneficios médicos del capítulo 4 de este libro.

Si usted tiene una emergencia, hablaremos con los médicos que le estén proporcionando la atención de emergencia para ayudar a manejar y realizar un seguimiento de su atención. Los médicos que le están proporcionando atención de emergencia decidirán cuándo su condición es estable y la emergencia médica finaliza.

Una vez que su emergencia médica finalice, usted tiene derecho a atención de seguimiento para asegurarse que su condición siga siendo estable. Si decide obtener atención médica de seguimiento del proveedor que lo está tratando, entonces debe avisarle sobre su inscripción en el plan lo antes posible y mostrarle su tarjeta de identificación de membresía. El plan pagará todos los servicios cubiertos por el mismo que sean médicamente necesarios y proporcionados por el proveedor y la atención médica no de emergencia que obtiene de cualquier proveedor de los Estados Unidos que acuerde aceptar los términos y las condiciones de pago de nuestro plan y sea elegible para brindar servicios conforme a Original Medicare.

### **¿Qué sucede si no se trataba de una emergencia médica?**

Algunas veces, puede ser difícil saber si usted tiene una emergencia médica. Por ejemplo, usted podría buscar atención de emergencia (pensando que su salud se encuentra en grave peligro) y el médico puede decir que no era una emergencia médica a fin de cuentas. Si resulta que no era una emergencia, siempre que usted haya pensado razonablemente que su salud estaba en grave peligro, cubriremos su atención médica.

---

## **SECCIÓN 3. ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de sus servicios cubiertos?**

---

<b>Sección 3.1</b>	<b>Puede pedirle al plan que pague nuestra parte del costo de sus servicios cubiertos</b>
--------------------	---

Si ha pagado más de su parte por los servicios cubiertos o si ha recibido una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 5 (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido por servicios médicos cubiertos*) para obtener información sobre lo que debe hacer.

<b>Sección 3.2</b>	<b>Si nuestro plan no cubre los servicios, usted debe pagar el costo total</b>
--------------------	--

Nuestro plan cubre todos los servicios médicos que son médicamente necesarios, los cuales están enumerados en el Cuadro de beneficios médicos (este cuadro se encuentra en el Capítulo 4 de este libro) y se obtienen de conformidad con las reglas del plan. Usted es responsable de pagar el costo total de los servicios que no están cubiertos por nuestro plan.

Si decide consultar a un proveedor fuera de la red que acepta nuestros términos y condiciones de pago, usted y el proveedor tienen derecho a solicitarnos una decisión de cobertura por escrito antes de recibir el servicio para confirmar que el servicio sea médicamente necesario y esté cubierto y, en consecuencia, que será pagado por nuestro plan.

Si le informamos que no cubriremos sus servicios, usted tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención médica.

El Capítulo 7 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*) contiene más información sobre qué debe hacer si quiere que tomemos una decisión de cobertura o si quiere apelar una decisión que hayamos tomado. Para obtener más información sobre cómo hacerlo,

también puede llamar a Servicios a los Miembros al número que se encuentra en la contraportada de este libro.

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, usted paga el costo total de todos los servicios que reciba una vez que haya agotado su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Por ejemplo, es posible que tenga que pagar el costo total de la atención de un centro de enfermería especializada que reciba después que los pagos de nuestro plan alcancen el límite de beneficios de 100 días por período de beneficios de hospitalización. En este ejemplo, el costo de esa atención, más allá del límite de beneficio, no cuenta para el máximo anual de bolsillo, que se describió en el Capítulo 4. Puede llamar a Servicios a los Miembros cuando desee saber cuánto ha utilizado de su límite de beneficios.

---

## **SECCIÓN 4.            ¿Cómo están cubiertos sus servicios médicos cuando se encuentra en un “estudio de investigación clínica”?**

---

<b>Sección 4.1            ¿Qué es un "estudio de investigación clínica"?</b>
--

Un estudio de investigación clínica es una forma en la que los médicos y científicos prueban nuevos tipos de atención médica, por ejemplo, cuán bien funciona un nuevo medicamento contra el cáncer. Ellos solicitan a voluntarios que los ayuden en el estudio para probar nuevos medicamentos o procedimientos de atención médica. Este tipo de estudio es una de las etapas finales de un proceso de investigación que ayuda a los médicos y a los científicos a determinar si un nuevo enfoque funciona y si es seguro.

No todos los estudios de investigación clínica están disponibles para miembros de nuestro plan. En primer lugar, Medicare debe aprobar el estudio de investigación. Si usted participa en un estudio que Medicare *no* ha aprobado *aún*, *usted será responsable de pagar todos los costos de su participación en el estudio.*

Una vez que Medicare apruebe el estudio, una de las personas que trabaje para el estudio se comunicará con usted para explicarle más acerca del estudio y determinar si usted reúne los requisitos establecidos por los científicos que están realizando el estudio. Usted puede participar en el estudio siempre y cuando cumpla con esos requisitos y comprenda plenamente y acepte lo que implica su participación en el estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayor parte de los costos de los servicios cubiertos que usted recibe como parte del estudio. Cuando usted forma parte de un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su atención médica (la atención médica que no está relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* es necesario que obtenga nuestra aprobación.

Aunque no es necesario que obtenga el permiso de nuestro plan para estar en un estudio de investigación clínica, **sí es necesario que nos informe antes de comenzar a participar en un estudio de investigación clínica.** A continuación le explicamos los motivos por los cuales usted debe informarnos:

1. Podemos informarle si el estudio de investigación clínica está aprobado por Medicare.
2. Podemos informarle los servicios que obtendrá de los proveedores del estudio de investigación clínica en lugar de nuestro plan.

Si planea participar en un estudio de investigación clínica, comuníquese con Servicios a los Miembros (consulte el Capítulo 2, Sección 1, de esta *Evidencia de cobertura*).

#### **Sección 4.2 Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga qué?**

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

- Habitación y comida por una hospitalización que Medicare pagaría incluso si usted no estuviese participando en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico, si este forma parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones de la nueva atención médica.

Original Medicare paga la mayor parte del costo de los servicios cubiertos que recibe como parte del estudio. Después que Medicare haya pagado su parte del costo por estos servicios, nuestro plan también pagará parte de los costos. Pagaremos la diferencia entre la participación de los costos en Original Medicare y su participación en los costos como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará el mismo monto por los servicios que reciba como parte del estudio como si los recibiera de nuestro plan.

*El siguiente es un ejemplo de cómo funciona la participación en los costos:* supongamos que usted tiene un análisis de laboratorio que cuesta \$100 como parte del estudio de investigación. Supongamos también que su participación en los costos para esta prueba es de \$20 conforme a Original Medicare, pero solo sería \$10 conforme a los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría \$80 por la prueba y nosotros pagaríamos otros \$10. Esto significa que usted pagaría \$10, que es el mismo monto que usted pagaría conforme a los beneficios de nuestro plan.

Para que paguemos nuestra participación en los costos, usted necesitará presentar una solicitud de pago. Con su solicitud, necesitará enviarnos una copia de nuestras Notificaciones breves de Medicare u otra documentación que muestre los servicios que recibió como parte del estudio y cuánto adeuda. Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre la presentación de solicitudes de pago.

Cuando usted forma parte de un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán ninguno de los siguientes servicios:**

- Por lo general, Medicare *no* pagará el artículo o servicio nuevo que el estudio esté probando, a menos que Medicare cubriera el artículo o servicio, aún cuando usted *no* se encontrara en un estudio.
- Artículos y servicios que el estudio le proporcione a usted o a cualquier participante en forma gratuita.
- Artículos o servicios proporcionados al solo efecto de reunir datos y que no se utilizan en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no pagaría las tomografías computarizadas mensuales que se realicen como parte del estudio si su afección generalmente requiriera una sola tomografía computarizada.

#### **¿Desea obtener más información?**

Puede obtener más información sobre la inscripción en un estudio de investigación clínica consultando la publicación “Medicare and Clinical Research Studies” (Medicare y los estudios de investigación clínica)

en el sitio web de Medicare (<http://www.medicare.gov>). 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 5. Reglas para obtener atención médica cubierta en una “institución religiosa de cuidados de salud no médica”**

---

### **Sección 5.1 ¿Qué es una institución religiosa de cuidados de salud no médica?**

Una institución religiosa de cuidados de salud no médica es un centro que brinda atención médica para una afección que normalmente sería tratada en un hospital o centro de enfermería especializada. En cambio, si recibir atención en un hospital o en un centro de enfermería especializada está en contra de las creencias religiosas de los miembros, le brindaremos la cobertura de atención en una institución religiosa de cuidados de salud no médica. Usted puede elegir solicitar atención médica en cualquier momento y por cualquier razón. Este beneficio se proporciona solamente para los servicios para pacientes internados de la Parte A (servicios de cuidados de salud no médicos). Medicare solo pagará los servicios de cuidados de salud no médicos proporcionados por instituciones religiosas de cuidados de salud no médicas.

### **Sección 5.2 ¿Qué atención brindada por una institución religiosa de cuidados de salud no médica está cubierta por nuestro plan?**

Para obtener atención por parte de una institución religiosa de cuidados de salud no médica, debe firmar un documento legal que exprese que se opone a conciencia a obtener tratamiento médico que sea “no exceptuado”.

- La atención o el tratamiento médicos “no exceptuados” es cualquier atención o tratamiento médicos que sean *voluntarios* y *no requeridos* por ninguna ley local, estatal o federal.
- El tratamiento médico “exceptuado” es atención o tratamiento médicos que *no* sean voluntarios o que *sean requeridos* por la ley local, estatal o federal.

Para tener cobertura de nuestro plan, la atención que reciba de una institución religiosa de cuidados de salud no médica debe cumplir con las siguientes condiciones:

- El centro que brinda la atención debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de nuestro plan de los servicios que usted recibe se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si obtiene servicios de esta institución que son brindados en su hogar, nuestro plan cubrirá estos servicios solo si su afección habitualmente cumpliría con las condiciones de cobertura de servicios brindados por las agencias de servicios médicos domiciliarios que son instituciones no religiosas de cuidados de salud no médicas.
- Si obtiene servicios de esta institución que se le proporcionan en un centro, se aplican las siguientes condiciones:

- Debe padecer una afección médica que le permitiría recibir servicios cubiertos de atención médica hospitalaria para pacientes internados o atención de centro de enfermería especializada.
- y debe obtener la aprobación de nuestro plan antes de ingresar al centro; en caso contrario, su internación no tendrá cobertura.

La cobertura de la internación en una institución religiosa de cuidados de salud no médica seguirá las descripciones de cobertura del Cuadro de beneficios en el Capítulo 4, Sección 2.

---

## **SECCIÓN 6. Reglas para la adquisición del equipo médico duradero**

---

<b>Sección 6.1</b>	<b>¿Podrá adquirir el equipo médico duradero después de realizar una determinada cantidad de pagos en nuestro plan?</b>
--------------------	---

El equipo médico duradero incluye artículos como equipo de oxígeno y suministros, sillas de ruedas, andadores y camas hospitalarias solicitados por un proveedor para uso domiciliario. Ciertos artículos, como los prótesis, son siempre de propiedad del afiliado. En esta sección analizaremos otros tipos de equipo médico duradero que se deben alquilar.

En Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de equipo médico duradero adquieren el equipo después de pagar los copagos del artículo durante 13 meses. Como miembro de nuestro plan, sin embargo, usted generalmente no será propietario de los artículos de equipo médico duradero alquilados, independientemente de la cantidad de copagos que haya pagado por el artículo mientras es miembro de nuestro plan. Bajo determinadas circunstancias limitadas transferiremos la propiedad del artículo de equipo médico duradero. Comuníquese con Servicios a los Miembros (los número telefónicos se encuentran en la contraportada de este libro) para obtener más información sobre los requisitos que debe reunir y la documentación que necesita presentar.

### **¿Qué sucede con los pagos realizados para el equipo médico duradero si se cambia a Original Medicare?**

Si se cambia a Original Medicare después de ser un miembro de nuestro plan: Si no adquirió el artículo de equipo médico duradero mientras estuvo en nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos mientras esté en Original Medicare para poder adquirirlo. Sus pagos anteriores mientras estuvo en nuestro plan no se computan para estos 13 nuevos pagos consecutivos.

Si realizó los pagos para el artículo de equipo médico duradero en Original Medicare *antes* de unirse a nuestro plan, estos pagos anteriores de Original Medicare tampoco se computan para estos 13 nuevos pagos consecutivos. Deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos para ese artículo en Original Medicare para poder adquirir el artículo. No hay excepciones a este caso cuando regresa a Original Medicare.

## **Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)**

<b>SECCIÓN 1. Cómo comprender sus costos de bolsillo para los servicios cubiertos ....</b>	<b>33</b>
Sección 1.1 ¿Tipos de costos de bolsillo que debe pagar por sus servicios cubiertos? .....	33
Sección 1.2 Nuestro plan también tiene un deducible diferente para ciertos tipos de servicios ....	33
Sección 1.3 ¿Cuánto será lo mayor que pagará por la Parte A de Medicare y la Parte B de los servicios médicos cubiertos? .....	34
Sección 1.4 Nuestro plan no permite que los proveedores “facturen el saldo” .....	34
Sección 1.5 ¿De qué manera afecta sus costos la “facturación de saldo”? .....	34
<b>SECCIÓN 2. Utilice el <i>Cuadro de beneficios médicos</i> para saber qué está cubierto para usted y cuánto deberá pagar .....</b>	<b>35</b>
Sección 2.1 Sus beneficios médicos y costos como miembro del plan .....	35
<b>SECCIÓN 3. ¿Qué beneficios no están cubiertos por el plan? .....</b>	<b>58</b>
Sección 3.1 Beneficios que <i>no</i> cubrimos (exclusiones) .....	58

## **SECCIÓN 1.           Cómo comprender sus costos de bolsillo para los servicios cubiertos**

Este capítulo se centra en sus servicios cubiertos y lo que usted paga por sus beneficios médicos. Incluye un Cuadro de beneficios médicos que proporciona una lista de sus servicios cubiertos y le informa cuánto pagará por cada servicio cubierto como miembro de nuestro plan. Más adelante en este capítulo, puede encontrar información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También informa sobre las limitaciones en ciertos servicios.

### **Sección 1.1           Tipos de costos de bolsillo que debe pagar por sus servicios cubiertos**

Para comprender la información de pago que le brindamos en este capítulo, es necesario que conozca los tipos de costos de bolsillo que puede pagar por sus servicios cubiertos.

- El **“deducible”** es el monto que usted debe pagar por los servicios médicos antes de que nuestro plan comience a pagar la parte que le corresponde. (La Sección 1.2 contiene más información sobre el deducible por servicios para la cobertura de Atención de emergencia en todo el mundo).
- Un **“copago”** es el monto fijo que usted paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. Usted paga un copago en el momento en que recibe el servicio médico. (El Cuadro de beneficios médicos en la Sección 2 le informa sobre sus copagos).
- **“Coseguro”** es el porcentaje que usted paga del costo total de ciertos servicios médicos. Usted paga un coseguro en el momento en que recibe el servicio médico. (El Cuadro de beneficios médicos de la Sección 2 le informa sobre su coseguro.)
- **“Facturación del saldo”** es cuando proveedores, como médicos u hospitales, cobran y facturan a los pacientes hasta un 15% más que el monto de pago del plan por los servicios. El monto de “facturación del saldo” se cobra además del monto de participación en los costos del plan regular del paciente. Nuestro plan no permite a los proveedores que prestan servicios cubiertos por el plan que facturen el saldo a los miembros de nuestro plan. (Para obtener más información, consulte la Sección 1.4 de este capítulo.)

Algunas personas reúnen los requisitos para los programas estatales de Medicaid a fin de recibir ayuda para pagar sus costos de bolsillo por Medicare. (Estos “Programas de ahorro de Medicare” incluyen los programas de Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB), Beneficiario específico de ingreso bajo de Medicare (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB), Persona que reúne los requisitos (Qualifying Individual, QI) y Personas que trabajan y discapacitados que califican (Qualified Disabled & Working Individuals, QDWI).) Si está inscrito en uno de estos programas, es posible que aún tenga que pagar un copago por el servicio, según las reglas de su estado.

### **Sección 1.2           Nuestro plan tiene un deducible diferente para ciertos tipos de servicios**

El plan tiene una suma de servicio deducible de \$250 por cobertura a nivel mundial de cuidado de emergencia. Hasta que haya pagado el monto de deducible, debe pagar el costo total de la cobertura de atención de emergencia en todo el mundo que no es cubierta normalmente por Medicare. Una vez que haya

pagado el deducible, pagaremos nuestra participación en los costos de estos servicios y usted pagará la suya (su monto de coseguro) durante el resto del año calendario.

**Sección 1.3      ¿Cuánto será lo mayor que pagará por la Parte A de Medicare y la Parte B de los servicios médicos cubiertos?**

Debido a que usted se encuentra inscrito en un plan Medicare Advantage, hay un límite en el monto que tiene que pagar de su bolsillo cada año por servicios médicos cubiertos en virtud de la Parte A y la Parte B de Medicare (consulte el Cuadro de beneficios médicos en la Sección 2, que aparece a continuación). Este límite se denomina el monto máximo de bolsillo para los servicios médicos.

Como miembro de nuestro plan, lo máximo que tendrá que pagar de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B en el año 2012 es \$6,700. Los montos que usted paga para los copagos y coseguro por los servicios cubiertos de los proveedores de la red cuentan para este monto máximo combinado de bolsillo. (El monto que paga por la prima de su plan no cuenta para el monto máximo de bolsillo). Además, los montos que paga por algunos servicios no cuentan para el monto máximo de bolsillo. Estos servicios se describen en el Cuadro de beneficios médicos como "**generalmente no cubierto por Medicare**"). Si usted alcanza el monto máximo de bolsillo de \$6,700, no tendrá que pagar ningún costo de bolsillo durante el resto del año para los servicios cubiertos dentro de la red de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, debe continuar pagando la prima de su plan y la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o un tercero paguen su prima de la Parte B).

**Sección 1.4      Nuestro plan no permite que los proveedores "facturen el saldo"**

Como miembro de nuestro plan, una importante protección para usted es que solo tiene que pagar el monto de participación en los costos del plan descrito en nuestros términos y condiciones cuando reciba los servicios cubiertos por nuestro plan. El proveedor solo está autorizado a cobrar el monto de participación en los costos y no está autorizado a cobrar o facturar por los servicios cubiertos.

En algunos casos, los proveedores fuera de la red pueden facturar el saldo de nuestro plan. Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y la participación en los costos del plan para los servicios es un coseguro (un porcentaje de la factura del proveedor), entonces el proveedor tiene autorización a facturarnos la tarifa de Medicare. Si el proveedor no participa en Medicare, también puede tener autorización para facturarnos un monto adicional (hasta 15% de la tarifa de Medicare). Sin embargo, usted solo paga su monto de participación en los costos. Usted nunca paga un monto de facturación de saldo. Aun cuando nuestro plan y su proveedor tengan una disputa y nosotros no paguemos el monto de facturación de saldo, el proveedor no está autorizado a cobrarle más del monto de participación en los costos por los servicios cubiertos.

**Sección 1.5      ¿De qué manera afecta sus costos la "facturación de saldo"?**

Nuestro plan no permite la "facturación de saldo". Esto significa que el proveedor solo está autorizado a cobrar el monto de participación en los costos, y no está autorizado a cobrarle o facturarle más por los servicios. La facturación de saldo está prohibida para los proveedores que brindan servicios cubiertos por el plan a los miembros de nuestro plan.

Existe un tipo adicional de facturación de saldo que los médicos que no participan con Medicare y que no están en la red del plan tienen derecho a cobrar. Sin embargo, usted nunca tendrá que pagar este tipo de facturación de saldo. El proveedor nos cobrará esta facturación de saldo a nosotros y usted solo tendrá que pagar su monto de participación en los costos. Si tiene alguna pregunta sobre cuánto debería pagarle a un proveedor, comuníquese con Servicios a los Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este libro).

---

**SECCIÓN 2. Utilice el *Cuadro de beneficios médicos* para saber qué está cubierto para usted y cuánto deberá pagar**

---

<b>Sección 2.1 Sus beneficios médicos y costos como miembro del plan</b>
--

El Cuadro de beneficios médicos que se encuentra en las siguientes páginas indica los servicios que cubre nuestro plan y lo que usted debe pagar de bolsillo por cada servicio. Los servicios indicados en el Cuadro de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

- Sus servicios cubiertos por Medicare deben proporcionarse conforme a las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (incluyendo atención médica, servicios, suministros y equipo) *deben* ser médicamente necesarios. “Médicamente necesaria” significa que los servicios, los suministros o los medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen los estándares aceptados de prácticas médicas.
- No se requiere autorización previa, notificación previa ni derivación como condición para la cobertura cuando se proporcionan servicios médicamente necesarios y cubiertos por el plan a nuestros miembros.
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo en Original Medicare, también cubrimos el servicio sin costo para usted. Sin embargo, si también es tratado o controlado por una afección médica existente durante la consulta cuando recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención médica recibida debido a la afección médica existente.

Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<b>Atención para pacientes internados</b>	
<p><b>Atención hospitalaria para pacientes internados</b></p> <p>No hay límite para la cantidad de días cubiertos por el plan en cada ingreso. No hay límite para la cantidad de días cubiertos por el Plan en cada período de beneficios.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Habitación semiprivada (o habitación privada si fuese médicamente necesario).</li><li>• Comidas, incluyendo dietas especiales.</li><li>• Servicios regulares de enfermería.</li><li>• Costos de las unidades de atención especial (como las unidades de cuidado intensivo o coronario).</li><li>• Medicamentos.</li><li>• Análisis de laboratorio.</li><li>• Radiografías y otros servicios radiológicos.</li><li>• Suministros quirúrgicos y médicos necesarios.</li><li>• Uso de aparatos, como sillas de ruedas.</li><li>• Costos de quirófano y sala de recuperación.</li><li>• Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje.</li><li>• Servicios por abuso de sustancias para pacientes internados.</li></ul>	<p>Para hospitalizaciones cubiertas por Medicare:</p> <p>De 1 a 6 días: Copago de \$235 por día –</p> <p>Del día 7 al 90: Copago de \$0 por día</p>

Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"><li>• En ciertas condiciones, se cubren los siguientes tipos de trasplantes: de córnea, riñón, riñón-páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, célula madre e intestinal/multivisceral. En caso que necesite un trasplante, haremos los arreglos necesarios para que un centro de trasplantes aprobado por Medicare revise su caso y decida si usted es candidato para un trasplante. Si lo envían fuera de su comunidad para un trasplante, haremos los arreglos necesarios o pagaremos los costos de alojamiento y transporte que correspondan para usted y un acompañante (o dos acompañantes si es un menor). Los costos de alojamiento y transporte tienen un límite de \$10,000.</li><li>• Sangre, incluyendo almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y concentrados de eritrocitos y otros componentes sanguíneos está cubierta a partir de la primera pinta de sangre que usted usa.</li><li>• Servicios de médicos.</li></ul> <p><b>Nota:</b> Para ser hospitalizado, su proveedor debe emitir una orden para internarlo en el hospital. Aún cuando permanezca en el hospital para pasar la noche, usted podría ser considerado un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro si es un paciente internado, debe preguntarle al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada “¿Es usted un paciente internado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pida!”. Esta hoja de datos está disponible en Internet en <a href="http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/11435.pdf">http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/11435.pdf</a> o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar gratuitamente a estos números, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	

Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p><b>Atención de salud mental para pacientes internados</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de salud mental que requieren hospitalización. Recibe hasta 190 días en un hospital psiquiátrico para utilizar una sola vez en la vida. Este límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental proporcionados en una unidad psiquiátrica de un hospital general.</li> </ul>	<p>Para hospitalizaciones cubiertas por Medicare:                      De 1 a 6 días: Copago de \$235 por día –                      Del día 7 al 190: Copago de \$0 por día</p>
<p><b>Atención en centros de enfermería especializada (SNF)</b></p> <p>(Para ver una definición de “centro de enfermería especializada”, consulte el capítulo 10 de este libro. Los centros de enfermería especializada algunas veces se denominan “SNF”).</p> <p>Hasta 100 días por período de beneficio de hospitalización y servicios de atención especializada en un SNF de la red o lugar alternativo aprobado por el plan se consideran servicios cubiertos cuando estos servicios cumplen con las pautas de cobertura del plan y Medicare. No se exige el requisito de Medicare que establece que el paciente pase al menos tres (3) días consecutivos en un hospital por una afección relacionada antes de ser trasladado a un SNF. Los 100 días por período de beneficios incluye días en el SNF recibidos a través del plan, Original Medicare o cualquier otra organización de Medicare Advantage durante el período de beneficios.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Habitación semiprivada (o habitación privada si fuese médicamente necesario).</li> <li>Comidas, incluyendo dietas especiales.</li> <li>Servicios regulares de enfermería.</li> <li>Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla.</li> </ul>	<p>Para cada período de beneficios:                      De 1 a 20 días: Copago de \$0 por día –                      Del día 21 al 100: Copago de \$135 por día</p> <p>Un período de beneficios comienza el primer día que ingresa en un centro de enfermería especializada cubierto por Medicare. Un período de beneficios finaliza cuando transcurren 60 días consecutivos de no estar internado en ningún SNF. Si ingresa en un SNF después de que finalizó un período de beneficios, se inicia un nuevo período de beneficios. La cantidad de períodos de beneficios que puede tener es ilimitada. <b>Usted es considerado un paciente internado en un SNF sólo si la atención que recibe en dicho centro cumple con determinados estándares del nivel especializado de atención.</b> Específicamente, para ser un paciente internado en un centro de enfermería especializada, usted debe necesitar atención médica de rehabilitación especializada o de enfermería especializada, o ambas, diariamente.</p>

Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos que se le administran como parte de su plan de atención médica (esto incluye sustancias que están naturalmente presentes en el cuerpo, tales como factores de coagulación de la sangre).</li> <li>• Sangre, incluyendo almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y concentrados de eritrocitos y otros componentes sanguíneos está cubierta a partir de la primera pinta de sangre que usted usa.</li> <li>• Suministros médicos y quirúrgicos proporcionados comúnmente por los SNF</li> <li>• Análisis de laboratorio proporcionados comúnmente por los SNF.</li> <li>• Radiografías y otros servicios radiológicos proporcionados comúnmente por los SNF.</li> <li>• Uso de aparatos, como sillas de ruedas, proporcionados comúnmente por los SNF.</li> <li>• Servicios de médicos.</li> </ul>	
<p><b>Servicios para pacientes internados durante una hospitalización no cubierta</b></p> <p>Si ha agotado su Cuidado en el Centro de enfermería especializada (SNF) o si la internación no es razonable ni necesaria, no vamos a cubrir la internación. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos algunos servicios que reciba mientras se encuentre hospitalizado en un hospital o centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de médicos.</li> <li>• Pruebas de diagnóstico (como análisis de laboratorio)</li> <li>• Radiografías, radioterapia y terapia con isótopos, que incluyen técnicos, materiales y servicios</li> <li>• Vendajes quirúrgicos</li> <li>• Tablillas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir las fracturas y las dislocaciones</li> </ul>	<p>Sus copagos o coseguros aplicables de servicios para pacientes ambulatorios corresponden a los servicios y suministros cubiertos por Medicare que recibe durante una hospitalización sin cobertura del paciente en un hospital o SNF.</p> <p>Consulte la sección Servicios para pacientes ambulatorios a continuación para ver los costos.</p>

Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dispositivos protésicos y ortopédicos (que no sean odontológicos) que sustituyan la totalidad o parte de un órgano interno del cuerpo (incluso tejido contiguo), o la totalidad o parte de la función de un órgano interno del cuerpo permanentemente inoperante o que funcione mal, incluida la sustitución o la reparación de esos dispositivos</li> <li>• Aparatos ortopédicos para pierna, brazo, espalda y cuello; bragueros y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos los ajustes, las reparaciones y los reemplazos requeridos por ruptura, desgaste, pérdida o cambio en la condición física del paciente</li> <li>• Terapia física, del habla y ocupacional</li> </ul>	
<p><b>Atención por parte de una agencia de servicios médicos domiciliarios</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de enfermería especializada y de asistente de salud a domicilio a tiempo parcial o intermitentes (para contar con cobertura conforme al beneficio de atención médica domiciliaria, sus servicios de enfermería especializada y de asistente de salud a domicilio combinados no deben superar las 8 horas por día y las 35 horas por semana)</li> <li>• Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla.</li> <li>• Servicios sociales y médicos</li> <li>• Equipo y suministros médicos</li> </ul>	<p>Copago de \$0 para las consultas a domicilio cubiertas por Medicare.</p> <p>También tendrá que pagar un copago o coseguro para los servicios médicamente necesarios cubiertos por Medicare para equipos médicos duraderos, dispositivos protésicos, ciertos suministros médicos y medicamentos recetados de la Parte B de Medicare, cuando corresponda.</p>
<p><b>Cuidados paliativos</b></p> <p>Usted puede recibir atención médica de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare.</p> <p>Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará sus servicios de cuidados paliativos y todos los</p>	<p>Cuando se inscribe en un programa de un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare, Original Medicare paga por sus servicios en el centro de cuidados paliativos y los servicios de las Partes A y B relacionados con su afección terminal, no nuestro plan.</p>

Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>servicios de la Parte A y B relacionados con su afección terminal. Mientras se encuentre en el programa de cuidados paliativos, su proveedor de cuidados paliativos le facturará a Original Medicare los servicios por los que paga.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Medicamentos para el control de los síntomas y el alivio del dolor</li><li>• Cuidados paliativos de corto plazo</li><li>• Atención domiciliaria</li></ul> <p>Usted todavía es miembro de nuestro plan. Si necesita cuidados no paliativos (atención médica que no está relacionada con su afección terminal), tiene dos opciones:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Puede obtener sus cuidados no paliativos de los proveedores del plan. En este caso, usted solo paga la participación en los costos que permite el plan.</li><li>• O bien, puede obtener su atención médica cubierta por Original Medicare. En este caso, debe pagar los montos de participación en los costos conforme a Original Medicare, excepto la atención médica necesaria de urgencia o emergencia. Sin embargo, después del pago, puede solicitarnos un reembolso de la diferencia entre la participación en los costos en nuestro plan y la participación en los costos conforme a Original Medicare.</li></ul> <p><b>Nota:</b> Si necesita cuidados no paliativos (atención médica que no está relacionada con su afección terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios. Si obtiene sus cuidados no paliativos a través de nuestros proveedores de la red, se disminuirá su participación en los costos para los servicios.</p> <p>Nuestro plan cubre servicios de consulta de cuidados paliativos (solo una vez) para un enfermo terminal que no ha elegido el beneficio de cuidados paliativos.</p>	<p>La participación en los costos para los servicios de consulta en un centro de cuidados paliativos es la misma que la participación en los costos que paga para servicios de médicos, incluso visitas al consultorio del médico (consulte la categoría de beneficios a continuación).</p>

Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<b>Servicios para pacientes ambulatorios</b>	
<p><b>Servicios de médicos, incluso las visitas al consultorio del médico</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios médicos o quirúrgicos médicamente necesarios prestados en el consultorio de un médico, centro de cirugía ambulatoria certificado, departamento hospitalario para pacientes ambulatorios o cualquier otra ubicación</li> <li>• Consulta, diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista</li> <li>• Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su PCP o un especialista, si su médico lo ordena para ver si necesita tratamiento médico</li> <li>• Visitas al consultorio a través de Telehealth, que incluyen consulta, diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista</li> <li>• Segunda opinión antes de la cirugía</li> <li>• Cuidados odontológicos no rutinarios (los servicios cubiertos están limitados a cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas, fijación de fracturas de la mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación por enfermedad neoplásica maligna o servicios que estarían cubiertos si fueran proporcionados por un médico)</li> </ul>	<p>\$25 por cada visita al médico de atención primaria cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$50 por cada visita a especialista cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$20 por cada examen básico de audio o balance cubierto por Medicare hecho por un especialista.</p> <p>Además de la participación en los costos antes mencionada, habrá un copago o coseguro para los servicios médicamente necesarios cubiertos por Medicare para equipos médicos duraderos y suministros, dispositivos protésicos y suministros, pruebas de diagnóstico y servicios terapéuticos para pacientes ambulatorios, lentes y lentes de contacto después de cirugía de cataratas y medicamentos recetados de la Parte B de Medicare, según se describe en este Cuadro de beneficios.</p> <p>Para obtener información detallada sobre otros servicios de médicos no enumerados aquí, consulte la sección correspondiente de este Cuadro de beneficios.</p>
<p><b>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</b></p> <p>Cubrimos servicios médicamente necesarios que obtiene en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital para diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p>	<p>Las participaciones en los costos de estos servicios se proporcionan en la sección correspondiente de este Cuadro de beneficios.</p>

Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios en un departamento de emergencias o clínica para pacientes ambulatorios, incluyendo cirugía en el mismo día.</li> <li>• Análisis de laboratorio facturados por el hospital.</li> <li>• Atención de la salud mental, incluyendo la atención médica en un programa de hospitalización parcial si un médico certifica que el tratamiento del paciente internado se requeriría sin el mismo.</li> <li>• Radiografías y otros servicios radiológicos facturados por el hospital.</li> <li>• Suministros médicos, como tablillas y yesos.</li> <li>• Ciertos exámenes y servicios preventivos.</li> <li>• Ciertos medicamentos y productos biológicos que usted no puede administrarse por sus propios medios.</li> </ul> <p><b>Nota:</b> Excepto cuando el proveedor haya emitido una orden para admitirlo como paciente internado al hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de participación en los costos de los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aún cuando permanezca en el hospital para pasar la noche, usted podría ser considerado un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro si es un paciente internado, debe preguntarle al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada “¿Es usted un paciente internado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pida!”. Esta hoja de datos está disponible en Internet en <a href="http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/11435.pdf">http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/11435.pdf</a> o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar gratuitamente a estos números, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	
<p><b>Servicios quiroprácticos</b>                  Los servicios cubiertos incluyen:</p>	<p>50% del costo para cada visita cubierta por Medicare.</p>

Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> <li>Cubrimos solo la manipulación manual de la columna vertebral para corregir la subluxación.</li> </ul>	
<p><b>Servicios de podología</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tratamiento de lesiones y enfermedades de los pies (tales como dedo martillo o espolón en el talón).</li> <li>Cuidados rutinarios de los pies para miembros con ciertas afecciones médicas que afectan las extremidades inferiores</li> </ul>	<p>Copago de \$50 para cada visita cubierta por Medicare.</p>
<p><b>Cuidados de salud mental para pacientes ambulatorios</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Servicios de salud mental brindados por un médico, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermero practicante, asistente médico u otro profesional de atención de salud mental calificado por Medicare, según lo permitido conforme a las leyes estatales aplicables.</p>	<p>40% del costo de cada terapia individual cubierta por Medicare con practicante no doctor.                      Copago de 40% por cada terapia grupal cubierta por el Medicare con un practicante no doctor                      40% del costo de cada terapia individual cubierta por Medicare con un psiquiatra.                      40% del costo de cada terapia grupal cubierta por Medicare con un psiquiatra.</p>
<p><b>Servicios de hospitalización parcial</b></p> <p>La “hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo proporcionado en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios o por un centro de salud mental comunitario, que es más intenso que la atención médica recibida en el consultorio de su médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización del paciente.</p>	<p>Copago de \$265 cada día por hospitalización parcial cubierta por Medicare.</p>
<p><b>Servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</b></p>	<p>40% del costo de cada terapia individual cubierta por Medicare.                      Copago de 40% por el costo por cada terapia grupal cubierta por Medicare</p>
<p><b>Cirugía para pacientes ambulatorios, incluyendo los servicios brindados en</b></p>	<p>Copago de \$150 por cada visita a un centro de cirugía ambulatorio cubierta por Medicare.</p>

Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p><b>centros hospitalarios y centros de cirugía ambulatoria</b></p> <p><b>Nota:</b> Si le realizan una cirugía en un hospital, usted debe controlar con su proveedor si será un paciente ambulatorio o internado. Excepto cuando el proveedor haya emitido una orden para admitirlo como paciente internado al hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de participación en los costos de cirugía para pacientes ambulatorios. Aún cuando permanezca en el hospital para pasar la noche usted puede ser considerado un “paciente ambulatorio”.</p>	<p>Copago de \$300 por cada visita a un centro hospitalario para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.</p> <p>Se aplica un coseguro adicional para medicamentos recetados de la Parte B de Medicare.</p> <p>Si ingresa en el nivel de atención aguda para pacientes internados luego de una cirugía para pacientes ambulatorios, quedará eximido de la participación en los costos mencionada y se aplicará la participación en los costos para atención hospitalaria de pacientes internados.</p>
<p><b>Observación para pacientes ambulatorios</b></p> <p>La atención de observación incluye tratamiento continuo a corto plazo, evaluación y reevaluación antes de que se tome una decisión con respecto a si los pacientes necesitarán más tratamiento como pacientes internados en el hospital o si pueden ser dados de alta del mismo. El estado de observación se asigna comúnmente a los pacientes que se presentan al departamento de emergencias y que luego requieren un período importante de tratamiento o de control antes de que se tome la decisión de ingresarlos o darles el alta. Dichos servicios están cubiertos solamente cuando se proporcionan por indicación de un médico o de otra persona autorizada conforme a las leyes de concesión de licencias estatales y los estatutos sobre personal hospitalario para ingresar pacientes en el hospital o para pedir pruebas ambulatorias.</p>	<p>Copago de \$0 si ingresa directamente a observación.</p> <p>Se aplica un coseguro adicional para medicamentos recetados de la Parte B de Medicare.</p> <p>Si lo ingresan a observación después de una cirugía para pacientes ambulatorios o desde un centro de cirugía ambulatoria, usted paga el copago aplicable por los servicios de cirugía para pacientes ambulatorios o los servicios quirúrgicos ambulatorios y el coseguro para los medicamentos recetados de la Parte B de Medicare.</p> <p>Si lo ingresan en un nivel de atención aguda para pacientes internados (según se describe en la atención hospitalaria para pacientes internados) luego de una cirugía para pacientes ambulatorios u observación, se exime de este copago y el coseguro y se aplica el copago de atención hospitalaria para pacientes internados.</p> <p>Si ingresa a observación en un hospital para pacientes ambulatorios desde la sala de emergencias (hasta 48 horas en la sala de emergencias), se aplica el copago de sala de emergencias. Si luego lo ingresan en el nivel de atención aguda para pacientes internados (según se describe en la atención hospitalaria para pacientes internados) en el plazo de 48 horas, se exime del copago de la sala de emergencias y se aplica el copago por atención hospitalaria para pacientes internados.</p>

Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p><b>Servicios de ambulancia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia terrestre, aéreo rotativo y fijo, hacia el centro médico adecuado más cercano que pueda proporcionar atención médica solo si se proporcionan a un miembro cuya afección médica sea tal que otros medios de transporte estén contraindicados (podrían poner en peligro la salud de la persona) o solo si es autorizado por el plan. La afección del miembro debe requerir ambos, el transporte en ambulancia y el nivel de servicio proporcionado, para que el servicio facturado sea considerado médicamente necesario.</li> <li>• El transporte en ambulancia que no sea de emergencia es adecuado si se documenta que la afección del miembro es tal que otros medios de transporte están contraindicados (podría poner en peligro la salud de la persona) y que el transporte por ambulancia es médicamente requerido.</li> </ul>	<p>Copago de \$150 por servicios de ambulancia cubiertos por Medicare por un solo recorrido. No se exime de esta participación en los costos si lo ingresan para recibir atención hospitalaria para pacientes internados.</p>
<p><b>Atención de emergencia</b></p> <p>La atención de emergencia es la atención necesaria para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.</p> <p>Una emergencia médica es cuando usted o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina creen que usted padece síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida, la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor severo o una afección médica que rápidamente empeora.</p> <p>Este plan ofrece cobertura mundial de atención de emergencia, que generalmente no está cubierta por Medicare. Este beneficio incluye cuidados de emergencia como los descritos anteriormente hasta que usted se encuentre médicamente estable para su</p>	<p><b><i>Dentro de los EE. UU.</i></b></p> <p>Copago de \$65 para visitas cubiertas por Medicare a la sala de emergencias.</p> <p>Si ingresa al hospital por atención hospitalaria para pacientes internados dentro de las 24 horas por la misma afección, no se aplica el copago para la visita a sala de emergencias.</p> <p><b><u>Fuera de los Estados Unidos: Cubrimiento de emergencia mundial:</u></b></p> <p>Deducible de \$250 con un 20% de coseguro después de cumplir con el deducible, para servicios de emergencia fuera de los EE. UU.</p> <p>Si ingresa al hospital por atención hospitalaria para pacientes internados dentro de las 24 horas por la misma afección, no se aplica el copago para la visita a sala de emergencias.</p>

Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>transportación o descargo con un máximo de \$20,000 por 60 días de calendario.</p>	
<p><b>Servicio de rehabilitación para pacientes ambulatorios</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen: terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje.</p> <p>Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se prestan en diferentes entornos para pacientes ambulatorios, como departamentos hospitalarios para pacientes ambulatorios, consultorios independientes de terapeutas y Centros integrales de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF).</p> <p>Medicare establece un límite anual para los servicios de terapia. El monto del límite lo establece el Congreso cada año. Los límites de las terapias para el año 2012 no estaban disponibles al momento de la impresión. Comuníquese con el Servicio de Atención a los Miembros a fin de conocer el límite para 2012. En 2011, los límites fueron de \$1,870 para terapia física y del habla y del lenguaje combinadas y de \$1,870 para terapia ocupacional. El límite se aplica a los servicios de terapia para pacientes ambulatorios recibidos en todos los entornos, excepto el entorno hospitalario para pacientes ambulatorios y la sala de emergencias de un hospital.</p>	<p>Copago de \$45 para cada visita de terapia ocupacional cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$45 para las visitas de fisioterapia o terapia del habla y del lenguaje cubiertas por Medicare.</p> <p>Si los servicios se prestan en su hogar, se aplica la participación en los costos de atención médica domiciliaria en lugar de la anterior.</p>
<p><b>Servicios de rehabilitación cardíaca</b></p> <p>Los programas integrales que incluyen ejercicio, educación y asesoramiento están cubiertos para los miembros que reúnen ciertas condiciones con un orden del médico. El plan también cubre programas de rehabilitación cardíaca intensiva que, generalmente, son más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p>	<p>Copago de \$45 para servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$45 para servicios de rehabilitación cardíaca intensiva.</p>

Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p><b>Servicios de rehabilitación pulmonar</b></p> <p>Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para los miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a grave y tienen una orden para la rehabilitación pulmonar del médico tratante de la enfermedad respiratoria crónica.</p>	<p>Copago de \$45 para los servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.</p>
<p><b>Equipo médico duradero y suministros relacionados</b></p> <p>(Para obtener una definición de "equipo médico duradero", consulte el Capítulo 10 de este libro).</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen, entre otros: sillas de ruedas, muletas, cama hospitalaria, bomba de infusión intravenosa, equipo de oxígeno, nebulizador y andador.</p>	<p>El 20% del costo para artículos cubiertos por Medicare.</p> <p>Además, también se aplica la participación en los costos de servicios de médicos y visitas a consultorios médicos (atención primaria o especializada, según corresponda), atención de urgencia o la participación en los costos de atención médica domiciliaria.</p>
<p><b>Dispositivos protésicos y suministros relacionados</b></p> <p>Dispositivos (que no sean odontológicos) que sustituyan una parte o una función del cuerpo. Esto incluye, entre otros: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con los cuidados de colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, calzado protésico, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluyendo al sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con los dispositivos protésicos y reparación o reemplazo de dispositivos protésicos. También incluye cierta cobertura después de una eliminación de cataratas o una cirugía de cataratas. Para obtener información detallada, consulte "Atención oftalmológica" más adelante en esta sección.</p>	<p>El 20% del costo para artículos cubiertos por Medicare.</p> <p>Además, también se aplica la participación en los costos de servicios de médicos y visitas a consultorios médicos (atención primaria o especializada, según corresponda), atención de urgencia o la participación en los costos de atención médica domiciliaria.</p>

Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p><b>Entrenamiento del manejo personal de la diabetes, servicios para la diabetes y suministros</b></p> <p>Para todas las personas que sufren de diabetes (insulino-dependientes o no). Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medidor de glucosa en sangre, tiras reactivas de glucosa en sangre, dispositivos de lancetas y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la exactitud de las tiras reactivas y los medidores.</li> <li>• Para las personas con diabetes que sufren de enfermedad grave de pie diabético: Un par de zapatos terapéuticos hechos a medida por año calendario (incluidas las plantillas proporcionadas con esos zapatos) y dos pares adicionales de plantillas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas (sin incluir las plantillas extraíbles no personalizadas proporcionadas con esos zapatos). La cobertura incluye la adaptación.</li> <li>• La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta bajo ciertas condiciones</li> <li>• Consulte "Exámenes de detección de Diabetes" en este Cuadro de beneficios para obtener información sobre las pruebas de glucosa en ayunas.</li> </ul>	<p>Copago de \$0 por el entrenamiento de manejo personal de la diabetes</p> <p>0% del costo de los suministros para la diabetes la marca genérica cubiertos por Medicare.</p> <p>20% del costo de medicamentos de marca cubiertos por Medicare.</p> <p>20% del costo de zapatos terapéuticos o plantillas cubiertas por Medicare.</p> <p>Además, si se proporcionan otros servicios médicos por otras afecciones de salud en la misma visita, se aplica la participación en los costos correspondiente al médico por los servicios adicionales prestados durante la visita al consultorio.</p>
<p><b>Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiografías</li> <li>• Terapia de radiación (radioterapia y terapia con isótopos) que incluyen materiales técnicos y suministros</li> </ul>	<p>El 20% del costo de los procedimientos y exámenes de diagnóstico cubiertos por Medicare.</p> <p>El 20% del costo para servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.</p> <p>20% del costo del servicio de diagnóstico de radiología (sin incluir radiografías) cubierto por Medicare.</p> <p>20% del costo del servicio de radiología cubiertos por Medicare.</p> <p>20% del costo de radiografías cubiertas por Medicare.</p>

Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de quimioterapia: consulte los medicamentos recetados de la Parte B de Medicare en este Cuadro de beneficios para la participación en los costos de los medicamentos de quimioterapia de la Parte B cubiertos por Medicare.</li> <li>• Suministros quirúrgicos, tales como vendajes</li> <li>• Tablillas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir las fracturas y las dislocaciones</li> <li>• Análisis de laboratorio</li> <li>• Sangre. La cobertura comienza con la primera pinta de sangre que usted necesita. La cobertura para el almacenamiento y la administración comienza con la primera pinta de sangre que usted necesita.</li> <li>• Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios y servicios de radiología de diagnóstico cubiertos por Medicare, como pruebas de esfuerzo cardíaco, resonancia magnética (MRI), angiografía (MRA), tomografías axiales computarizadas (CAT) y tomografías por emisión de positrones (PET).</li> </ul>	<p>Podría aplicarse un cargo separado para el establecimiento donde se recibe el servicio.</p> <p>Además, es aplicable la participación en los costos de servicios de médicos y visitas a consultorios médicos.</p>
<p><b>Atención oftalmológica</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicio de médico para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y afecciones de los ojos. Original Medicare no cubre los exámenes oftalmológicos de rutina (refracciones oftalmológicas) para anteojos o lentes de contacto.</li> <li>• Para las personas que tienen un alto riesgo de contraer glaucoma, como personas con antecedentes familiares de glaucoma, personas con diabetes y afroamericanos mayores de 50 años: controles de glaucoma una vez por año.</li> </ul>	<p>Copago de \$20 por exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones oculares cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por controles para glaucoma cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$20 por exámenes oculares de rutina.</p> <p>Copago de \$20 para un par de anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas. Podría aplicarse un cargo separado para el establecimiento donde se recibe el servicio.</p> <p>Además, también se aplica la participación en los costos para los servicios de médicos y visitas a los consultorios médicos y atención de urgencia.</p>

Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluye inserción de un lente intraocular. (Si tiene dos operaciones de cataratas separadas, no puede conservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos anteojos luego de la segunda cirugía.) Lentes correctivos/marcos (y sustituciones) necesarios después de una eliminación de cataratas sin implante de lente.</li> <li>• Un (1) examen oftalmológico de rutina que generalmente <b>no cubre Medicare</b>; incluye refracción y adaptaciones recetadas de lentes de contacto.</li> </ul>	
<b>Servicios preventivos</b>	
<p>Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo en Original Medicare, también cubrimos el servicio sin costo para usted. No obstante, si recibe tratamiento o control para una enfermedad existente durante la visita en la que recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago para la atención que reciba para la enfermedad existente.</p>	
<p><b>Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal</b></p> <p>Una prueba de ultrasonido por única vez para las personas en riesgo. El plan cubre solamente este examen de control si usted obtiene una derivación para hacerlo como resultado de su examen físico de “Bienvenida a Medicare”.</p>	<p>Copago de \$0 por exámenes preventivos de aneurisma aórtico abdominal cubierto por Medicare.</p> <p>Si su médico le realiza procedimientos quirúrgicos o de diagnóstico adicionales, o si se proporcionan otros servicios médicos para otras afecciones médicas en la misma visita, se aplica la participación en los costos adecuada para los servicios prestados durante esa visita.</p>
<p><b>Densitometría ósea</b></p> <p>Para personas que reúnan los requisitos (generalmente, esto significa personas en riesgo de perder masa ósea o de padecer osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con más frecuencia si fueran médicamente necesarios: procedimientos para identificar masa</p>	<p>Copago de \$0 para medición de masa ósea cubierta por Medicare.</p> <p>Si su médico le realiza procedimientos quirúrgicos o de diagnóstico adicionales, o si se proporcionan otros servicios médicos para otras afecciones médicas en la misma visita, se aplica la participación</p>

Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>ósea, detectar pérdida ósea o determinar la calidad de los huesos, incluyendo la interpretación médica de los resultados.</p>	<p>en los costos adecuada para los servicios prestados durante esa visita.</p>
<p><b>Examen de detección de cáncer colorrectal</b></p> <p>Para personas de 50 años o más, se cubren los siguientes exámenes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sigmoidoscopia flexible (o enema opaco de control como una alternativa) cada 48 meses</li> <li>• Prueba de detección de sangre en materia fecal, cada 12 meses</li> </ul> <p>En el caso de las personas con alto riesgo de cáncer colorrectal, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Colonoscopia de control (o enema opaco de control como una alternativa) cada 24 meses</li> </ul> <p>En el caso de las personas que no tienen alto riesgo de cáncer colorrectal, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Colonoscopia de control cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses posteriores a una sigmoidoscopia de control</li> </ul>	<p>Copago de \$0 para exámenes de detección colorrectales cubiertos por Medicare.</p> <p>Si su médico le realiza procedimientos quirúrgicos o de diagnóstico adicionales, o si se proporcionan otros servicios médicos para otras afecciones médicas en la misma visita, se aplica la participación en los costos adecuada para los servicios prestados durante esa visita.</p>
<p><b>Examen de detección del VIH</b></p> <p>Para las personas que solicitan una prueba de detección del VIH o quienes corren un mayor riesgo de infección por VIH, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un examen de detección cada 12 meses</li> </ul> <p>Para las mujeres embarazadas, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hasta tres exámenes de detección durante el embarazo</li> </ul>	<p>Copago de \$0 exámenes de VIH cubiertos por Medicare.</p> <p>Si se proporcionan otros servicios médicos para otras afecciones médicas en la misma visita, se aplica el costo médico adecuado para los servicios prestados durante la visita al consultorio.</p>
<p><b>Vacunas</b></p> <p>Los servicios de la Parte B cubiertos por Medicare incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vacuna contra la neumonía</li> <li>• Vacunas contra la gripe, una vez por año en otoño o invierno</li> </ul>	<p>Copago de \$0 para vacunas de Hepatitis B, Gripe, Neumonía y otras vacunas cubiertas por Medicare.</p> <p>Si su médico le realiza procedimientos quirúrgicos o de diagnóstico adicionales, o si se proporcionan otros servicios médicos para otras afecciones médicas en la misma visita, se aplica la participación en los costos adecuada para los servicios prestados durante esa visita.</p>

Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vacuna contra la hepatitis B, si presenta riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B</li> <li>• Otras vacunas, si usted se encuentra en riesgo y cumplen con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare</li> </ul>	
<p><b>Controles para cáncer de mama (mamografías)</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una mamografía de detección temprana entre los 35 y 39 años</li> <li>• Una mamografía de control cada 12 meses para mujeres mayores de 40 años</li> <li>• Exámenes clínicos de mamas cada 24 meses</li> </ul>	<p>Copago de \$0 para mamografías de control cubiertas por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por exámenes de mamas cubiertos por Medicare.</p> <p>Si su médico le realiza procedimientos quirúrgicos o de diagnóstico adicionales, o si se proporcionan otros servicios médicos para otras afecciones médicas en la misma visita, se aplica la participación en los costos adecuada para los servicios prestados durante esa visita.</p>
<p><b>Exámenes de detección de cáncer vaginal y cervical</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para todas las mujeres: Los exámenes de Papanicolaou y pélvicos están cubiertos una vez cada 24 meses.</li> <li>• Si presenta alto riesgo de contraer cáncer de cuello uterino o ha tenido una prueba de Papanicolaou con resultados anormales y está en edad de concebir: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses</li> </ul>	<p>Copago de \$0 para pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos cubiertos por Medicare.</p> <p>Si su médico le realiza procedimientos quirúrgicos o de diagnóstico adicionales, o si se proporcionan otros servicios médicos para otras afecciones médicas en la misma visita, se aplica la participación en los costos adecuada para los servicios prestados durante esa visita.</p>
<p><b>Exámenes de detección de cáncer de próstata</b></p> <p>Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente, una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen mediante tacto rectal</li> <li>• Examen para la detección de antígenos prostáticos específicos (Prostate Specific Antigen, PSA)</li> </ul>	<p>Copago de \$0 para el exámenes de detección de cáncer de próstata cubiertos por Medicare.</p> <p>Si su médico le realiza procedimientos quirúrgicos o de diagnóstico adicionales, o si se proporcionan otros servicios médicos para otras afecciones médicas en la misma visita, se aplica la participación en los costos adecuada para los servicios prestados durante esa visita.</p>

Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p><b>Pruebas de enfermedades cardiovasculares</b></p> <p>Análisis de sangre para la detección de enfermedad cardiovascular (o anormalidades relacionadas con un riesgo elevado de enfermedad cardiovascular) una vez cada 5 años (60 meses). Las pruebas de sangre cubiertas por Medicare incluyen las pruebas de colesterol total, prueba de colesterol para detección de alta densidad y triglicéridos.</p>	<p>Copago de \$0 por pruebas de enfermedad cardiovascular cubiertas por Medicare.</p> <p>Si su médico le realiza procedimientos quirúrgicos o de diagnóstico adicionales, o si se proporcionan otros servicios médicos para otras afecciones médicas en la misma visita, se aplica la participación en los costos adecuada para los servicios prestados durante esa visita.</p>
<p><b>Examen físico de “Bienvenida a Medicare”</b></p> <p>El plan cubre un único examen físico de “Bienvenida a Medicare”, que incluye una revisión de su salud, como así también educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluso ciertos exámenes y vacunas), y derivaciones para otra atención médica si fuera necesaria.</p> <p><b>Importante:</b> Usted debe realizarse el examen físico dentro de los primeros 12 meses que tiene la Parte B de Medicare. Cuando realiza su cita, infórmele al consultorio de su médico que quisiera programar su examen físico de “Bienvenida a Medicare”.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el examen de Bienvenida a Medicare.</p> <p>Si su médico le realiza procedimientos quirúrgicos o de diagnóstico adicionales, o si se proporcionan otros servicios médicos para otras afecciones médicas en la misma visita, se aplica la participación en los costos adecuada para los servicios prestados durante esa visita.</p>
<p><b>Visita de bienestar anual</b></p> <p>Si usted ha tenido la Parte B durante más de 12 meses, puede obtener una visita de bienestar anual para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado basado en sus factores de riesgo y salud actuales. Esto se cubre una vez cada 12 meses.</p> <p><b>Nota:</b> Su primera visita de bienestar anual no se puede llevar a cabo dentro de los 12 meses de su examen de “Bienvenida a Medicare”. Sin embargo, no necesita haber tenido un examen de “Bienvenida a Medicare” para estar cubierto para las visitas de bienestar anual después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el examen de bienestar anual.</p> <p>Si su médico le realiza procedimientos quirúrgicos o de diagnóstico adicionales, o si se proporcionan otros servicios médicos para otras afecciones médicas en la misma visita, se aplica la participación en los costos adecuada para los servicios prestados durante esa visita.</p>
<p><b>Exámenes de detección de diabetes</b></p> <p>Cubrimos este examen (incluyendo las pruebas de glucosa en ayunas) si tiene algunos de los siguientes</p>	<p>Copago de \$0 por exámenes de diabetes cubiertos por Medicare.</p>

Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), historial de niveles de colesterol y triglicéridos anormales (dislipidemia), obesidad o historial de alto nivel de azúcar en la sangre (glucosa). Las pruebas también pueden estar cubiertas si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Según los resultados de estas pruebas, usted puede ser elegible para recibir hasta dos exámenes de diabetes cada 12 meses.</p>	<p>Si su médico le realiza procedimientos quirúrgicos o de diagnóstico adicionales, o si se proporcionan otros servicios médicos para otras afecciones médicas en la misma visita, se aplica la participación en los costos adecuada para los servicios prestados durante esa visita.</p>
<p><b>Terapia de nutrición médica</b></p> <p>Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedad renal (riñón) (pero no en diálisis), y después de un trasplante cuando la persona es derivada por su médico.</p> <p>Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que reciba los servicios de terapia de nutrición médica en Medicare (esto incluye nuestro plan y cualquier otro plan Medicare Advantage u Original Medicare) y 2 horas por año una vez finalizado. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, puede recibir más horas de tratamiento con la orden de un médico. Un médico debe prescribir estos servicios y renovar su orden de forma anual si esta es necesaria en otro año calendario.</p>	<p>Copago de \$0 por terapia nutricional médica cubierta por Medicare.</p> <p>Si su médico le realiza procedimientos quirúrgicos o de diagnóstico adicionales, o si se proporcionan otros servicios médicos para otras afecciones médicas en la misma visita, se aplica la participación en los costos adecuada para los servicios prestados durante esa visita.</p>
<p><b>Cese de uso de tabaco y dejar de fumar (asesoramiento para dejar de fumar)</b></p> <p>Si utiliza tabaco, pero no tiene signos o síntomas de enfermedad relacionada con el tabaco: cubrimos dos intentos para dejar de fumar con asesoramiento dentro de un período de 12 meses. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas presenciales.</p> <p>Si consume tabaco y le han diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando medicamentos que puedan verse afectados por el tabaco, cubrimos los servicios de</p>	<p>Si no le han diagnosticado una enfermedad causada o complicada por el tabaco, utilice:</p> <p>Copago de \$0 por visitas terapéuticas para dejar de fumar cubiertas por Medicare.</p> <p>Si le han diagnosticado una enfermedad causada o complicada por el tabaco o si toma medicamentos que están afectados por el consumo de tabaco:</p> <p>Copago de \$0 por visitas terapéuticas para dejar de fumar cubiertas por Medicare.</p> <p>Si su médico le realiza procedimientos quirúrgicos o de diagnóstico adicionales, o si se proporcionan otros servicios médicos para otras afecciones</p>

Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>asesoramiento para dejar de fumar. Cubrimos dos intentos para dejar de fumar con asesoramiento dentro de un período de 12 meses. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas presenciales. Sin embargo, usted pagará la participación en los costos correspondiente para pacientes ambulatorios o internados.</p>	<p>médicas en la misma visita, se aplica la participación en los costos adecuada para los servicios prestados durante esa visita.</p>
<b>Otros servicios</b>	
<p><b>Servicios y condiciones para el tratamiento de afecciones renales</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de educación para enseñar sobre el cuidado de los riñones y para ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su atención médica. Para los miembros con enfermedad renal crónica de etapa IV, y siempre que su médico los derive, cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación sobre enfermedades renales en toda la vida.</li> <li>• Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluyendo los tratamientos de diálisis cuando se encuentran temporalmente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3)</li> <li>• Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si ingresa en un hospital como paciente internado para recibir atención especial)</li> <li>• Capacitación para la autodiálisis (incluye capacitación para usted y para cualquier persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar)</li> <li>• Equipo y suministros para diálisis en el hogar</li> <li>• Ciertos servicios de ayuda en el hogar (por ejemplo, cuando sea necesario, visitas por parte de empleados capacitados en diálisis para controlar su diálisis en el hogar, ayudar en casos de emergencia y controlar su equipo de diálisis y suministro de agua)</li> </ul>	<p>Copago de \$0 para servicios educativos sobre afecciones renales cubiertos por Medicare</p> <p>Copago de \$30 para tratamientos de diálisis renal ambulatorios.</p> <p>Si se proporcionan otros servicios médicos para otras afecciones médicas en la misma visita, se aplica el costo médico adecuado para los servicios prestados durante la visita al consultorio.</p>

Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte B, consulte la siguiente sección, “Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare”.</p>	
<p><b>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare</b></p> <p>Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Original Medicare. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura por estos medicamentos a través de nuestro plan. Entre los medicamentos cubiertos se incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos que generalmente no se los autoadministra el paciente y que se inyectan o infunden mientras está recibiendo servicios de médicos, centro hospitalario o centro de cirugía ambulatoria</li> <li>• Medicamentos que se administran mediante equipo médico duradero (tales como nebulizadores) que fue autorizado por el plan</li> <li>• Factores de coagulación que se autoadministran mediante inyecciones en caso de tener hemofilia</li> <li>• Medicamentos inmunosupresores, si estaba inscrito en la Parte A de Medicare en el momento del trasplante de órgano</li> <li>• Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si está confinado en su hogar, tiene una fractura ósea que el médico haya certificado que está relacionada con osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse el medicamento</li> <li>• Inyecciones de antígenos y antialérgicos</li> <li>• Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y antieméticos</li> </ul>	<p>20% del costo de los medicamentos para quimioterapia cubiertos por la Parte B.                  20% del costo los medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare (Original Medicare).</p> <p>Es aplicable el coseguro para los medicamentos de la Parte B de Medicare además de la participación en los costos para la atención domiciliaria, servicios para pacientes ambulatorios, atención preventiva y beneficios adicionales, según se describen en este Cuadro de beneficios.</p> <p>Para los medicamentos de la Parte B de Medicare que se obtienen en una farmacia de la red, el coseguro se aplica al costo real del plan de salud, el cual refleja las tarifas de precio y despacho del Administrador de beneficios de la farmacia. Tanto el precio como el cargo de despacho varían según el medicamento, y dependen de si es un medicamento de marca o genérico. También pueden variar según el tipo de farmacia que despacha (p. ej., atención a largo plazo o minorista).</p> <p>Para los medicamentos de la Parte B de Medicare que se obtienen de un médico, el coseguro se aplica al programa de cargos de Medicare.</p>

Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ciertos medicamentos para la diálisis en el hogar, incluso heparina, el antídoto para la heparina cuando sea medicamento necesario, anestésicos tópicos y agentes estimulantes de la eritropoyesis (tal como Epogen<sup>®</sup>, Procrit<sup>®</sup>, epoetina alfa, Aranesp<sup>®</sup> o darbepoetina alfa)</li> <li>• Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento domiciliario de las enfermedades de inmunodeficiencia primarias</li> </ul>	
<b>Beneficios adicionales</b>	
<p><b>Servicios auditivos</b></p> <p>Las evaluaciones básicas de audición realizadas por su proveedor están cubiertas como atención ambulatoria, cuando el servicio lo presta un médico, audiólogo o proveedor calificado. Además, nuestro plan incluye el beneficio adicional de un (1) examen de audición por año, <b>que generalmente no está cubierto por Medicare.</b></p> <p>No se cubren los audífonos.</p>	<p>Copago de \$25 por cada examen auditivo básico y de balance cubierto por Medicare hecho por un doctor de atención primaria.</p> <p>Copago de \$20 por cada examen de audiología básica y de balance cubierto por Medicare hecho por un especialista, audiólogo u otro proveedor que no sea un doctor de atención primaria.</p> <p>Copago de \$20 por cada examen auditivo anual.</p>
<p><b>Programas de educación para la salud y el bienestar</b></p> <p>Son programas de administración de la atención que incluyen asistencia para afecciones de salud como presión arterial alta, colesterol, enfermedad respiratoria, diabetes y otras. El beneficio incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Línea directa de enfermería</li> <li>• Y de materiales impresos de educación para la salud</li> </ul>	<p>Copago de \$0 para programas de educación y bienestar.</p>

**SECCIÓN 3. ¿Qué beneficios no están cubiertos por el plan?**

**Sección 3.1 Beneficios que *no* cubrimos (exclusiones)**

Esta sección le informa sobre los tipos de beneficios que están “excluidos”. Excluidos significa que el plan no cubre estos beneficios.

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

Si recibe beneficios que están excluidos, usted mismo debe pagarlos. No pagaremos los beneficios médicos excluidos indicados en esta sección (o en otra parte de este libro) y tampoco lo hará Original Medicare. La única excepción es: si, después de una apelación, se determina que un beneficio de la lista de exclusión es un beneficio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que tomamos con respecto a no cubrir un servicio médico, consulte el Capítulo 7, Sección 5.3, de este libro).

Además de las exclusiones o limitaciones que se describen en el Cuadro de beneficios o en cualquier otra parte de esta *Evidencia de cobertura*, **los siguientes artículos y servicios no están cubiertos en virtud de Original Medicare ni por nuestro plan:**

- Servicios que no se consideren razonables y necesarios, conforme a las normas de Original Medicare, excepto cuando nuestro plan los incluya como servicios cubiertos.
- Procedimientos, equipos y medicamentos quirúrgicos y médicos experimentales, excepto cuando estén cubiertos por Original Medicare o por un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare. (Consulte el Capítulo 3, Sección 5, para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica.) Los artículos y procedimientos experimentales son aquellos artículos y procedimientos determinados por nuestro plan y Original Medicare que en general no son aceptados por la comunidad médica.
- Tratamiento quirúrgico por obesidad patológica, excepto cuando se considere médicamente necesario y esté cubierto por Original Medicare.
- Habitación privada en un hospital, excepto cuando se considere médicamente necesario.
- Enfermeras privadas.
- Artículos personales en su habitación de un hospital o centro de enfermería especializada, tales como un teléfono o un televisor.
- Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar.
- Atención de custodia, excepto cuando se brinde junto con la atención de enfermería especializada o servicios de rehabilitación especializados cubiertos. La atención de custodia o atención no especializada es la atención que lo ayuda con las actividades de la vida cotidiana, tales como bañarse o vestirse.
- Servicios de empleada doméstica, que incluyen asistencia doméstica básica, incluyendo quehaceres domésticos sencillos y preparación sencilla de comidas.
- Cargos cobrados por sus familiares inmediatos o miembros de su hogar.
- Comidas enviadas a su domicilio.
- Procedimientos o servicios de mejoramiento optativos o voluntarios (incluyendo pérdida de peso, crecimiento capilar, desempeño sexual, rendimiento atlético, con fines cosméticos, de rejuvenecimiento y rendimiento mental), excepto cuando sean médicamente necesarios.

- Cirugía o procedimientos estéticos, salvo que sean a causa de una lesión accidental o para mejorar una malformación de alguna parte del cuerpo. Sin embargo, están cubiertas todas las etapas correspondientes a la reconstrucción de una mama después de una mastectomía, así como también para producir una apariencia simétrica en la mama no afectada.
- Atención odontológica de rutina, como limpiezas, empastes o prótesis odontológicas. Sin embargo, la atención requerida para el tratamiento de enfermedades o lesiones que no son rutinarias puede estar cubierta como paciente internado o ambulatorio.
- Atención quiropráctica, siempre que no incluya la manipulación manual de la columna vertebral conforme a las pautas de cobertura de Medicare.
- Podología de rutina, con excepción de la cobertura limitada proporcionada conforme a las pautas de Medicare.
- Calzado ortopédico, excepto cuando el calzado sea parte de un aparato ortopédico para las piernas y esté incluido en el costo del aparato ortopédico, o que el calzado sea para una persona que sufre de la enfermedad de pie diabético.
- Dispositivos de apoyo para los pies, excepto el calzado ortopédico o terapéutico para personas que sufren de la enfermedad de pie diabético.
- Audífonos o exámenes para adaptar audífonos.
- Gafas, exámenes oftalmológicos de rutina (excepto las observaciones en el Cuadro de beneficios anterior), queratotomía radial, cirugía LASIK, terapia de la visión y otros dispositivos que ayudan a mejorar la visión. Sin embargo, los anteojos están cubiertos para las personas después de una cirugía de cataratas.
- Medicamentos de la Parte D recetados para pacientes ambulatorios.
- Procedimientos de reversión de la esterilización, operaciones de cambio de sexo y suministros anticonceptivos sin receta.
- Acupuntura.
- Servicios de naturopatía (utiliza tratamientos naturales o alternativos).
- Servicios proporcionados a veteranos en centros de Veterans Affairs (VA). Sin embargo, cuando se reciban servicios de emergencia en un hospital de veteranos y la participación en los costos de veteranos sea mayor que la participación en los costos conforme a nuestro plan, le reembolsaremos la diferencia a los veteranos. De todos modos, los miembros seguirán siendo responsables por nuestros montos de participación en los costos.
- Transporte rutinario.

El plan no cubrirá los servicios excluidos enumerados anteriormente. Aun cuando usted reciba los servicios en un centro de emergencia, los servicios excluidos tampoco se cubren.

**Capítulo 5. Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted ha recibido por servicios médicos cubiertos**

<b>SECCIÓN 1.</b>	<b>Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de sus servicios cubiertos .....</b>	<b>62</b>
Sección 1.1	Si usted paga la parte del costo que le corresponde a nuestro plan por sus servicios cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el pago .....	62
<b>SECCIÓN 2.</b>	<b>Cómo pedirnos que le reembolsemos o paguemos una factura que ha recibido .....</b>	<b>64</b>
Sección 2.1	Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago .....	64
<b>SECCIÓN 3.</b>	<b>Consideraremos su solicitud de pago y la aprobaremos o rechazaremos ..</b>	<b>64</b>
Sección 3.1	Verificamos si nos corresponde cubrir el servicio y cuánto debemos .....	64
Sección 3.2	Si le informamos que no pagaremos la atención médica en forma total o parcial, puede presentar una apelación .....	65

---

**SECCIÓN 1. Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de sus servicios cubiertos**

---

<b>Sección 1.1</b>	<b>Si usted paga la parte del costo que le corresponde a nuestro plan por sus servicios cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el pago</b>
--------------------	--

Algunas veces, cuando recibe atención médica, es posible que deba pagar el costo total de inmediato. Otras veces, puede notar que ha pagado más de lo esperado conforme a las reglas de cobertura del plan. En cualquiera de los casos, puede solicitar que nuestro plan le devuelva el dinero (generalmente, devolverle el dinero se denomina “reembolsarle”). Usted tiene derecho a que nuestro plan le reembolse cada vez que haya pagado más de su parte del costo para los servicios médicos cubiertos por nuestro plan.

Además, es posible que algunas veces reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que ha recibido. En muchos casos, usted nos debería enviar esta factura en lugar de pagarla. Revisaremos la factura y decidiremos si los servicios deberían cubrirse. Si decidimos que deberían estar cubiertos, le pagaremos directamente al proveedor.

Los siguientes son ejemplos de situaciones en las que posiblemente necesite solicitarle a nuestro plan que le reembolse el dinero o pague una factura que ha recibido.

## 1. Cuando haya recibido una cuidado de emergencia

Cuando recibe atención de emergencia, usted solo es responsable de pagar su parte del costo, no el costo total. Puede solicitarle al proveedor que le cobre al plan nuestra parte del costo.

- Si usted paga el monto completo en el momento que recibe la atención, debe solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. Envíenos la factura, junto con los documentos de cualquier pago que haya realizado.
- Algunas veces, es posible que reciba una factura del proveedor en la que se le solicite un pago que usted cree que no corresponde. Envíenos esta factura, junto con los documentos de cualquier pago que haya realizado.
  - Si se le debe algo al proveedor, se lo pagaremos directamente a él.
  - Si usted ya ha pagado más que su parte del costo del servicio, determinaremos cuánto debía pagar usted y le reembolsaremos nuestra parte del costo.

## 2. Cuando un proveedor le envía una factura que usted cree que no debe pagar

Los proveedores siempre deben cobrar directamente al plan y solicitarle que usted pague solamente su parte del costo. No obstante, algunas veces se equivocan y le solicitan que pague más de lo que le corresponde.

- Siempre que reciba una factura de un proveedor que usted cree que supera lo que debe pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema de facturación.
- Si usted ya ha pagado una factura a un proveedor de la red, pero cree que pagó demasiado, envíenos la factura junto con los documentos de los pagos que haya realizado y solicítenos que le reembolsemos la diferencia entre el monto que pagó y el monto que debería pagar conforme al plan.

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

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

Si se inscribió en forma retroactiva en nuestro plan y pagó de su bolsillo cualquiera de sus medicamentos o servicios cubiertos después de su fecha de inscripción, puede solicitarnos un reembolso de nuestra parte de los costos. Necesitará enviarnos los documentos para que podamos ocuparnos del reembolso.

- Llame a Servicios a los Miembros para obtener información adicional sobre cómo solicitarnos un reembolso y los plazos para realizar la solicitud.

Todos los ejemplos anteriores son tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que si denegamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 7 de este libro, (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*), contiene información sobre cómo presentar una apelación.

---

**SECCIÓN 2.           Cómo pedirnos que le reembolsemos o paguemos una factura que ha recibido**

---

**Sección 2.1           Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago**

Envíenos su solicitud de pago, junto con su factura y documentación de cualquier pago que haya realizado. Es una buena idea hacer una copia de su factura y sus recibos para sus registros.

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

- No tiene la obligación de utilizar el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápido.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web ([www.TodaysOptions.com](http://www.TodaysOptions.com)) o llame a Servicios a los Miembros y solicite un formulario. Los números de teléfono de Servicios a los Miembros se encuentran en la contraportada de este libro.

Envíenos por correo su solicitud de pago junto con las facturas o los recibos a la siguiente dirección:

**Por atención médica:**

Today's Options PFFS  
P.O. Box 742568  
Houston, TX 77274

También puede comunicarse telefónicamente con nuestro plan para solicitar el pago. Para obtener más detalles, consulte el Capítulo 2, Sección 1, y busque la sección *Dónde enviar una solicitud para pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica que ha recibido*”

Asegúrese de comunicarse con Servicios a los Miembros si tiene alguna pregunta. Si no sabe qué monto debe pagar o si recibe facturas y no sabe qué hacer con ellas, podemos ayudarlo. También puede llamar si desea brindarnos más información sobre una solicitud de pago que ya nos haya enviado.

---

**SECCIÓN 3.           Consideraremos su solicitud de pago y la aprobaremos o rechazaremos**

---

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

Cuando recibamos su solicitud de pago, le avisaremos si necesitamos alguna información adicional de su parte. De lo contrario, consideraremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que la atención médica está cubierta y usted siguió todas las reglas para obtenerla, pagaremos nuestra parte del costo. Si usted ya pagó por el servicio, le enviaremos por correo el reembolso de nuestra parte del costo. Si aun no pagó por el servicio, le enviaremos el pago por correo directamente al proveedor. (En el Capítulo 3, se explican las reglas que necesita seguir para recibir sus servicios médicos cubiertos.)

- Si decidimos que la atención médica *no* está cubierta o usted *no* siguió todas las reglas, no pagaremos nuestra parte del costo. En cambio, le enviaremos una carta que explique los motivos por los cuales no estamos enviando el pago que solicitó y sus derechos a apelar esta decisión.

<b>Sección 3.2</b>	<b>Si le informamos que no pagaremos la atención médica en forma total o parcial, puede presentar una apelación</b>
--------------------	---

Si cree que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o no está de acuerdo con el monto que pagamos, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos está solicitando que cambiemos la decisión que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 7 de este libro (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*). El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Si nunca ha presentado una apelación, le será útil comenzar leyendo la Sección 4 del Capítulo 7. La Sección 4 es una sección de introducción que explica el proceso de las decisiones de cobertura y apelaciones, y brinda definiciones de términos tales como “apelación”. Después de haber leído la Sección 4, puede consultar la sección del Capítulo 7 que ofrece información sobre lo que debe hacer en su situación:

- Si desea presentar una apelación para recibir el reembolso de un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 7.

## **Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades**

<b>SECCIÓN 1. Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan .....</b>	<b>67</b>
Sección 1.1 We must provide information in a way that works for you (in languages other than English, in Braille, in large print, or other alternate formats, etc.) .....	67
Sección 1.2 Debemos tratarlo con imparcialidad y respeto en todo momento .....	67
Sección 1.3 Debemos garantizar que usted tenga acceso puntual a sus servicios cubiertos .....	68
Sección 1.4 Debemos proteger la privacidad de su información de salud personal .....	68
Sección 1.5 Debemos proporcionarle información sobre el plan y sus servicios cubiertos .....	69
Sección 1.6 Debemos respaldar su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica .....	70
Sección 1.7 Usted tiene derecho a presentar quejas y a solicitarnos que reconsideremos decisiones que hayamos tomado .....	72
Sección 1.8 ¿Qué puede hacer si cree que lo están tratando injustamente o que no se respetan sus derechos? .....	72
Sección 1.9 Cómo obtener más información sobre sus derechos .....	72
<b>SECCIÓN 2. Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan .....</b>	<b>73</b>
Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades? .....	73

---

## **SECCIÓN 1. Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan**

---

<b>Sección 1.1</b>	<b>We must provide information in a way that works for you (in languages other than English, in Braille, in large print, or other alternate formats, etc.)</b>
--------------------	--

Para obtener información de nuestra parte que le sirva a usted, llame a Servicios a los Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este libro).

Our plan has people and free language interpreter services available to answer questions from non-English speaking members. We can also give you information in Braille, in large print, or other alternate formats if you need it. If you are eligible for Medicare because of a disability, we are required to give you information about the plan's benefits that is accessible and appropriate for you.

If you have any trouble getting information from our plan because of problems related to language or a disability, please call Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 hours a day, 7 days a week, and tell them that you want to file a complaint. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Para obtener nuestra información de una manera que funciona para usted, por favor llame a servicios para miembros (teléfono números están en la contraportada de este folleto).

Nuestro plan cuenta con personal y servicios de intérprete de idiomas gratis disponibles para responder las preguntas de los miembros que no hablan inglés. También podemos darle la información en Braille, en texto con letras grandes o en otros formatos alternativos que pueda necesitar. Si usted es elegible para Medicare debido a una discapacidad, estamos obligados a darle información acerca de los beneficios del plan que es accesible y conveniente para usted.

Si tiene problemas obteniendo información de nuestro plan debido a problemas relacionados con el idioma o una discapacidad, por favor llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana y decirles que desea presentar una queja. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

<b>Sección 1.2</b>	<b>Debemos tratarlo con imparcialidad y respeto en todo momento</b>
--------------------	---

Nuestro plan debe cumplir con las leyes que lo protegen contra la discriminación o el trato injusto. **No discriminamos** sobre la base de raza, origen étnico, nacionalidad, religión, género, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia de reclamos, antecedentes médicos, información genética, evidencia de asegurable o ubicación geográfica de una persona dentro del área de servicio.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes sobre discriminación o trato injusto, llame a la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) del **Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services)** al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención médica, comuníquese con nosotros a Servicios a los Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este libro). Si

tiene una queja, como por ejemplo un problema con el acceso con silla de ruedas, Servicios a los Miembros puede ayudarlo.

### **Sección 1.3 Debemos garantizar que usted tenga acceso puntual a sus servicios cubiertos**

Puede solicitar atención médica de cualquier proveedor de los Estados Unidos siempre que este acuerde aceptar los términos y las condiciones de pago de nuestro plan antes de prestarle servicios y sea elegible conforme a Original Medicare según lo descrito en la Sección 1.2 del Capítulo 3. Usted siempre debe mostrar (excepto posiblemente en casos de emergencia) su tarjeta de membresía del plan PFFS al proveedor. Como miembro del plan, tiene derecho a obtener citas y servicios cubiertos de los proveedores *en un tiempo razonable*.

Un proveedor puede decidir si acepta los términos y condiciones de pago de nuestro plan cada vez que visite al proveedor.

Si considera que no está obteniendo su atención médica en un tiempo razonable, el Capítulo 7, Sección 9 de este libro brinda información sobre lo que puede hacer. (Si hemos rechazado la cobertura de su atención médica y usted no está de acuerdo con nuestra decisión, el Capítulo 7, Sección 4 le brinda información sobre lo que puede hacer.)

### **Sección 1.4 Debemos proteger la privacidad de su información de salud personal**

Las leyes estatales y federales protegen la privacidad de sus registros médicos y su información personal de salud. Protegemos su información personal de salud según lo requerido por estas leyes.

- Su “información de salud personal” incluye la información personal que usted nos brindó cuando se inscribió en este plan, como así también sus registros médicos y otra información médica y de salud.
- Las leyes que protegen su privacidad le otorgan derechos relacionados con la obtención de información y el control de la utilización de su información de salud. Le proporcionamos una notificación por escrito, denominada “Notificación de práctica privada”, que informa sobre 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 sus registros no sean consultados ni modificados por personas no autorizadas.
- En la mayoría de las situaciones, si proporcionamos su información de salud a cualquier persona que no esté brindándole o pagándole la atención médica, *primero debemos obtener su permiso por escrito*. La autorización por escrito la puede otorgar usted u otra persona a quien usted le haya otorgado poder legal para tomar decisiones en su nombre.
- Existen ciertas excepciones que no requieren que obtengamos primero su autorización por escrito. Estas excepciones están permitidas o son exigidas por la ley.
  - Por ejemplo, se nos exige que divulguemos información de salud a las agencias gubernamentales que controlan la calidad de la atención médica.

- Debido a que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, se nos exige que brindemos a Medicare su información médica. Si Medicare da a conocer su información para investigación u otros usos, esto se realizará de acuerdo con las leyes y reglamentaciones federales.

### **Puede ver la información que figura en sus registros y saber cómo se ha compartido con otras personas**

Usted tiene derecho a revisar sus registros médicos mantenidos en el plan y a obtener una copia de sus registros. Estamos autorizados a cobrarle un cargo por copiar esta información. También tiene derecho a solicitarnos realizar adiciones o correcciones a sus registros médicos. Si nos solicita esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si los cambios se deben realizar.

Usted tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información de salud con terceros por cualquier motivo que no sea de rutina.

Si tiene dudas o inquietudes sobre la privacidad de su información de salud personal, llame a Servicios a los Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este libro).

<b>Sección 1.5</b>	<b>Debemos proporcionarle información sobre el plan y sus servicios cubiertos</b>
--------------------	---

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a obtener diferentes tipos de información de nuestra parte. (Según lo explicado anteriormente en la Sección 1.1, tiene derecho a que le proporcionemos información de forma tal que a usted le sirva. Esto incluye recibir información en idiomas que no sean inglés, impresa en letras grandes o en otros formatos alternativos).

Si desea cualquiera de los siguientes tipos de información, comuníquese con Servicios a los Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este libro):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la condición financiera del plan. Además, incluye información sobre la cantidad de apelaciones realizadas por los miembros y las calificaciones de rendimiento del plan, incluyendo las calificaciones hechas por los miembros del plan y cómo se compara con otros planes de salud Medicare.
- **Información sobre su cobertura y reglas que debe seguir al utilizar su cobertura.**
  - En los Capítulos 3 y 4 de este libro, explicamos los servicios médicos que están cubiertos para usted, cualquier restricción a su cobertura y las reglas que debe seguir para obtener sus servicios médicos cubiertos.
  - Si tiene preguntas sobre las reglas o restricciones, llame a Servicios a los Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este libro).
- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.**
  - Si un servicio médico no está cubierto en su caso, o si su cobertura está restringida de alguna forma, puede solicitarnos una explicación por escrito.

- Si no está conforme o si no está de acuerdo con una decisión que tomemos sobre qué atención médica está cubierta en su caso, usted tiene derecho a solicitarnos un cambio de decisión. Puede solicitarnos que cambiemos la decisión a través de la presentación de una apelación. Para obtener detalles sobre qué hacer si algo no está cubierto para usted de la forma que considera que debería estarlo, consulte el Capítulo 7 de este libro. Le proporciona detalles sobre cómo presentar una apelación si desea que cambiemos nuestra decisión. (El Capítulo 7 también informa sobre cómo presentar una queja acerca de la calidad de la atención médica, el tiempo de espera y otras inquietudes).
- Si usted quiere solicitar a nuestro plan que pague nuestra parte de una factura que usted recibió por atención médica, consulte el Capítulo 5 de este libro.

<b>Sección 1.6</b>	<b>Debemos respaldar su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica</b>
--------------------	---

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

Usted tiene derecho a obtener información completa de sus médicos y otros proveedores de atención médica cuando va en busca de atención médica. Sus proveedores deben explicarle su afección médica y sus opciones de tratamiento *de tal forma que usted pueda comprenderlas*.

Usted también tiene derecho a participar completamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarlo a tomar decisiones con sus médicos sobre el mejor tratamiento para usted, sus derechos incluyen los siguientes:

- **Conocer todas sus opciones.** Esto significa que usted tiene derecho a recibir información sobre todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, independientemente de los costos o de si nuestro plan las cubre o no.
- **Conocer los riesgos.** Usted tiene derecho a recibir información sobre los riesgos relacionados con su atención médica. Le deben informar por anticipado si la atención médica o el tratamiento propuestos son parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de no participar en tratamientos experimentales.
- **El derecho a decir “no”.** Usted tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho de abandonar el hospital u otro centro médico, incluso si su médico le recomienda que no se retire. Por supuesto, si usted rechaza un tratamiento está aceptando que es completamente responsable por lo que pueda sucederle a su cuerpo como consecuencia de ello.
- **Recibir una explicación si se le niega la cobertura de atención médica.** Usted tiene el derecho de recibir una explicación en el caso que un proveedor se niegue a brindar la atención médica que usted cree que debería recibir. Para recibir esta explicación, tendrá que solicitarnos una decisión de cobertura. El Capítulo 7 de este libro brinda información sobre cómo solicitar al plan una decisión de cobertura.

## **Usted tiene derecho a proporcionar instrucciones sobre lo que se debe hacer si no puede tomar decisiones médicas por sí mismo**

Algunas veces, las personas se vuelven incapaces de tomar decisiones relacionadas con la atención médica por sí mismas debido a accidentes o enfermedades graves. Usted tiene derecho a decir lo que quiere que suceda si se encuentra en esta situación. Esto significa que, *si lo desea*, usted puede:

- Completar un formulario por escrito para otorgarle a **una persona la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** si alguna vez se vuelve incapaz de tomarlas usted mismo.
- **Proporcionar a sus médicos instrucciones por escrito** sobre cómo desea que manejen su atención médica si se vuelve incapaz de tomar decisiones por usted mismo.

Los documentos legales que usted puede utilizar para dar sus indicaciones por adelantado en estas situaciones se denominan “**directivas anticipadas**”. Existen diferentes tipos de directivas anticipadas y distintos nombres para ellas. Los documentos denominados “**testamento en vida**” y “**poder para atención médica**” son ejemplos de directivas anticipadas.

Si desea utilizar una “directiva anticipada” para proporcionar sus instrucciones, tiene que hacer lo siguiente:

- **Obtener el formulario.** Si desea tener una directiva anticipada, puede obtener un formulario de su abogado, asistente social o alguna tienda de suministros de oficina. Algunas veces, puede obtener los formularios de directivas anticipadas solicitándolos a organizaciones que brindan información a las personas sobre Medicare.
- **Completarlo y firmarlo.** Independientemente de dónde obtenga este formulario, tenga en cuenta que es un documento legal. Es recomendable que un abogado lo ayude a prepararlo.
- **Entregue copias a las personas adecuadas.** Usted debe proporcionar una copia del formulario a su médico y a la persona que designa en el formulario para que toma decisiones por usted en caso de que usted no pueda hacerlo. Es posible que quiera proporcionar copias a amigos íntimos o familiares. Asegúrese de conservar una copia en su hogar.

Si sabe con anticipación que va a ser hospitalizado y ha firmado una directiva anticipada, **lleve una copia con usted al hospital.**

- Si ingresa a un hospital, le preguntarán si ha firmado un formulario de directiva anticipada y si lo tiene con usted.
- Si no ha firmado un formulario de directiva anticipada, el hospital cuenta con formularios disponibles y le preguntará si desea firmar uno.

**Recuerde que usted decide si desea completar una directiva anticipada** (incluso si desea firmar una cuando se encuentra en el hospital). Conforme a la ley, nadie puede negarle atención médica o discriminarlo por haber firmado o no una directiva anticipada.

### **¿Qué sucede si no se siguen sus instrucciones?**

Si ha firmado una directiva anticipada y cree que un médico u hospital no ha seguido las instrucciones indicadas en ella, puede presentar una queja ante el Departamento de Salud de su estado. Consulte el Anexo A al final de la *Evidencia de cobertura* para conocer la información de contacto.

### **Sección 1.7      Usted tiene derecho a presentar quejas y a solicitarnos que reconsideremos decisiones que hayamos tomado**

Si tiene algún problema o inquietud sobre su atención médica o sus servicios cubiertos, el Capítulo 7 de este libro brinda información sobre lo que puede hacer. Proporciona detalles sobre cómo tratar todo tipo de problemas y quejas.

Según lo explicado en el Capítulo 7, lo que necesita hacer para realizar el seguimiento de un problema o una inquietud depende de la situación. Usted podría necesitar solicitarle a nuestro plan que tome una decisión de cobertura para usted, presentar una apelación para cambiar una decisión de cobertura o presentar una queja. Independientemente de lo que haga (pedir una decisión de cobertura, apelar o presentar una queja), **debemos tratarlo con imparcialidad.**

Usted tiene derecho a obtener un resumen de información sobre las apelaciones y quejas que otros miembros han presentado contra nuestro plan en el pasado. Para obtener esta información, llame a Servicios a los Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este libro).

### **Sección 1.8      ¿Qué puede hacer si cree que lo están tratando injustamente o que no se respetan sus derechos?**

#### **Si se trata de discriminación, comuníquese con la Oficina de Derechos Civiles**

Si considera que lo han tratado injustamente o no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad o nacionalidad, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 o TTY al 1-800-537-7697, o llamar a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

#### **¿Se trata de otro tema?**

Si considera que lo han tratado injustamente o no se han respetado sus derechos y *no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para tratar el problema que tiene:

- **Puedellamar a Servicios a los Miembros** (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este libro).
- Puede **llamar al Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud**. Para obtener detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- O bien, puede comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

### **Sección 1.9      Cómo obtener más información sobre sus derechos**

Existen diferentes lugares donde puede obtener más información sobre sus derechos:

- Puede **llamar a Servicios a los Miembros** (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este libro).
- Puede **llamar al Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud**. Para obtener detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte el Capítulo 2, Sección 3.

- Puede comunicarse con **Medicare**.
  - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Your Medicare Rights & Protections” (Sus derechos y protecciones de Medicare). (La publicación está disponible en: <http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/10112.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 2. Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan**

---

<b>Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades?</b>
---

A continuación, se indican las cosas que necesita hacer como miembro del plan. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios a los Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este libro). Estamos aquí para ayudarlo.

- ***Familiarícese con sus servicios cubiertos y las reglas que debe seguir para obtener dichos servicios cubiertos.*** Utilice este libro de Evidencia de cobertura para enterarse de lo que está cubierto para usted y las reglas que necesita seguir para obtener sus servicios cubiertos.
  - Los Capítulos 3 y 4 proporcionan los detalles sobre sus servicios médicos, incluyéndolo que está cubierto, lo que no está cubierto, las reglas que debe seguir y lo que debe pagar.
- ***Si cuenta con otra cobertura de seguro de salud además de nuestro plan, debe informarnos al respecto.*** Llame a Servicios a los Miembros para informarnos.
  - Debemos seguir las reglas establecidas por Medicare para asegurarnos que usted esté utilizando toda su cobertura en combinación cuando recibe sus servicios cubiertos de nuestro plan. Esto se denomina “**coordinación de beneficios**” porque implica coordinar los beneficios de salud que obtiene de nuestro plan con cualquier otro beneficio de salud disponible para usted. Lo ayudaremos con esto. (Para obtener más información sobre la coordinación de beneficios, consulte el Capítulo 1, Sección 7).
- ***Informe a su médico y demás proveedores de atención médica que usted se encuentra inscrito en nuestro plan.*** Muestre su tarjeta de membresía siempre que reciba atención médica.
- ***Ayude a sus médicos y a otros proveedores a ayudarlo a usted brindándoles información, formulándoles preguntas y continuando con su atención médica.***
  - Para ayudar a sus médicos y a otros proveedores de salud a brindarle la mejor atención médica, aprenda lo máximo posible sobre sus problemas de salud y bríndeles la información necesaria sobre usted y su salud. Cumpla los planes y las instrucciones de tratamiento que acordaron usted y sus médicos.
  - Asegúrese de que sus médicos sepan todos los medicamentos que está tomando, incluso los medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.

- Si tiene alguna pregunta, asegúrese de formularla. Se espera que sus médicos y otros proveedores de atención médica le expliquen de una forma que sea comprensible para usted. Si usted formula una pregunta y no comprende la respuesta que le dan, vuelva a preguntar.
- **Sea atento.** *Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de los otros pacientes. También esperamos que usted actúe de tal forma que ayude al correcto funcionamiento del consultorio de su médico, los hospitales y otros consultorios.*
- **Pague lo que adeude.** *Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:*
  - Para ser elegible para nuestro plan, usted debe tener derecho a la Parte A y la Parte B de Medicare. Por ese motivo, algunos miembros del plan deben pagar una prima por la Parte A de Medicare y la mayoría de los miembros del plan deben pagar una prima por la Parte B de Medicare para continuar siendo miembros del plan.
  - Para la mayoría de sus servicios médicos cubiertos por el plan, debe pagar la parte que le corresponde del costo cuando recibe el servicio. Esta será un copago (un monto fijo) o un coseguro (un porcentaje del costo total). El Capítulo 4 le indica qué debe pagar usted por sus servicios médicos.
  - Si obtiene algún servicio médico que no esté cubierto por nuestro plan o por otro seguro que pueda tener, debe pagar el costo total.
    - Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar la cobertura de un servicio, puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 7 de este libro para obtener información sobre cómo presentar una apelación.
  - Si usted debe pagar una sanción por inscripción tardía, debe hacerlo para continuar siendo un miembro del plan.
  - **Infórmenos si se muda.** *Si usted va a mudarse, es importante que nos avise de inmediato. Llame a Servicios a los Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este libro).*
    - **Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no puede continuar siendo miembro de nuestro plan.** (En el Capítulo 1, se informa sobre nuestra área de servicio). Podemos ayudarlo a saber si se muda fuera de nuestra área de servicio. Si abandona nuestra área de servicio, podemos informarle si tenemos un plan en su nueva área.
    - **Si se muda dentro de nuestra área de servicio, aún así necesitamos saberlo** para poder mantener actualizado su registro de membresía y saber cómo comunicarnos con usted.
  - **Llame a Servicios a los Miembros para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes.** *También son bienvenidas las sugerencias que pueda tener para mejorar nuestro plan.*
    - Los números de teléfono y los horarios para llamar a Servicios a los Miembros se encuentran en la contraportada de este libro.
    - Para obtener más información sobre cómo contactarnos, incluyendo nuestro domicilio postal, consulte el Capítulo 2.

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

**ANTECEDENTES**

<b>SECCIÓN 1. Introducción .....</b>	<b>78</b>
Sección 1.1    Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud .....	78
Sección 1.2    ¿Qué sucede con los términos legales? .....	78
<b>SECCIÓN 2. Puede obtener ayuda de organizaciones gubernamentales que no estén relacionadas con nosotros .....</b>	<b>79</b>
Sección 2.1    Dónde obtener más información y asistencia personalizada .....	79
<b>SECCIÓN 3. ¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema? .....</b>	<b>79</b>
Sección 3.1    ¿Debe utilizar el proceso para las decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso para presentar quejas? .....	79

**DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES**

<b>SECCIÓN 4. Guía sobre los elementos fundamentales de las decisiones de cobertura y apelaciones .....</b>	<b>80</b>
Sección 4.1    Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: visión general .....	80
Sección 4.2    Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación .....	81
Sección 4.3    ¿Qué sección de este capítulo proporciona los detalles para <u>su</u> situación? .....	82

**SECCIÓN 5. Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación ..... 82**

- Sección 5.1 Esta sección brinda información sobre qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención médica ..... 83
- Sección 5.2 Instrucciones detalladas: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo solicitar a nuestro plan que autorice o proporcione la cobertura de atención médica que usted desea) ..... 84
- Sección 5.3 Instrucciones detalladas: Cómo presentar una apelación de nivel 1 (cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura de atención médica tomada por nuestro plan) ... 87
- Sección 5.4 Instrucciones detalladas: cómo presentar una apelación de Nivel 2 ..... 90
- Sección 5.5 ¿Qué sucede si nos solicita que le paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted ha recibido por atención médica? ..... 91

**SECCIÓN 6. Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización como paciente internado durante más tiempo si cree que el médico le está dando de alta demasiado pronto ..... 93**

- Sección 6.1 Durante su hospitalización como paciente internado, usted recibirá una notificación por escrito de Medicare que le informará sus derechos ..... 93
- Sección 6.2 Instrucciones detalladas: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para modificar su fecha de alta del hospital ..... 94
- Sección 6.3 Instrucciones detalladas: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para modificar su fecha de alta del hospital ..... 97
- Sección 6.4 ¿Qué sucede si usted no cumple con el plazo para presentar su apelación de Nivel 1? ..... 98

**SECCIÓN 7. Cómo solicitarnos la continuidad de la cobertura de ciertos servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto. .... 101**

- Sección 7.1 *Esta sección trata sobre tres servicios únicamente: Servicios de atención médica domiciliaria, de atención en un centro de enfermería especializada y de un Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) ..... 101*
- Sección 7.2 Le informaremos con anticipación cuándo finalizará su cobertura ..... 101
- Sección 7.3 Instrucciones detalladas: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención médica durante un período más prolongado ..... 102
- Sección 7.4 Instrucciones detalladas: Cómo presentar una apelación del Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención médica durante un período más prolongado ..... 104
- Sección 7.5 ¿Qué sucede si usted no cumple con el plazo para presentar su apelación de Nivel 1? ..... 105

**SECCIÓN 8. Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y a los niveles superiores ..... 108**

Sección 8.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para las apelaciones de servicio médico ..... 108

**PRESENTACIÓN DE QUEJAS**

**SECCIÓN 9. Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención médica, el tiempo de espera, el servicio de atención al cliente u otras cuestiones ..... 110**

Sección 9.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan mediante el proceso de quejas? ..... 110

Sección 9.2 El nombre formal para “presentación de una queja” es “presentación de una queja por agravio” ..... 112

Sección 9.3 Instrucciones detalladas: presentación de una queja ..... 112

Sección 9.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención médica a la Organización para la Mejora de la Calidad ..... 114

## ANTECEDENTES

### SECCIÓN 1. Introducción

#### Sección 1.1 Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud

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

- Para algunos tipos de problemas, necesita usar el **proceso para decisiones de cobertura y presentación de apelaciones**.
- Para otros tipos de problemas, necesita utilizar el **proceso para presentar quejas**.

Medicare ha aprobado ambos procesos. Para asegurar el manejo equitativo y oportuno de sus problemas, cada proceso tiene una serie de reglas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos cumplir.

¿Cuál debe utilizar? Eso depende del tipo de problema que tenga. La guía en la Sección 3 lo ayudará a identificar el proceso correcto que debe utilizar.

#### Sección 1.2 ¿Qué sucede con los términos legales?

Existen términos legales técnicos para algunas de estas reglas, procedimientos y tipos de plazos explicados en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de comprender.

Para simplificar, en este capítulo se explican reglas y procedimientos legales en palabras más simples en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo generalmente se dice “presentación de una queja” en lugar de decir “presentación de una queja por agravios”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización” o “determinación de cobertura”, y “Organización de Revisión Independiente” en lugar de “Entidad de Revisión Independiente”. También se utiliza la menor cantidad de abreviaturas posible.

Sin embargo, a usted puede resultarle útil (y algunas veces bastante importante) conocer los términos legales correctos de la situación en la que se encuentra. Conocer los términos lo ayudará a comunicarse de manera más clara y precisa para manejar su problema y para obtener la ayuda o la información correcta para su situación. Para ayudarlo a que conozca los términos que debe utilizar, incluimos términos legales cuando proporcionamos los detalles para manejar tipos específicos de situaciones.

---

**SECCIÓN 2. Puede obtener ayuda de organizaciones gubernamentales que no estén relacionadas con nosotros**

---

**Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada**

Algunas veces, puede ser confuso comenzar o seguir el proceso para tratar un problema. Esto puede ser especialmente cierto si no se siente bien o si tiene energía limitada. Otras veces, es posible que no tenga el conocimiento necesario para realizar el próximo paso.

**Obtener ayuda de una organización gubernamental independiente**

Siempre estamos disponibles para ayudarlo. Sin embargo, en algunas situaciones, es posible que usted también quiera recibir ayuda u orientación de alguien que no esté relacionado con nosotros. Siempre puede comunicarse con su **Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (SHIP)**. Este programa gubernamental ha capacitado a asesores en todos los estados. El programa no está relacionado con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a comprender el proceso que debe utilizar para tratar los problemas que tenga. También pueden responder sus preguntas, brindarle más información y ofrecerle asesoramiento sobre qué hacer.

Los servicios de los asesores del programa SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono en el Anexo A de esta *Evidencia de cobertura*.

**También puede obtener ayuda e información de Medicare**

Para obtener más información y ayuda para tratar un problema, también puede comunicarse con Medicare. Las siguientes son dos formas de obtener información directamente de Medicare:

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

---

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

---

**Sección 3.1 ¿Debe utilizar el proceso para las decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso para presentar quejas?**

Si tiene un problema o una inquietud, sólo necesita leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación. La siguiente guía lo ayudará.

Para averiguar la parte de este capítulo que lo ayudará con su problema o inquietud específicos, **COMIENCE AQUÍ**

### ¿Su problema o inquietud están relacionados con beneficios o cobertura?

(Esto incluye problemas para determinar si ciertos medicamentos recetados o atención médica están cubiertos o no, la forma en que están cubiertos y problemas relacionados con el pago de la atención médica o los medicamentos recetados.)

#### Sí.

Mi problema se relaciona con los beneficios o la cobertura.

Consulte la siguiente sección de este capítulo, **Sección 4, “Guía sobre los elementos fundamentales de las decisiones de cobertura y la presentación de apelaciones”**.

#### No.

Mi problema no trata sobre beneficios o cobertura.

Pase a la **Sección 9** al final de este capítulo: **“Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención médica, el tiempo de espera, el servicio de atención al cliente u otras inquietudes”**.

## DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

### SECCIÓN 4. Guía sobre los elementos fundamentales de las decisiones de cobertura y apelaciones

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

El proceso para las decisiones de cobertura y la presentación de apelaciones trata problemas relacionados con sus beneficios y cobertura para servicios médicos, incluyendo problemas relacionados con el pago. Este es el proceso que usted utiliza para problemas tales como si un medicamento está cubierto o no y la forma en que algo está cubierto.

#### Solicitud de decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y su cobertura, o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos. También se puede comunicar con nosotros y solicitarnos una decisión de cobertura si su médico no está seguro si cubriremos un servicio médico en particular, o si se niega a brindar atención médica que usted considera que necesita. Es decir, si desea saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura para usted.

Tomamos una decisión de cobertura en su caso cada vez que decidimos lo que se cubre para usted y cuánto pagamos. En algunos casos, podríamos decidir que un servicio no está cubierto o que Medicare ya no lo cubre para usted. Si usted no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

### **Cómo presentar una apelación**

Si tomamos una decisión de cobertura y usted no está conforme con esta decisión, puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado.

Cuando usted presenta una apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si cumplimos con todas las reglas correctamente. Su apelación es manejada por revisores diferentes de los que tomaron la decisión original desfavorable. Cuando hayamos completado la revisión, le daremos a conocer nuestra decisión.

Si rechazamos su apelación de Nivel 1 en forma total o parcial, usted puede solicitar una apelación de Nivel 2. La apelación de Nivel 2 la realiza una organización independiente que no está relacionada con nosotros. (En algunas situaciones, su caso será enviado automáticamente a la organización independiente para una apelación de Nivel 2. Si esto sucede, se lo informaremos. En otras situaciones, necesitará solicitarnos una apelación de Nivel 2). Si no está conforme con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda continuar por otros diferentes niveles de apelación.

<b>Sección 4.2</b>	<b>Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación</b>
--------------------	--

¿Le gustaría recibir ayuda? A continuación le presentamos los recursos que puede utilizar si decide solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Puede llamar a Servicios a los Miembros** (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este libro).
- **Para obtener ayuda gratuita de una organización** independiente que no esté relacionada con nuestro plan, comuníquese con su Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (consulte la Sección 2 de este capítulo).
- **Su médico u otro proveedor pueden presentar una solicitud en su nombre.** Su médico u otro proveedor puede solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de nivel 1 por usted. Para solicitar cualquier apelación después del nivel 1, su médico u otro proveedor deben ser designados como su representante.
- **Usted puede solicitar que una persona actúe en su nombre.** Si desea, puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su “representante” para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
  - Es posible que ya haya una persona autorizada legalmente para actuar como su representante conforme a la ley estatal.

- Si desea que un amigo, un pariente, su médico u otro proveedor, u otra persona sea su representante, llame a Servicios a los Miembros y solicite el formulario de “Designación de representante”. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en <http://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf>). El formulario autoriza a dicha persona a actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la otra persona que usted quiera que actúe en su nombre. Debe proporcionarnos una copia del formulario firmado.
- **Además, usted tiene derecho a contratar a un abogado para que actúe en su nombre.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados de su localidad u otro servicio de referencia. Además, existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si reúne los requisitos necesarios. Sin embargo, **no se le exige que contrate a un abogado** para solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o para apelar una decisión.

<b>Sección 4.3</b> <b>¿Qué sección de este capítulo proporciona los detalles para <u>su</u> situación?</b>
--

Existen tres (3) tipos diferentes de situaciones que implican decisiones de cobertura y apelaciones. Debido a que cada situación tiene diferentes reglas y plazos, proporcionamos los detalles para cada una en una sección separada:

- **Sección 5** de este capítulo: “Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- **Sección 6** de este capítulo: “Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización como paciente internado durante más tiempo si cree que el médico le está dando de alta demasiado pronto”
- **Sección 7** de este capítulo: “Cómo solicitarnos la continuidad de la cobertura de ciertos servicios médicos si considera que su cobertura finaliza demasiado pronto” (*Se aplica a estos servicios únicamente*: servicios de atención médica domiciliaria, de centro de enfermería especializada y de Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios [CORF])

Si no está seguro sobre qué sección debe utilizar, llame a Servicios a los Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este libro). Además, puede obtener ayuda o información a través de las organizaciones gubernamentales, como el Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (en el Capítulo 2, Sección 3, de este libro, encontrará los números de teléfono de este programa).

---

## **SECCIÓN 5.      Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación**

---



¿Ha leído la Sección 4 de este capítulo (*Una guía sobre “los elementos fundamentales” de las decisiones de cobertura y las apelaciones*)? Si no lo hizo, le recomendamos que la lea antes de comenzar esta sección.

<b>Sección 5.1</b>	<b>Esta sección brinda información sobre qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención médica</b>
--------------------	--

Esta sección trata sobre sus beneficios de atención y servicios médicos. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este libro: *Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)*. Para simplificar, generalmente nos referimos a “cobertura de atención médica” o a “atención médica” en el resto de esta sección, en lugar de repetir “atención o tratamiento o servicios médicos” cada vez.

Esta sección brinda información sobre lo que puede hacer si se encuentra en alguna de las siguientes cinco situaciones:

1. Usted no está recibiendo cierta atención médica que desea, y piensa que esta atención está cubierta por nuestro plan.
2. Nuestro plan no aprobará la atención médica que su médico u otro proveedor médico quiere brindarle, y usted cree que esta atención médica está cubierta por el plan.
3. Usted ha recibido atención o servicios médicos que cree que deben estar cubiertos por el plan, pero le hemos dicho que no pagaremos esta atención.
4. Usted ha recibido y pagado atención o servicios médicos que cree que deben estar cubiertos por el plan y desea solicitar a nuestro plan que le reembolse el costo de dicha atención médica.
5. A usted se le ha dicho que la cobertura por cierta atención médica que ha estado recibiendo que previamente aprobamos se verá reducida o interrumpida, y usted piensa que dicha reducción o interrupción podría afectar negativamente su salud.
  - **NOTA: Si la cobertura que se interrumpirá es para los servicios de atención hospitalaria, servicios de atención médica domiciliaria, servicios de atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF), es necesario que lea otra sección de este capítulo porque se aplican reglas especiales a estos tipos de atención. A continuación le explicamos lo que debe leer en esas situaciones:**
    - Capítulo 7, Sección 6: *Cómo solicitar una hospitalización más prolongada si cree que le solicitan que abandone el hospital demasiado pronto.*
    - Capítulo 7, Sección 7: *Cómo solicitarnos la continuidad de la cobertura de ciertos servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto.* Esta sección trata sobre tres servicios únicamente: servicios de atención médica domiciliaria, servicios de atención en un centro de enfermería especializada y servicios de un centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF).
  - Para *todas las otras* situaciones que implican haber sido informado que la atención médica que estuvo obteniendo se detendrá, utilice esta sección (Sección 5) como guía para saber qué debe hacer.

<b>¿En cuál de estas situaciones se encuentra?</b>	
<b>Si estuviera en esta situación:</b>	<b>Esto es lo que puede hacer:</b>
¿Desea saber si cubriremos la atención médica o los servicios que desea?	Puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. Consulte la sección siguiente de este capítulo, <b>Sección 5.2</b> .
¿Ya le informamos que no cubriremos ni pagaremos un servicio médico de la forma en la que usted desea que esté cubierto o pagado?	Puede presentar una <b>apelación</b> . (Esto significa que nos solicita que lo reconsideremos). Pase a la <b>Sección 5.3</b> de este capítulo.
¿Quiere solicitarnos que le reembolsemos por atención o servicios médicos que ya ha recibido y pagado?	Puede enviarnos la factura. Pase a la <b>Sección 5.5</b> de este capítulo.

**Sección 5.2 Instrucciones detalladas: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo solicitar a nuestro plan que autorice o proporcione la cobertura de atención médica que usted desea)**

**Términos legales** Cuando una decisión de cobertura involucra su atención médica, se denomina “**determinación de la organización**”.

**Paso 1:** Usted le solicita a nuestro plan que tome una decisión de cobertura sobre la atención médica que está solicitando. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitarnos una “**decisión rápida**”.

**Términos legales** Una “decisión rápida” se denomina “**determinación acelerada**”.

*Cómo solicitar cobertura para la atención médica que desea*

- Comience llamando, escribiendo o enviando un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o proporcionemos cobertura para la atención médica que desea. Usted, su médico o su representante pueden hacerlo.
- Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección 1.2, y busque la sección denominada *Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura sobre su atención médica*.

*En general, utilizamos los plazos estándar para comunicarle nuestra decisión*

Cuando le demos a conocer nuestra decisión, utilizaremos los plazos “estándar”, excepto cuando hayamos acordado utilizar los plazos “rápidos”. **Una decisión estándar significa que le daremos una respuesta en un plazo de 14 días** después de recibir su solicitud.

- **Sin embargo, podemos tomarnos hasta 14 días calendario más** si solicita más tiempo o si necesitamos información (tales como registros médicos) que pueda beneficiarlo. Si decidimos utilizar más días para tomar una decisión, se lo notificaremos por escrito.
- Si cree que *no* deberíamos tomarnos más días, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomarnos más días. Cuando presenta una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (El proceso para presentar una queja es diferente al proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluyendo las quejas rápidas, consulte la Sección 9 de este capítulo.)

*Si su salud lo necesita, pídanos que tomemos una “decisión rápida”*

- **Una decisión rápida significa que le responderemos dentro de las 72 horas.**
  - **Sin embargo, podemos tomarnos hasta 14 días calendario más** si descubrimos que falta información que pueda beneficiarlo, o si usted necesita tiempo para enviarnos información para la revisión. Si decidimos tomarnos más días, se lo notificaremos por escrito.
  - Si cree que *no* deberíamos tomarnos más días, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomarnos más días. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluyendo las quejas rápidas, consulte la Sección 9 de este capítulo.) Lo llamaremos tan pronto como tomemos una decisión.
- **Para obtener una decisión rápida, debe cumplir con dos requisitos:**
  - Puede obtener una decisión rápida *solo* si solicita cobertura de atención médica *que aún no ha recibido*. (No puede obtener una decisión rápida si su solicitud es sobre el pago de la atención médica que ya recibió.)
  - Puede obtener una decisión rápida *solo* si el uso de los plazos estándar podría *causar daños graves a su salud o perjudicar su capacidad para desempeñarse*.
- **Si su médico nos informa que su salud requiere una “decisión rápida”, automáticamente aceptaremos proporcionarle una decisión rápida.**
- Si solicita una decisión rápida por su cuenta, sin el respaldo de su médico, decidiremos si su salud requiere que le proporcionemos una decisión rápida.
  - Si decidimos que su afección médica no cumple con los requisitos para una decisión rápida, le enviaremos una carta informándole al respecto (y, en su lugar, utilizaremos los plazos estándar).
  - Esta carta le informará que automáticamente le proporcionaremos una decisión rápida si su médico solicita la misma.
  - Además, la carta le indicará cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión estándar en lugar de la decisión rápida que solicitó. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluyendo las quejas rápidas, consulte la Sección 9 de este capítulo.)

**Paso 2: consideramos su solicitud de cobertura de atención médica y le damos una respuesta.***Plazos para una decisión de cobertura “rápida”*

- En general, para una decisión rápida, le daremos una respuesta **en un plazo de 72 horas**.
  - Como se explicó anteriormente, podemos tomarnos hasta 14 días calendario más en ciertas circunstancias. Si decidimos utilizar más días para tomar una decisión, se lo notificaremos por escrito.
  - Si cree que *no* deberíamos tomarnos más días, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomarnos más días. Cuando presenta una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluyendo las quejas rápidas, consulte la Sección 9 de este capítulo.)
  - Si no le proporcionamos nuestra respuesta en 72 horas (o si existe un período extendido, al final de dicho período), usted tiene derecho a presentar una apelación. Más adelante, la Sección 5.3 informa cómo presentar una apelación.
- **Si nuestra respuesta es parcial o totalmente positiva con respecto a lo que solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura de atención médica que hemos acordado brindarle dentro de las 72 horas de haber recibido su solicitud. Si extendemos el período necesario para tomar nuestra decisión, proporcionaremos la cobertura al final de dicho período extendido.
- **Si nuestra respuesta es parcial o totalmente negativa con respecto a lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explique el motivo de nuestro rechazo.

*Plazos para una decisión de cobertura “estándar”*

- Generalmente, en el caso de una decisión estándar, le daremos una respuesta **en un plazo de 14 días de haber recibido su solicitud**.
  - Podemos tomarnos hasta 14 días calendario más (“un período extendido”) en ciertas circunstancias. Si decidimos utilizar más días para tomar una decisión, se lo notificaremos por escrito.
  - Si cree que *no* deberíamos tomarnos más días, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomarnos más días. Cuando presenta una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluyendo las quejas rápidas, consulte la Sección 9 de este capítulo.)
  - Si no le proporcionamos nuestra respuesta en 14 días (o si existe un período extendido, al final de dicho período), usted tiene derecho a presentar una apelación. Más adelante, la Sección 5.3 informa cómo presentar una apelación.
- **Si nuestra respuesta es parcial o totalmente positiva con respecto a lo que solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que hemos acordado brindarle dentro de los 14 días posteriores a la recepción de su solicitud. Si extendemos el período necesario para tomar nuestra decisión, proporcionaremos la cobertura al final de dicho período extendido.
- **Si nuestra respuesta es parcial o totalmente negativa con respecto a lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explique el motivo de nuestro rechazo.

**Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura de atención médica, usted decide si desea presentar una apelación.**

- Si decidimos no otorgar la cobertura, usted tiene derecho a presentar una apelación para solicitarnos que reconsideremos (y posiblemente cambiemos) esta decisión que hayamos tomado. Presentar una apelación significa intentar nuevamente obtener la cobertura de la atención médica que desea.
- Si decide presentar una apelación, significa que pasa al Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la Sección 5.3 a continuación).

<b>Sección 5.3</b>	<b>Instrucciones detalladas: Cómo presentar una apelación de nivel 1 (cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura de atención médica tomada por nuestro plan)</b>
--------------------	--

<b>Términos legales</b>	Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de atención médica se denomina una “reconsideración” del plan.
-------------------------	--

**Paso 1: usted se comunica con nosotros y presenta su apelación.** Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una “apelación rápida”.

*Qué debe hacer*

- **Para comenzar su apelación, usted, su médico o su representante deben comunicarse con nosotros.** Para obtener detalles de cómo contactarnos por cualquier motivo relacionado con su apelación, consulte el Capítulo 2, Sección 1.2, y busque la sección denominada *Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre su atención médica*.
- **Si usted solicita una apelación estándar, hágalo por escrito presentando una solicitud firmada.** También puede solicitar una apelación llamándonos al número de teléfono que figura en el Capítulo 2, Sección 1.2 (*Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación acerca de su atención médica*).
  - Si una persona que no sea su médico está presentando una apelación en su nombre, su apelación debe incluir un formulario de Designación de representante que autorice a esta persona a representarlo. (Para obtener el formulario, llame a Servicios a los Miembros y solicite el formulario de “Designación de representante”. También está disponible en el sitio web de Medicare en <http://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf>). Aunque podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos completar nuestra revisión hasta recibirlo. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días posteriores a la recepción de su solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación se enviará a la Organización de Revisión Independiente para su rechazo.
- **Si solicita una apelación rápida, hágalo por escrito o llámenos** al número de teléfono que figura en el Capítulo 2, Sección 1 (*Cómo comunicarse con nosotros cuando está presentando una apelación acerca de su atención médica*).

- **Usted debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 60 días calendario** desde la fecha que figura en la notificación por escrito que le enviamos para informarle sobre nuestra respuesta a su solicitud de decisión de cobertura. Si usted no cumple con los plazos y tiene una buena razón para ello, podemos darle un poco más de tiempo para que haga la apelación. Algunos ejemplos de buenas causas para no cumplir con los plazos pueden ser que usted haya tenido una enfermedad grave que impidió que usted se comunicara con nosotros, o que nosotros le hayamos proporcionado información incompleta o incorrecta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Usted puede solicitar una copia de la información referente a su decisión médica y agregar más información como respaldo de su apelación.**
  - Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de la información relacionada con su apelación. Estamos autorizados a cobrar un cargo por copiar y enviarle esta información.
  - Si lo desea, usted y su médico pueden brindarnos información adicional para respaldar su apelación.

*Si su salud lo requiere, solicite una “apelación rápida” (usted puede solicitarlo mediante un llamado telefónico).*

<b>Términos legales</b>	Una “apelación rápida” también se denomina “reconsideración acelerada”.
-------------------------	---

- Si usted está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de la atención médica que usted aún no recibió, usted o su médico necesitarán decidir si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos y procedimientos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión rápida”. Para solicitar una apelación rápida, siga las instrucciones que se indican para solicitar una decisión rápida. (Estas instrucciones se detallaron anteriormente en esta sección).
- Si su médico nos informa que su salud requiere de una "apelación rápida", le proporcionaremos una apelación rápida.

### **Paso 2: consideramos su apelación y le damos una respuesta.**

- Cuando revisamos su apelación, nuevamente observamos con cuidado toda la información sobre su solicitud de cobertura para atención médica. Verificamos si seguimos todas las reglas cuando dijimos que no a su solicitud.
- Recopilaremos más información si la necesitamos. Podemos comunicarnos con usted o su médico para obtener más información.

#### *Plazos para una apelación “rápida”*

- Cuando usamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación**. Le daremos una respuesta más rápidamente si así lo requiere su salud.

- Sin embargo, si usted solicita más tiempo o si debemos reunir más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario más**. Si decidimos utilizar más días para tomar una decisión, se lo notificaremos por escrito.
- Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas (o al final del período extendido, si nos tomamos días adicionales), debemos enviar su solicitud automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en donde será revisada por una organización independiente. Más adelante en esta sección, le informamos sobre esta organización y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es total o parcialmente positiva respecto de lo que usted solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que hemos aceptado proporcionarle en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es total o parcialmente negativa respecto a lo que solicitó**, le enviaremos un aviso de rechazo por escrito en el que se explique que hemos enviado su apelación automáticamente a la organización de revisión independiente para que se procese en el Nivel 2 de apelaciones.

#### *Plazos para una "apelación estándar"*

- Si usamos los plazos estándar, debemos darle una respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de recibir su apelación si su apelación es sobre la cobertura de servicios que todavía no ha recibido. Le daremos una respuesta más rápidamente si así lo requiere su salud.
  - Sin embargo, si nos solicita más tiempo o si debemos reunir más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales**.
  - Si cree que *no* deberíamos tomarnos más días, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomarnos más días. Cuando presenta una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluyendo las quejas rápidas, consulte la Sección 9 de este capítulo.)
  - O si no le damos una respuesta antes de transcurrido el plazo anterior (o al final del período extendido si nos tomamos días adicionales), debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en donde será revisada por una organización externa independiente. Más adelante en esta sección, le informamos sobre esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es total o parcialmente positiva respecto a lo que solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que hemos acordado brindarle dentro de los 30 días posteriores a la recepción de su apelación.
- **Si nuestra respuesta es total o parcialmente negativa respecto a lo que solicitó**, le enviaremos un aviso de rechazo por escrito en el que se explique que hemos enviado su apelación automáticamente a la organización de revisión independiente para que se procese en el Nivel 2 de apelaciones.

**Paso 3: Si nuestro plan rechaza su apelación en forma total o parcial, su caso será enviado automáticamente al próximo nivel del proceso de apelaciones.**

- Para asegurarse de que estamos cumpliendo todas las reglas cuando negamos su apelación, **estamos obligados a enviar su apelación a la "Organización de Revisión Independiente."** Cuando hacemos esto, quiere decir que su apelación irá al siguiente nivel del proceso de apelación, el que se llama Nivel 2.

#### Sección 5.4 Instrucciones detalladas: cómo presentar una apelación de Nivel 2

Si rechazamos su apelación de Nivel 1, su caso será enviado *automáticamente* al próximo nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su primera apelación. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe cambiarse.

<b>Términos legales</b>	El nombre formal de la "Organización de Revisión Independiente" es la "Entidad de Revisión Independiente". Llamada también la "IRE (Independent Review Entity)".
-------------------------	--

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

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente que es contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Es una compañía elegida por Medicare para desempeñarse como organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Enviaremos a esta organización la información de su apelación. Esta información se denomina "archivo del caso". **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia del archivo de su caso.** Estamos autorizados a cobrar un cargo por copiar y enviarle esta información.
- Usted tiene derecho a brindarle a la Organización de Revisión Independiente información adicional para respaldar su apelación.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

*Si obtuvo una apelación "rápida" en el nivel 1, también tendrá una **apelación "rápida"** en el nivel 2*

- Si obtuvo una apelación rápida a nuestro plan en el Nivel 1, recibirá automáticamente una apelación rápida en el Nivel 2. La organización de revisión debe proporcionarle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su apelación.
- Sin embargo, si la Organización de Revisión Independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, **puede tomarse hasta 14 días calendario más.**

*Si obtuvo una apelación "estándar" en el Nivel 1, también tendrá una **apelación "estándar"** en el Nivel 2*

- Si obtuvo una apelación estándar a nuestro plan en el Nivel 1, recibirá automáticamente una apelación estándar en el Nivel 2. La organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en el plazo de 30 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación.

- Sin embargo, si la Organización de Revisión Independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, **puede tomarse hasta 14 días calendario más.**

### **Paso 2: La organización de revisión independiente le da una respuesta.**

La organización de revisión independiente le informará su decisión por escrito y le explicará sus razones.

- **Si la organización de revisión acepta en forma total o parcial lo que usted solicitó,** debemos autorizar la cobertura de la atención médica en un plazo de 72 horas, o debemos proporcionar el servicio en un plazo de 14 días calendario posteriores a la fecha en que recibamos la decisión que tomó la organización de revisión.
- **Si esta organización rechaza en forma total o parcial su apelación,** esto significa que la organización está de acuerdo con nosotros en cuanto a que no se debe aprobar su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica. (Esto se denomina “confirmar la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”).
  - La notificación por escrito que obtiene de la Organización de Revisión Independiente le informará el valor en dólares que está en controversia para continuar con el proceso de apelaciones. Por ejemplo, para continuar y presentar otra apelación de Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura de atención médica que está solicitando debe cumplir con un determinado monto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación, lo que significa que la decisión del Nivel 2 es definitiva.

### **Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, usted decide si desea continuar con su apelación.**

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones posteriores al Nivel 2 (un total de cinco niveles de apelación).
- Si su apelación de Nivel 2 es rechazada y usted cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si desea continuar con el Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Los detalles de cómo hacer esto se encuentran en la notificación por escrito que recibió después de su apelación de Nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo trata la apelación de Nivel 3. La Sección 8 de este capítulo brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

<b>Sección 5.5</b> <b>¿Qué sucede si nos solicita que le paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted ha recibido por atención médica?</b>
--

Si desea solicitarnos que paguemos la atención médica, comience por leer el Capítulo 5 de este libro: *Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted ha recibido por servicios médicos*. El Capítulo 5 describe las situaciones en las que posiblemente usted necesite solicitar un reembolso o el pago de una factura que ha recibido de un proveedor. También se explica cómo enviarnos los documentos en los que se nos solicita que realicemos el pago.

## **Al solicitar un reembolso, le pide a nuestro plan que tome una decisión de cobertura**

Si nos envía los documentos en los que solicita un reembolso, usted nos está solicitando que tomemos una decisión de cobertura (para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte la Sección 4.1 de este capítulo). Para tomar esta decisión de cobertura, haremos las averiguaciones correspondientes para determinar si la atención médica que pagó es un servicio cubierto (consulte el Capítulo 4: *Cuadro de beneficios médicos: qué está cubierto y qué debe pagar*). Además, haremos las averiguaciones correspondientes para determinar si usted cumplió con todas las reglas para el uso de la cobertura de atención médica (estas reglas se detallan en el Capítulo 3 de este libro: *Cómo utilizar la cobertura del plan para sus servicios médicos*).

### **Aceptaremos o rechazaremos su solicitud**

- Si la atención médica que pagó está cubierta y usted cumplió con todas las reglas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo de su atención médica en un plazo de 60 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud. O bien, si no ha pagado los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor. Cuando enviamos el pago, es lo mismo que darle una respuesta *afirmativa* con respecto a su solicitud de decisión de cobertura).
- Si la atención médica *no* está cubierta o usted *no* cumplió con todas las reglas, no le enviaremos el pago. En cambio, le enviaremos una carta en la que le informaremos que no pagaremos los servicios y las razones por las cuales no lo hacemos. (Cuando rechazamos su solicitud de pago, es lo mismo que darle una respuesta *negativa* con respecto a su solicitud de decisión de cobertura).

### **¿Qué sucede si usted solicita el pago y nosotros nos negamos a pagar?**

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

**Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones que describimos en la Parte 5.3 de esta sección.** Consulte esta parte para ver las instrucciones detalladas. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación de reembolso, debemos proporcionarle nuestra respuesta dentro de los 60 días calendario posteriores a haber recibido su apelación. (Si nos solicita un reembolso por atención médica que ya ha recibido y pagado, usted no puede solicitar una apelación rápida).
- Si la organización de revisión independiente revierte nuestra decisión de rechazar el pago, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o a su proveedor dentro de un plazo de 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es positiva en cualquier etapa del proceso de apelaciones posterior al Nivel 2, debemos enviar el pago que solicitó a usted o al proveedor dentro de los 60 días calendario.

---

## **SECCIÓN 6.           Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización como paciente internado durante más tiempo si cree que el médico le está dando de alta demasiado pronto**

---

Cuando usted se interna en un hospital, usted tiene derecho a obtener todos sus servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre nuestra cobertura de su atención hospitalaria, incluyendo las limitaciones a esta cobertura, consulte el Capítulo 4 de este libro: *Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)*.

Durante su hospitalización, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararlo para el día en que le den el alta. Además, ayudarán a coordinar la atención que usted necesite después del alta.

- El día en que abandona el hospital se denomina “**fecha de alta**”. La cobertura de nuestro plan para su hospitalización finaliza en esa fecha.
- Cuando se haya decidido su fecha de alta, su médico o el personal del hospital se lo harán saber.
- Si considera que le están pidiendo que abandone el hospital demasiado pronto, puede solicitar una hospitalización más prolongada, y su solicitud será evaluada. Esta sección brinda información sobre cómo solicitarlo.

<b>Sección 6.1           Durante su hospitalización como paciente internado, usted recibirá una notificación por escrito de Medicare que le informará sus derechos</b>
--

Durante su hospitalización, usted recibirá una notificación por escrito denominada *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas que tienen Medicare reciben un ejemplar de esta notificación cuando ingresan en un hospital. Alguna persona del hospital (por ejemplo un asistente social o enfermero) es quien debe proporcionárselo dentro de los dos días posteriores a su admisión. Si no recibe la notificación, pregúntele a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios a los Miembros. 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.

1. **Lea esta notificación atentamente y haga preguntas si no la comprende.** Le brinda información sobre sus derechos como paciente del hospital, incluyendo los siguientes:
  - Su derecho a recibir los servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo solicite su médico. Esto incluye el derecho a conocer cuáles son estos servicios, quién los pagará y dónde los puede obtener.
  - Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización y saber quién la pagará.
  - Dónde informar sus inquietudes sobre la calidad de la atención hospitalaria.
  - Su derecho a apelar su decisión de alta si considera que le están dando de alta del hospital demasiado pronto.

**Términos legales**

La notificación por escrito de Medicare le informa sobre cómo puede “**solicitar una revisión inmediata**”. Solicitar una revisión inmediata es una forma legal y formal de pedir un retraso en su fecha de alta, de manera que cubriremos su atención hospitalaria durante un mayor tiempo. (La Sección 6.2 que está a continuación le informa cómo puede solicitar una revisión inmediata.)

**2. Usted debe firmar la notificación para indicar que la recibió y que comprende sus derechos.**

- Usted o alguien que actúe en su nombre debe firmar la notificación. (La Sección 4 de este capítulo brinda información sobre cómo puede proporcionar autorización por escrito para que una persona actúe como su representante.)
- El hecho de firmar la notificación *solo* indica que usted recibió la información sobre sus derechos. La notificación no proporciona su fecha de alta (su médico o el personal del hospital le informarán su fecha de alta). Al firmar la notificación, **usted no indica** que está de acuerdo con la fecha de alta.

**3. Conserve su ejemplar** de la notificación firmada para tener a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud sobre la calidad de la atención médica) si la necesita.

- Si usted firma la notificación con más de 2 días de anticipación a su fecha de alta, recibirá otro ejemplar antes de que programen su alta.
- Para examinar un ejemplar de esta notificación por adelantado, puede llamar a Servicios a los Miembros 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 lo puede ver en Internet en [http://www.cms.gov/BNI/12\\_HospitalDischargeAppealNotices.asp](http://www.cms.gov/BNI/12_HospitalDischargeAppealNotices.asp).

<b>Sección 6.2</b>	<b>Instrucciones detalladas: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para modificar su fecha de alta del hospital</b>
--------------------	---

Si desea solicitar que cubramos sus servicios hospitalarios durante un período más prolongado, necesitará utilizar el proceso de apelaciones para presentar su solicitud. Antes de comenzar, comprenda lo que necesita hacer y cuáles son los plazos.

- **Cumpla el proceso.** A continuación, se explica cada paso de los dos primeros niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de comprender y respetar los plazos que se aplican a lo que debe hacer.
- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios a los Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este libro). O bien, llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud, una organización gubernamental que proporciona asistencia personalizada. (Ver la sección 2 de este capítulo).

**Durante una apelación de nivel 1, la Organización para la Mejora de la Calidad revisa su apelación.** Realiza una verificación para determinar si su fecha de alta planificada es médicamente adecuada para usted.

**Paso 1:** Comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado y solicite una “revisión rápida” de su alta del hospital. Usted debe actuar rápidamente.

<b>Términos legales</b>	Una “revisión rápida” también se denomina “ <b>revisión inmediata</b> ”.
-------------------------	--

*¿Qué es una Organización para la Mejora de la Calidad?*

- Esta organización está formada por un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica pagados por el gobierno federal. Estos expertos no pertenecen a nuestro plan. Medicare le paga a esta organización para que controle y ayude a mejorar la calidad de la atención médica para las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta del hospital de las personas que tienen Medicare.

*¿Cómo puede comunicarse con esta organización?*

- La notificación por escrito que recibió (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) le indica cómo comunicarse con esta organización. (O bien, puede encontrar el nombre, domicilio y número de teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad correspondiente a su estado en el Capítulo 2, Sección 4, de este libro.)

*Actúe rápidamente:*

- Para presentar su apelación, debe comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad *antes* de abandonar el hospital y **antes de su fecha de alta planificada**. (Su “fecha de alta planificada” es la fecha que se ha establecido para que usted abandone el hospital).
  - Si usted cumple con este plazo, podrá permanecer en el hospital *después* de su fecha de alta *sin pagar* mientras espera obtener la decisión sobre su apelación de la Organización para la Mejora de la Calidad.
  - Si usted *no* cumple con este plazo y decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta planificada, *es posible que tenga que pagar todos los costos* correspondientes a la atención hospitalaria que reciba después de su fecha de alta planificada.
- Si usted no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad sobre su apelación, entonces usted puede presentar la apelación directamente a nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 6.4.

*Solicite una “revisión rápida”:*

- Debe solicitarle a la Organización para la Mejora de la Calidad una “**revisión rápida**” de su alta. Solicitar una “revisión rápida” significa que le pide a la organización que utilice los plazos “rápidos” para una apelación, en lugar de utilizar los plazos estándares.

**Términos  
legales**

Una “**revisión rápida**” también se denomina “**revisión inmediata**” o “**revisión acelerada**”.

**Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.***¿Qué sucede durante esta revisión?*

- Los profesionales de salud de la Organización para la Mejora de la Calidad (los llamaremos “los revisores” para abreviar) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que la cobertura de los servicios debería continuar. No es necesario que prepare algo por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores también observarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos proporcionado.
- Al mediodía del día siguiente al día que los revisores le informaron a nuestro plan de su apelación, usted también obtendrá una notificación por escrito que proporciona su fecha de alta planificada y explica los motivos por los cuales su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (médicamente adecuado) que usted sea dado de alta en esa fecha.

**Términos  
legales**

Esta explicación por escrito se llama la “**Notificación detallada de alta**” Para obtener un ejemplar de esta notificación, puede llamar a Servicios a los Miembros o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver un ejemplar de esta notificación en línea en la <http://www.cms.hhs.gov/BNI/>.

**Paso 3: La Organización para la Mejora de la Calidad le dará una respuesta con respecto a su apelación dentro del plazo de un día después de haber recopilado toda la información necesaria.***¿Qué sucede si la respuesta es positiva?*

- Si la organización de revisión aprueba su apelación, **debemos continuar proporcionando sus servicios hospitalarios cubiertos siempre que estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que continuar pagando su parte de los costos (tales como deducibles o copagos, si resultan aplicables). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos. (Consulte el Capítulo 4 de este libro.)

*¿Qué sucede si la respuesta es negativa?*

- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación, eso significa que su fecha de alta planificada es médicamente adecuada. Si esto sucede, **nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios finalizará** al mediodía del día *siguiente* al día en que la Organización para la Mejora de la Calidad le proporcione su respuesta a su apelación.

- Si la organización de revisión rechaza su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que tenga que pagar el costo** total de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior al que la Organización para la Mejora de la Calidad le da la respuesta a su apelación.

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

- Si la Organización para la Mejora de la Calidad ha rechazado su apelación y usted permanece en el hospital después de su fecha de alta planificada, entonces puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al “nivel 2” del proceso de apelaciones.

<b>Sección 6.3</b>	<b>Instrucciones detalladas: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para modificar su fecha de alta del hospital</b>
--------------------	---

Si la Organización para la Mejora de la Calidad ha rechazado su apelación y usted permanece en el hospital después de su fecha de alta planificada, entonces puede presentar una apelación de Nivel 2. Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para la Mejora de la Calidad que vuelva a revisar la decisión que tomaron sobre su primera apelación. Si rechazamos su apelación de Nivel 2, es posible que tenga que pagar el costo total de su internación después de su fecha de alta planificada.

Los siguientes son los pasos para el Nivel 2 del proceso de apelaciones:

**Paso 1:** Usted se comunica nuevamente con la Organización para la Mejora de la Calidad y le solicita que realice otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** contados a partir del día en que la Organización para la Mejora de la Calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solamente si permaneció en el hospital después de la fecha en la que finalizó la cobertura de su atención.

**Paso 2:** La Organización para la Mejora de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad observarán cuidadosamente una vez más toda la información relacionada con su apelación.

**Paso 3:** Dentro de un plazo de 14 días calendario, los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad tomarán una decisión sobre su apelación y se la informarán.

*Si la decisión que tomó la organización de revisión es positiva:*

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día siguiente a la fecha en que la Organización para la Mejora de la Calidad rechazó su primera apelación. **Debemos seguir proporcionando cobertura para su atención hospitalaria mientras sea médicamente necesaria.**
- Usted debe continuar pagando la parte que le corresponde de los costos, y es posible que se apliquen limitaciones en la cobertura.

*Si la decisión que tomó la organización de revisión es negativa:*

- Esto significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron con respecto a su apelación de Nivel 1 y no la modificarán. (Esto se denomina “confirmar la decisión”).
- La notificación que recibirá le informará por escrito lo que debe hacer si desea seguir con el proceso de revisión. Le proporcionará los detalles sobre cómo continuar con el próximo nivel de apelación, el cual está manejado por un juez.

**Paso 4:** Si la respuesta es negativa, usted deberá decidir si desea continuar con su apelación y pasar al Nivel 3.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones posteriores al Nivel 2 (un total de cinco niveles de apelación). Si la organización de revisión rechaza su apelación de Nivel 2, usted puede elegir aceptar dicha decisión o continuar con el Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, un juez revisa su apelación.
- La Sección 8 de este capítulo brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

<p><b>Sección 6.4</b>      ¿Qué sucede si usted no cumple con el plazo para presentar su apelación de Nivel 1?</p>
--

**En su reemplazo, usted puede apelar a nuestro plan**

Como se explicó anteriormente en la Sección 6.2, debe actuar rápidamente para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad a fin de iniciar su primera apelación sobre el alta del hospital. (“Rápido” significa antes que abandone el hospital y sin superar su fecha de alta planificada). Si usted no cumple con el plazo para contactarse con esta organización, existe otra forma de presentar su apelación.

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

**Instrucciones detalladas: Cómo presentar una *apelación* alternativa de nivel 1**

Si se le pasa el plazo para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad, puede presentar una apelación y pedir una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que utiliza los plazos rápidos en lugar de los plazos estándares.

<p><b>Términos legales</b></p>	<p>Una revisión “rápida” (o “apelación rápida”) también se denomina “<b>apelación acelerada</b>”.</p>
--------------------------------	---

**Paso 1:** Comuníquese con nosotros y solicite una “revisión rápida”.

- Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nuestro plan, consulte el Capítulo 2, Sección 1, y busque la sección denominada *Cómo comunicarse con nuestro plan cuando presenta una apelación sobre su atención médica.*
- **Asegúrese de solicitar una “revisión rápida”.** Esto significa que nos solicita que le demos una respuesta utilizando los plazos “rápidos” en lugar de los plazos “estándares”.

**Paso 2:** Realizamos una revisión “rápida” de su fecha de alta planificada y verificamos si era médicamente adecuada.

- Durante esta revisión, examinamos toda la información sobre su hospitalización. Realizamos una verificación para determinar si su fecha de alta planificada era médicamente adecuada. Realizaremos una verificación para determinar si la decisión sobre la fecha en la que debía abandonar el hospital era justa y si se cumplieron todas las reglas.
- En esta situación, utilizaremos los plazos “rápidos” en lugar de los plazos estándares para darle la respuesta acerca de esta revisión.

**Paso 3:** Le comunicamos nuestra decisión dentro de las 72 horas posteriores al momento en que usted solicita una “revisión rápida” (“apelación rápida”).

- **Si aceptamos proporcionarle una apelación rápida**, eso significa que hemos aceptado que usted todavía necesita quedarse en el hospital después de la fecha de alta y seguiremos proporcionando los servicios cubiertos siempre que sean médicamente necesarios. Esto también significa que hemos aceptado reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención médica que recibió desde la fecha en que le comunicamos que finalizaría su cobertura. (Usted debe pagar su parte de los costos, y es posible que se apliquen limitaciones en la cobertura).
- **Si rechazamos su apelación rápida**, eso significa que consideramos que la fecha de alta planificada era médicamente adecuada. Nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios finaliza a partir del día en que dijimos que finalizaría.
  - Si permaneció en el hospital *después* de su fecha de alta planificada, entonces **es posible que tenga que pagar el costo** total de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha de alta planificada.

**Paso 4:** Si rechazamos su apelación rápida, su caso será enviado *automáticamente* al próximo nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarse de que estamos cumpliendo todas las reglas cuando negamos su apelación rápida, **estamos obligados a enviar su apelación a la "Organización de arbitraje independiente."** Cuando hacemos esto, quiere decir que va a ir *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelación.

**Instrucciones detalladas: Cómo presentar una apelación *alternativa* de Nivel 2**

Si rechazamos su apelación de Nivel 1, su caso será enviado *automáticamente* al próximo nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su "primera apelación". Esta organización determina si la decisión que tomamos debe cambiarse.

<b>Términos legales</b>	El nombre formal de la "Organización de Revisión Independiente" es la " <b>Entidad de Revisión Independiente</b> ". Llamada también la " <b>IRE (Independent Review Entity)</b> ".
-------------------------	--

**Paso 1:** Enviaremos su caso *automáticamente* a la **Organización de Revisión Independiente**.

- Debemos enviar la información de la apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente en un plazo de 24 horas después de que le informemos que rechazamos su primera apelación. (Si usted considera que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar una queja. El proceso de quejas es diferente al proceso de apelaciones. La Sección 9 de este capítulo brinda información sobre cómo presentar una queja).

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

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente que es contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Es una compañía elegida por Medicare para desempeñarse como organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente observarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación de su alta del hospital.
- **Si esta organización *acepta* su apelación,** debemos reembolsarle (devolverle) nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde su fecha de alta planificada. Además, debemos continuar la cobertura del plan de sus servicios hospitalarios mientras sea médicamente necesario. Usted debe continuar pagando la parte que le corresponde de los costos. Si hay limitaciones en la cobertura, se podría limitar el monto que le reembolsaríamos o el tiempo que seguiríamos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación,** esto significa que la organización está de acuerdo con nosotros en que su fecha de alta del hospital planificada era médicamente adecuada.
  - La notificación que reciba de la Organización de Revisión Independiente le informará por escrito lo que puede hacer si desea seguir con el proceso de revisión. Le ofrecerá los detalles sobre cómo pasar al Nivel 3 de apelación, el cual está a cargo de un juez.

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

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones posteriores al Nivel 2 (un total de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, usted decide si acepta la decisión o pasa al Nivel 3 y presenta una tercera apelación.
- La Sección 8 de este capítulo brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

---

## **SECCIÓN 7.           Cómo solicitarnos la continuidad de la cobertura de ciertos servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto.**

---

<b>Sección 7.1</b>	<b><i>Esta sección trata sobre tres servicios <u>únicamente</u>: servicios de atención médica domiciliaria, servicios de atención en un centro de enfermería especializada y servicios de un centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF).</i></b>
--------------------	--

Esta sección trata *únicamente* sobre los siguientes tipos de atención:

- Los **servicios de atención médica domiciliaria** que recibe.
- La **atención de enfermería especializada** que recibe como paciente en un centro de enfermería especializada. (Para obtener información sobre los requisitos para que un establecimiento sea considerado “centro de enfermería especializada”, consulte el Capítulo 10, *Definiciones de palabras importantes*).
- La **atención de rehabilitación** que recibe como paciente ambulatorio en un Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) aprobado por Medicare. Generalmente, esto significa que obtiene tratamiento para una enfermedad o un accidente, o se está recuperando de una operación grave. (Para obtener más información sobre este tipo de centro, consulte el *Capítulo 10*, *Definiciones de palabras importantes*.)

Cuando recibe cualquiera de estos tipos de atención, usted tiene derecho a seguir recibiendo los servicios cubiertos para ese tipo de atención siempre que esta sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre sus servicios cubiertos, incluyendo su parte del costo y cualquier limitación a la cobertura que se pueda aplicar, consulte el Capítulo 4 de este libro: *Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)*.

Cuando decidimos que es momento de interrumpir la cobertura de cualquiera de estos tres tipos de atención médica para usted, debemos informárselo con anticipación. Cuando finaliza su cobertura para esa atención médica, *dejaremos de pagar la parte que le corresponde del costo de su atención*.

Si usted considera que estamos finalizando la cobertura de su atención médica demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión. Esta sección brinda información sobre cómo solicitar una apelación.**

<b>Sección 7.2</b>	<b>Le informaremos con anticipación cuándo finalizará su cobertura</b>
--------------------	--

1. **Usted recibe una notificación por escrito.** Al menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención médica, la agencia o el centro que le brinda la atención médica le entregará una notificación.
  - En la notificación por escrito se le informa la fecha en que dejaremos de cubrir su atención médica.
  - Además, en la notificación por escrito se le informa lo que puede hacer si desea solicitarle a nuestro plan que cambie esta decisión sobre cuándo finalizar su atención médica y que continúe cubriéndola por un período más prolongado.

**Términos legales**

Al informarle lo que puede hacer, la notificación por escrito le informa cómo puede solicitar una **“apelación de seguimiento rápido”**. Solicitar una apelación de seguimiento rápido es una forma legal y formal de solicitar un cambio a nuestra decisión de cobertura sobre cuándo detener su atención médica. (A continuación, la Sección 7.3 le informa cómo puede solicitar una apelación de seguimiento rápido).

**Términos legales**

La notificación escrita se llama la **"Notificación de no cubrimiento de Medicare"**. Para obtener un ejemplar de esta notificación, llame a Servicios a los Miembros o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver un ejemplar en Internet, en <http://www.cms.hhs.gov/BNI/>

**2. Usted debe firmar la notificación escrita para indicar que la recibió.**

- Usted o alguien que actúe en su nombre debe firmar la notificación. *(La Sección 4 brinda información sobre cómo puede proporcionar una autorización por escrito para que una persona actúe como su representante).*
- El hecho de firmar la notificación *sólo* indica que ha recibido la información sobre cuándo se interrumpirá su cobertura. **El hecho de firmarla no significa que está de acuerdo** con el plan en que es momento de dejar de recibir la atención médica.

**Sección 7.3**

**Instrucciones detalladas: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención médica durante un período más prolongado**

Si desea solicitarnos que cubramos su atención médica durante un período más prolongado, necesitará utilizar el proceso de apelaciones para realizar esta solicitud. Antes de comenzar, comprenda lo que necesita hacer y cuáles son los plazos.

- **Cumpla el proceso.** A continuación, se explica cada paso de los dos primeros niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de comprender y respetar los plazos que se aplican a lo que debe hacer. Además, existen plazos que nuestro plan debe respetar. (Si usted considera que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar una queja. La Sección 9 de este capítulo brinda información sobre cómo presentar una queja).

- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios a los Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este libro). O bien, llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud, una organización gubernamental que proporciona asistencia personalizada. (Ver la sección 2 de este capítulo).

**Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la Mejora de la Calidad revisa su apelación y decide si cambia la decisión tomada por nuestro plan.**

**Paso 1: Presente su apelación de Nivel 1: Comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado y solicite una revisión. Usted debe actuar rápidamente.**

*¿Qué es una Organización para la Mejora de la Calidad?*

- Esta organización está formada por un grupo de médicos y otros expertos de atención médica pagados por el gobierno federal. Estos expertos no pertenecen a nuestro plan. Verifican la calidad de la atención médica que reciben las personas con Medicare y revisan las decisiones del plan sobre cuándo es el momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica.

*¿Cómo puede comunicarse con esta organización?*

- La notificación escrita que recibió le informa cómo comunicarse con esta organización. (O bien, puede encontrar el nombre, domicilio y número de teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad correspondiente a su estado en el Capítulo 2, Sección 4, de este libro.)

*¿Qué debe solicitar?*

- Solicítele a esta organización que realice una revisión independiente para determinar si es médicamente adecuado que finalicemos la cobertura de sus servicios médicos.

*Su plazo para comunicarse con esta organización.*

- Debe comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad para iniciar su apelación *antes del mediodía del día siguiente al día que recibe la notificación por escrito que le informa cuándo dejaremos de cubrir su atención médica.*
- Si usted no cumple el plazo para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad sobre su apelación, usted podrá presentar la apelación directamente a nuestro plan en su reemplazo. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 7.5.

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

*¿Qué sucede durante esta revisión?*

- Los profesionales de salud de la Organización para la Mejora de la Calidad (los llamaremos “los revisores” para abreviar) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que la cobertura de los servicios debería continuar. No es necesario que prepare algo por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- La organización de revisión también observará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que nuestro plan le ha brindado.
- Hacia el final del día en que los revisores nos informen acerca de su apelación, usted también recibirá nuestra notificación por escrito informándole las razones por las que queremos finalizar la cobertura del plan para sus servicios.

<b>Términos legales</b>	Esta explicación de la notificación se denomina “Explicación detallada de no cobertura”.
-------------------------	--

**Paso 3:** En el plazo de un día completo después que tengan toda la información necesaria, los revisores le informarán sobre su decisión.

*¿Qué sucedería si los revisores aprueban su apelación?*

- Si los revisores *aceptan* su apelación, **debemos seguir proporcionando sus servicios cubiertos mientras sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que continuar pagando su parte de los costos (tales como deducibles o copagos, si resultan aplicables). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos. (Consulte el Capítulo 4 de este libro.)

*¿Qué sucedería si los revisores rechazan su apelación?*

- Si los revisores rechazan su apelación, **su cobertura finalizará en la fecha que le habíamos informado.** Dejaremos de pagar su parte de los costo de su cuidado.
- Si decide continuar obteniendo los servicios de atención médica domiciliaria, servicios de atención de un centro de enfermería especializada o servicios de un Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha de finalización de su cobertura, entonces **tendrá que pagar usted mismo el costo total** de esta atención.

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

- Esta primera apelación que presenta corresponde al “nivel 1” del proceso de apelaciones. Si los revisores *rechazan* su apelación de Nivel 1, y usted decide seguir recibiendo atención médica una vez finalizada la cobertura de la atención, usted puede presentar otra apelación.
- Presentar otra apelación significa que pasa al “nivel 2” del proceso de apelaciones.

<b>Sección 7.4</b>	<b>Instrucciones detalladas: Cómo presentar una apelación del Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención médica durante un período más prolongado</b>
--------------------	--

Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechazó su apelación y usted decide seguir recibiendo atención médica una vez finalizada la cobertura de la atención, usted puede presentar una apelación de Nivel 2. Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para la Mejora de la Calidad que vuelva a revisar la decisión que tomaron sobre su primera apelación. Si rechazamos su apelación de Nivel 2, es posible que tenga que pagar el costo total de su atención médica domiciliaria, de atención de centro de enfermería especializada o de Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en la que dijimos que finalizaría su cobertura.

Los siguientes son los pasos para el Nivel 2 del proceso de apelaciones:

**Paso 1: Usted se comunica nuevamente con la Organización para la Mejora de la Calidad y le solicita que realice otra revisión.**

- Debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días** a partir del día en que la Organización para la Mejora de la Calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solamente si continuó obteniendo atención médica luego de la fecha de finalización de su cobertura de atención médica.

**Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.**

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad observarán cuidadosamente una vez más toda la información relacionada con su apelación.

**Paso 3: Dentro de los 14 días, los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.**

*¿Qué sucedería si la organización de revisión aprueba su apelación?*

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención médica que recibió desde la fecha en la que le comunicamos la finalización su cobertura. **Debemos seguir proporcionando cobertura** para su atención mientras sea médicamente necesaria.
- Usted debe continuar pagando su parte de los costos, y es posible que se apliquen limitaciones en la cobertura.

*¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?*

- Esto significa que están de acuerdo con la decisión que tomamos sobre su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- La notificación que recibirá le informará por escrito lo que debe hacer si desea seguir con el proceso de revisión. Le proporcionará los detalles sobre cómo continuar con el próximo nivel de apelación, el cual está manejado por un juez.

**Paso 4: Si la respuesta es negativa, necesitará decidir si desea avanzar más con su apelación.**

- Existen tres niveles adicionales de apelación posteriores al Nivel 2, lo cual representa un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, usted puede elegir aceptar dicha decisión o continuar con el Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, un juez revisa su apelación.
- La Sección 8 de este capítulo brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

<b>Sección 7.5</b>	<b>¿Qué sucede si usted no cumple con el plazo para presentar su apelación de Nivel 1?</b>
--------------------	--

**En su reemplazo, usted puede apelar a nuestro plan**

Como se explicó anteriormente en la Sección 7.3, usted debe actuar rápidamente para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad a fin de iniciar su primera apelación (en un plazo de uno o dos días, como máximo). Si usted no cumple con el plazo para contactarse con esta organización, existe otra

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

### **Instrucciones detalladas: Cómo presentar una apelación alternativa de nivel 1**

Si se le pasa el plazo para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad, puede presentar una apelación y pedir una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que utiliza los plazos rápidos en lugar de los plazos estándares.

A continuación se detallan los pasos para una apelación alternativa de Nivel 1:

<b>Términos legales</b>	Una revisión “rápida” (o “apelación rápida”) también se denomina “apelación acelerada”.
-------------------------	---

#### **Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una “revisión rápida”.**

- Para obtener detalles sobre cómo contactarse con nosotros, consulte la Sección 1.2 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo comunicarse con nuestro plan cuando presenta una apelación sobre su atención médica.*
- **Asegúrese de solicitar una “revisión rápida”.** Esto significa que nos solicita que le demos una respuesta utilizando los plazos “rápidos” en lugar de los plazos “estándares”.

#### **Paso 2: Nosotros realizamos una revisión “rápida” de la decisión que tomamos sobre la finalización de la cobertura de sus servicios.**

- Durante esta revisión, examinamos nuevamente toda la información sobre su caso. Realizamos una verificación para determinar si cumplimos con todas las reglas cuando establecimos la fecha de finalización de la cobertura del plan para los servicios que recibía.
- Utilizaremos los plazos “rápidos” en lugar de los estándares para darle la respuesta acerca de esta revisión. (Por lo general, si presenta una apelación a nuestro plan y solicita una “revisión rápida”, podemos decidir si aceptamos o no su solicitud y si le damos una “respuesta rápida”. Sin embargo, en esta situación, las reglas requieren que le demos una respuesta rápida si usted así lo solicita).

#### **Paso 3: Le comunicamos nuestra decisión dentro de las 72 horas posteriores al momento en que usted solicita una “revisión rápida” (“apelación rápida”).**

- **Si aprobamos su apelación rápida,** significa que estamos de acuerdo con usted en que necesita servicios durante un período más prolongado y continuaremos proporcionando sus servicios cubiertos mientras sea médicamente necesario. Esto también significa que hemos aceptado reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención médica que recibió desde la fecha en que le comunicamos que finalizaría su cobertura. (Usted debe pagar su parte de los costos, y es posible que se apliquen limitaciones en la cobertura).
- **Si rechazamos su apelación rápida,** su cobertura finalizará en la fecha que le habíamos informado y no pagaremos los servicios recibidos después de dicha fecha. Dejaremos de pagar su parte de los costos de esta atención médica.

- Si continuó recibiendo los servicios de atención médica domiciliaria, servicios de atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que le comunicamos que finalizaría su cobertura, entonces **tendrá que pagar usted mismo el costo** total de esta atención.

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

- Para asegurarse de que estamos cumpliendo todas las reglas cuando negamos su apelación rápida, **estamos obligados a enviar su apelación a la "Organización de arbitraje independiente."** Cuando hacemos esto, quiere decir que va a ir *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelación.

### Instrucciones detalladas: Cómo presentar una apelación *alternativa* de Nivel 2

Si rechazamos su apelación de Nivel 1, su caso será enviado *automáticamente* al próximo nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su "primera apelación". Esta organización determina si la decisión que tomamos debe cambiarse.

<b>Términos legales</b>	El nombre formal de la "Organización de Revisión Independiente" es la " <b>Entidad de Revisión Independiente</b> ". Llamada también la " <b>IRE (Independent Review Entity)</b> ".
-------------------------	--

**Paso 1:** Enviaremos su caso *automáticamente* a la **Organización de Revisión Independiente**.

- Debemos enviar la información de la apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente en un plazo de 24 horas después de que le informemos que rechazamos su primera apelación. (Si usted considera que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar una queja. El proceso de quejas es diferente al proceso de apelaciones. La Sección 9 de este capítulo brinda información sobre cómo presentar una queja).

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

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente que es contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Es una compañía elegida por Medicare para desempeñarse como organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización *acepta* su apelación,** debemos reembolsarle (devolverle) nuestra parte de los costos de la atención médica que recibió desde la fecha en la que le comunicamos que finalizaría su cobertura. También debemos seguir proporcionando cobertura para su atención mientras sea médicamente necesaria. Usted debe continuar pagando la parte que le corresponde de los costos. Si hay limitaciones en la cobertura, se podría limitar el monto que le reembolsaríamos o el tiempo que seguiríamos cubriendo sus servicios.

- **Si esta organización rechaza su apelación**, eso significa que la organización está de acuerdo con la decisión que tomó nuestro plan sobre su primera apelación y no la modificará.
  - La notificación que reciba de la Organización de Revisión Independiente le informará por escrito lo que puede hacer si desea seguir con el proceso de revisión. Le proporcionará los detalles sobre cómo continuar con una apelación de Nivel 3.

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

- Existen tres niveles adicionales de apelación posteriores al Nivel 2, lo cual representa un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, usted puede elegir aceptar dicha decisión o continuar con el Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, un juez revisa su apelación.
- La Sección 8 de este capítulo brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

---

## **SECCIÓN 8.           Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y a los niveles superiores**

---

<b>Sección 8.1</b>	<b>Niveles de apelación 3, 4 y 5 para las apelaciones de servicio médico</b>
--------------------	--

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

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, la respuesta por escrito que recibe para su apelación de Nivel 2 explicará con quién comunicarse y qué hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que implican apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan prácticamente de la misma forma. A continuación, se presenta quién trata la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

<b>Apelación de Nivel 3</b>	Un juez que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta. Este juez se denomina “juez de derecho administrativo”.
-----------------------------	---

- **Si el juez de derecho administrativo aprueba su apelación, el proceso de apelaciones puede o no haber terminado.** Nosotros decidiremos si apelaremos esta decisión para que pase al nivel 4. A diferencia de una decisión de Nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que resulte favorable para usted.
  - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio en un plazo de 60 días después que se nos comunica la decisión del juez.

- Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con todos los documentos anexos. Podemos esperar la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proporcionar el servicio en disputa.
- **Si el juez de derecho administrativo rechaza su apelación, es posible que el proceso de apelación haya o no haya finalizado.**
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, finaliza el proceso de apelaciones.
  - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez de derecho administrativo rechaza su apelación, en la notificación que reciba se le informará qué hacer a continuación si elige seguir con su apelación.

<b>Apelación de Nivel 4</b>	El Consejo de Apelaciones de Medicare revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo de Apelaciones de Medicare trabaja para el gobierno federal.
-----------------------------	--

- **Si la respuesta es afirmativa o si el Consejo de Apelaciones de Medicare rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable de la apelación de nivel 3, el proceso de apelaciones puede o no haber terminado.** Nosotros decidiremos si apelaremos esta decisión para que pase al nivel 5. A diferencia de una decisión de Nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 que resulte favorable para usted.
  - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizarle o proporcionarle el servicio en un plazo de 60 días después que se nos comunica la decisión del Consejo de Apelaciones de Medicare.
  - Si decidimos apelar la decisión, le informaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo de Apelaciones de Medicare rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones puede o no haber terminado.**
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, finaliza el proceso de apelaciones.
  - Si no desea aceptar la decisión, podría continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo de Apelaciones de Medicare rechaza su apelación, en la notificación que obtenga se le informará si las normas le permiten continuar con la apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten continuar, en la notificación por escrito también se le informará a quién contactar y qué hacer a continuación si elige continuar con su apelación.

<b>Apelación de Nivel 5</b>	Un juez del <b>Tribunal Federal de Distrito</b> revisará su apelación.
-----------------------------	--

- Éste es el último paso del proceso de apelaciones administrativas.

---

## **SECCIÓN 9.           Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención médica, el tiempo de espera, el servicio de atención al cliente u otras cuestiones**

---



Si su problema se trata de decisiones relacionadas con beneficios, cobertura o pago, entonces esta sección *no es para usted*. En cambio, usted necesita utilizar el proceso para las decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 4 de este capítulo.

<b>Sección 9.1           ¿Qué tipos de problemas se tratan mediante el proceso de quejas?</b>
---

En esta sección, se explica cómo utilizar el proceso para presentar quejas. El proceso de quejas se utiliza para ciertos tipos de problemas *únicamente*. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención médica, el tiempo de espera y el servicio de atención al cliente que recibe. Los siguientes son ejemplos de los tipos de problemas que se tratan mediante el proceso de quejas.

**Si tiene alguno de estos tipos de problemas, puede “presentar una queja”**

**Calidad de su atención médica**

- ¿No está conforme con la calidad de la atención médica que ha recibido (incluso la atención médica en el hospital)?

**Respeto de su privacidad**

- ¿Considera que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información sobre usted que cree que debería ser confidencial?

**Falta de respeto, mal servicio de atención al cliente u otros comportamientos negativos**

- ¿Alguien ha sido grosero con usted o le faltó el respeto?
- ¿No está conforme con la manera en que lo ha tratado nuestro personal de Servicios a los Miembros?
- ¿Cree que ha sido alentado a abandonar el plan?

**Tiempo de espera**

- ¿Tiene problemas para obtener una cita o espera demasiado para obtenerla?
- ¿Le han hecho esperar demasiado los médicos u otros profesionales de la salud? O bien, ¿por nuestro personal de Servicios a los Miembros u otro personal del plan?
  - Los ejemplos incluyen esperar demasiado tiempo en el teléfono, en la sala de espera o en el consultorio médico.

**Limpieza**

- ¿No está conforme con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o el consultorio del médico?

**Información que obtiene de nosotros**

- ¿Cree que no le hemos proporcionado una notificación que tenemos la obligación de proporcionar?
- ¿Cree que la información impresa que le hemos proporcionado es difícil de comprender?

*En la siguiente página, se presentan más ejemplos de posibles motivos para presentar una queja*

**Posibles quejas**  
**(continuación)**

**Todos estos tipos de quejas están relacionados con *lo oportuno* de nuestras acciones en lo que respecta a las decisiones de cobertura y las apelaciones**

El proceso para solicitar una decisión de cobertura y presentar apelaciones se explica en las Secciones 4 a 8 de este capítulo. Si solicita una decisión o presenta una apelación, usted utiliza ese proceso, no el proceso de quejas.

Sin embargo, si ya ha solicitado una decisión de cobertura o ha presentado una apelación y cree que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, también puede presentar una queja sobre nuestra lentitud. A continuación, se presentan algunos ejemplos:

- Si nos ha solicitado una “respuesta rápida” para una decisión de cobertura o apelación y nuestra respuesta fue negativa, usted puede presentar una queja.
- Si considera que no estamos cumpliendo con los plazos para proporcionarle una decisión de cobertura o una respuesta a una apelación que presentó, puede presentar una queja.
- Cuando una decisión de cobertura que tomamos está sujeta a revisión y se nos informa que debemos cubrir o reembolsarle ciertos servicios médicos, se aplican determinados plazos. Si cree que no estamos cumpliendo con estos plazos, puede presentar una queja.
- Cuando no le comunicamos una decisión a tiempo, debemos remitir su caso a la Organización de Revisión Independiente. Si no lo hacemos dentro del plazo requerido, puede presentar una queja.

**Sección 9.2 El nombre formal para “presentación de una queja” es “presentación de una queja por agravio”**

**Términos legales**

- Lo que en esta sección se denomina “**queja**” también se denomina “**queja por agravios**”.
- Otro término para “**presentación de una queja**” es “**presentación de una queja por agravios**”.
- Otra forma de decir “**utilización del proceso de quejas**” es “**utilización del proceso para presentar quejas por agravios**”.

**Sección 9.3 Instrucciones detalladas: presentación de una queja**

**Paso 1: comuníquese con nosotros inmediatamente, ya sea telefónicamente o por escrito.**

- **Generalmente, el primer paso es llamar a Servicios a los Miembros.** Si hay algo más que necesita hacer, Servicios a los Miembros se lo informará. Puede contactarse con Servicios a los Miembros al (866) 568-8921. El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., en su zona horaria local, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al (877) 907-2986 (TTY). El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., en su zona horaria local, los 7 días de la semana.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no está conforme), puede presentarnos su queja por escrito.** Si presenta su queja por escrito, le responderemos su queja por escrito.

- **Quejas por agravio estándar**

Para usar nuestros procedimientos formales para responder a quejas por agravio, debe llamar a Servicio a Miembros para enviar su queja verbal por agravio o por escrito a nuestra dirección indicada en el Capítulo 2, Sección 1.

Le enviaremos una carta para notificarle que recibimos la queja por agravio. Una vez que recibamos su queja de agravio, investigaremos su queja. Posiblemente, nos comuniquemos con usted para obtener información adicional.

Una vez alcanzada una conclusión, lo notificaremos verbalmente o por escrito si su solicitud se recibe de forma escrita, si solicita una respuesta escrita o si su queja envuelve inquietudes sobre la calidad del cuidado. Usted debería recibir nuestra conclusión en un plazo de treinta (30) días calendario después de haber recibido su queja de agravio. Sin embargo, algunos casos requieren de más tiempo. En esos casos, le notificaremos que necesitamos catorce (14) días calendario adicionales para llegar a una conclusión.

- **Quejas por agravio aceleradas**

Puede presentar una queja por agravio acelerada oral o de forma escrita si no está de acuerdo con nuestra decisión de no realizar una determinación de organización o cobertura acelerada o una reconsideración/redeterminación acelerada. Si no está de acuerdo con la decisión de una queja por agravio acelerada si no está de acuerdo con la determinación del plan de solicitar una extensión de catorce (14) días calendario para tomar una decisión sobre una determinación de la organización, determinación de cobertura o reconsideración. Debe solicitar una queja de agravio acelerada contactando a Servicios a los Miembros al (866) 568-8921.. Cuando la queja de agravio acelerada se solicita, debemos darle una respuesta dentro de las siguiente 24 horas.

- **Sin considerar si usted llama o escribe, debe comunicarse con Servicios a los Miembros de inmediato.** La queja se debe presentar en un plazo de 60 días calendario a partir de la fecha en que tuvo el problema sobre el cual desea quejarse.

- **Si está presentando una queja porque rechazamos su solicitud para una “respuesta rápida” para una decisión de cobertura o apelación, automáticamente le proporcionaremos una queja “rápida”.** Si tiene una queja “rápida”, significa que le proporcionaremos una respuesta dentro de las 24 horas.

<b>Terminos legales</b>	Lo que en esta sección se denomina “queja rápida”, también se denomina “queja por agravios acelerada”.
-----------------------------	--

**Paso 2: investigamos su queja y le proporcionamos nuestra respuesta.**

- **Si es posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama por una queja, es posible que podamos brindarle una respuesta durante la misma llamada telefónica. Si su estado de salud requiere que respondamos rápido, eso haremos.
- **La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y el retraso es para su propio beneficio, o si usted solicita más tiempo, podemos tomarnos hasta 14 días más (un total de 44 días calendario) para responder su queja.
- **Si no estamos de acuerdo** con una parte o la totalidad de su queja, o no asumimos la responsabilidad por el problema del cual se está quejando, se lo informaremos. Nuestra respuesta incluirá los motivos de tal decisión. Debemos responder, estemos o no de acuerdo con la queja.

<b>Sección 9.4</b>	<b>También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención médica a la Organización para la Mejora de la Calidad</b>
--------------------	---

Puede presentar su queja sobre la calidad de la atención médica que recibió ante nuestro plan utilizando el proceso detallado que se explicó anteriormente.

Cuando su queja se trata de la *calidad de la atención médica*, usted también cuenta con dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja ante la Organización para la Mejora de la Calidad.** Si prefiere, puede presentar su queja sobre la calidad de la atención médica que recibió directamente a esta organización (*sin* presentarnos la queja a nosotros).
  - La Organización para la Mejora de la Calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a quienes el gobierno federal les paga para comprobar y mejorar la atención médica proporcionada a los pacientes de Medicare.
  - Para encontrar el nombre, domicilio y número de teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado, consulte el Capítulo 2, Sección 4, de este libro. Si presenta una queja ante esta organización, trabajaremos conjuntamente con ella para resolver su queja.
- **También puede presentar su queja a ambos al mismo tiempo.** Si desea, puede presentarnos su queja sobre la calidad de la atención médica y también a la Organización para la Mejora de la Calidad.

## **Capítulo 8. Cómo finalizar su membresía en el plan**

<b>SECCIÓN 1. Introducción .....</b>	<b>116</b>
Sección 1.1 Este capítulo se ocupa de la finalización de su membresía en nuestro plan .....	116
<b>SECCIÓN 2. ¿Cuándo puede usted finalizar su membresía en nuestro plan? .....</b>	<b>116</b>
Sección 2.1 Puede finalizar su membresía durante el Período de inscripción anual. ....	116
Sección 2.2 Usted puede finalizar su membresía durante el Período anual de desafiliación de Medicare Advantage, pero sus opciones son más limitadas .....	117
Sección 2.3 En ciertas situaciones, usted puede finalizar su membresía durante un Período de inscripción especial .....	118
Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía? .....	118
<b>SECCIÓN 3. ¿Cómo finaliza su membresía en nuestro plan? .....</b>	<b>119</b>
Sección 3.1 Por lo general, usted finaliza su membresía al inscribirse en otro plan .....	119
<b>SECCIÓN 4. Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos a través de nuestro plan .....</b>	<b>121</b>
Sección 4.1 Hasta que finalice su membresía, usted sigue siendo miembro de nuestro plan .....	121
<b>SECCIÓN 5. Nuestro plan debe finalizar su membresía en el plan en determinadas situaciones .....</b>	<b>121</b>
Sección 5.1 ¿Cuándo debemos finalizar su membresía en el plan? .....	121
Sección 5.2 No <u>podemos</u> pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud .....	122
Sección 5.3 Usted tiene derecho a presentar una queja si finalizamos su membresía en nuestro plan .....	122

---

## SECCIÓN 1. Introducción

---

<b>Sección 1.1</b>	<b>Este capítulo se ocupa de la finalización de su membresía en nuestro plan</b>
--------------------	--

Finalizar su membresía en nuestro plan puede ser **voluntario** (su propia elección) o **involuntario** (no su propia elección):

- Podría abandonar nuestro plan porque ha decidido que *desea* hacerlo.
  - Existen solo ciertas épocas del año, o ciertas situaciones, en las que usted puede finalizar voluntariamente su membresía en el plan. La Sección 2 le brinda información sobre *cuándo* puede finalizar su membresía en el plan.
  - El proceso para finalizar voluntariamente su membresía varía dependiendo del tipo de cobertura nueva que está eligiendo. La Sección 3 le informa *cómo* finalizar su membresía en cada situación.
- Además, existen situaciones limitadas en las que usted no elige abandonar, sino que es necesario que demos por finalizada su membresía. La Sección 5 informa sobre las situaciones en las cuales nosotros debemos finalizar su membresía.

Si abandona nuestro plan, debe seguir recibiendo su atención médica a través de nuestro plan hasta que finalice su membresía.

---

## SECCIÓN 2. ¿Cuándo puede usted finalizar su membresía en nuestro plan?

---

Usted puede finalizar su membresía en nuestro plan solo durante ciertas épocas del año, conocidas como períodos de inscripción. Todos los miembros tienen la oportunidad de abandonar el plan durante el Período de inscripción anual y durante el Período anual de desafiliación de Medicare Advantage. En ciertas situaciones, usted también puede ser cumplir con los requisitos para abandonar el plan en otros momentos del año.

<b>Sección 2.1</b>	<b>Puede finalizar su membresía durante el Período de inscripción anual.</b>
--------------------	--

Usted puede finalizar su membresía durante el **Período de inscripción anual** (también denominado “Período de elección coordinada anual”). En este período, usted debe revisar su cobertura de salud y tomar una decisión sobre su cobertura para el próximo año.

- **¿Cuándo es el Período de inscripción anual?** Esto sucede entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de 2011.
- **¿A qué tipo de plan puede cambiarse durante el Período de inscripción anual?** Durante este período, puede revisar su cobertura de salud. Puede optar por mantener su cobertura actual o realizarle cambios para el próximo año. Si decide cambiarse a un plan nuevo, puede seleccionar cualquiera de los siguientes tipos de planes:

- Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra los medicamentos recetados o uno que no los cubra).
- 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.
- **¿Qué necesita hacer para cambiar de planes?**
  - Si desea cambiarse a Original Medicare: Debe solicitar ser dado de baja de nuestro plan. Para obtener más información sobre cómo solicitar la baja, comuníquese con Servicios a los Miembros. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para solicitar la baja de nuestro plan. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
  - Si actualmente se encuentra inscrito en un plan de medicamentos recetados de Medicare:
    - Abandonar nuestro plan no afectará su inscripción en su plan de medicamentos.
    - Si desea inscribirse en un nuevo plan de medicamentos, debe solicitar la inscripción en el nuevo plan de medicamentos de su elección. Si se cambia a un plan de medicamentos recetados de Medicare *no* se le dará de baja automáticamente de nuestro plan.
  - Si no tiene cobertura de medicamentos recetados de Medicare con otro plan, puede inscribirse en otro plan de salud de Medicare que no ofrezca cobertura de medicamentos o puede cambiarse a Original Medicare.
- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Su membresía finalizará cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

<b>Sección 2.2</b>	<b>Usted puede finalizar su membresía durante el Período anual de desafiliación de Medicare Advantage, pero sus opciones son más limitadas</b>
--------------------	--

Usted tiene la oportunidad de realizar *un* cambio a su cobertura médica durante el Período anual **de desafiliación de Medicare Advantage**.

- **¿Cuándo es el Período anual de desafiliación de Medicare Advantage?** Esto sucede todos los años desde el 1 de enero hasta el 14 de febrero.
- **¿A qué tipo de plan puede cambiarse durante el Período anual de desafiliación de Medicare Advantage?** Durante este tiempo, usted puede cancelar su inscripción en el plan Medicare Advantage y cambiarse a Original Medicare. Si está inscrito en un plan de medicamentos recetados de Medicare, no puede cancelar esa cobertura cuando se cambia a Original Medicare.
- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Su membresía finalizará el primer día del mes posterior al mes en que recibamos su solicitud de cambio a Original Medicare.

### **Sección 2.3      En ciertas situaciones, usted puede finalizar su membresía durante un Período de inscripción especial**

En ciertas situaciones, los miembros de nuestro plan pueden ser elegibles para finalizar su membresía en otros períodos del año. Esto se conoce como **Período de inscripción especial**.

- **¿Quién es elegible para un Período de inscripción especial?** Si alguna de las siguientes situaciones aplica en su caso, usted puede finalizar su membresía durante un Período de inscripción especial. Estos son solo ejemplos; si desea obtener la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (<http://www.medicare.gov>):
  - Generalmente, cuando se haya mudado.
  - Si tiene Medicaid.
  - Si violamos nuestro contrato con usted.
  - Si obtiene atención médica en una institución, como una residencia de ancianos o un hospital de cuidados a largo plazo.
  - Si se inscribe en el plan Personas de la Tercera Edad (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).
- **¿Cuándo son los Períodos de inscripción especial?** Los períodos de inscripción varían según su situación.
- **¿Qué puede hacer?** Para averiguar si usted puede acceder a un Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si usted puede finalizar su membresía debido a una situación especial, puede optar por cambiar su cobertura médica de Medicare y su cobertura de medicamentos recetados. Esto significa que puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
  - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra los medicamentos recetados o uno que no los cubra).
  - 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.
- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Generalmente, su membresía finalizará el primer día del mes posterior al mes en el que recibamos su solicitud de cambio de su plan.

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

Si tiene preguntas o quiere obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía:

- Puede **llamar a Servicios a los Miembros** (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este libro).
- Puede encontrar la información en el manual *Medicare y usted* 2012.

- Todas las personas con Medicare reciben un ejemplar del *manual Medicare y usted* cada otoño. Los nuevos usuarios de Medicare lo reciben dentro del mes siguiente a la fecha de su inscripción.
- También puede descargar un ejemplar desde el sitio web de Medicare (<http://www.medicare.gov>). O bien, puede solicitar un ejemplar impreso llamando a Medicare al número que aparece a continuación.
- Puede comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

---

## **SECCIÓN 3.            ¿Cómo finaliza su membresía en nuestro plan?**

---

<b>Sección 3.1            Por lo general, usted finaliza su membresía al inscribirse en otro plan</b>
---

Generalmente, para finalizar su membresía en nuestro plan, usted simplemente se inscribe en otro plan de Medicare durante uno de los períodos de inscripción (consulte la Sección 2 para obtener información sobre los períodos de inscripción). Sin embargo, si desea cambiarse de nuestro plan a Original Medicare, debe solicitar que le den de baja de nuestro plan. Existen dos formas en las que puede solicitar que le den de baja:

- Puede hacernos una solicitud por escrito. (Comuníquese con Servicios a los Miembros si necesita más información sobre cómo hacerlo).
- *O bien*, puede comunicarse con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

En la siguiente tabla, se explica cómo debe finalizar su membresía en nuestro plan.

Si quisiera cambiarse de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Otro plan de salud de Medicare Advantage.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. Automáticamente se dará de baja su membresía en nuestro plan cuando comience la cobertura de su nuevo plan.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Original Medicare <i>con</i> un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Envíenos una solicitud escrita para darle de baja.</b> Comuníquese con Servicios a los Miembros si necesita más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este libro).</li> <li>• Además, puede comunicarse con <b>Medicare</b> al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar que se dé de baja su membresía. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</li> <li>• Se le desafiliará de nuestro plan cuando comience su cobertura en Original Medicare.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Original Medicare <i>sin</i> un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado. <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ <b>Nota:</b> Si da de baja su membresía en un plan de medicamentos recetados de Medicare y queda sin cobertura de medicamentos recetados acreditable, es posible que deba pagar una sanción por inscripción tardía si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare posteriormente. Consulte el Capítulo 6, Sección 10, para obtener más información sobre la sanción por inscripción tardía.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Comuníquese con Servicios a los Miembros y solicite darse de baja del plan (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este libro).</b></li> <li>• Además, puede comunicarse con <b>Medicare</b> al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar que se dé de baja su membresía. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</li> <li>• Se le desafiliará de nuestro plan cuando comience su cobertura en Original Medicare.</li> </ul>

---

## **SECCIÓN 4. Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos a través de nuestro plan**

---

<b>Sección 4.1 Hasta que finalice su membresía, usted sigue siendo miembro de nuestro plan</b>
--

Si deja nuestro plan, es posible que tarde un tiempo antes de que finalice su membresía y entre en vigencia su nueva cobertura de Medicare. (Consulte la Sección 2 para obtener información sobre cuándo comienza su nueva cobertura). Durante este período, debe continuar obteniendo su atención médica a través de nuestro plan.

- **Si es hospitalizado el día en que finaliza su membresía, por lo general, la hospitalización estará cubierta por nuestro plan hasta que lo desafilien** (incluso si le dan de alta luego del comienzo de su nueva cobertura de salud).

---

## **SECCIÓN 5. Nuestro plan debe finalizar su membresía en el plan en determinadas situaciones**

---

<b>Sección 5.1 ¿Cuándo debemos finalizar su membresía en el plan?</b>
---

**Nuestro plan debe finalizar su membresía en el plan si sucede algo de lo siguiente:**

- Si usted no permanece inscrito de manera ininterrumpida en la Parte A y en la Parte B de Medicare.
  - Si se muda fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
  - Si se muda o realiza un viaje largo, necesita llamar a Servicios a los Miembros para averiguar si el lugar al que se muda o viaja se encuentra en el área de nuestro plan.
- Si es encarcelado (enviado a prisión).
- Si miente o no revela información sobre otro seguro que tenga con cobertura de medicamentos recetados.
- Si nos proporciona información incorrecta intencionalmente cuando se inscribe en nuestro plan y dicha información afecta su elegibilidad para acceder a nuestro plan.
- Si se comporta continuamente en forma perjudicial y nos dificulta proporcionarle atención médica para usted y otros miembros de nuestro plan.
  - No podemos hacer que abandone nuestro plan por este motivo, excepto que antes obtengamos permiso de Medicare.
- Si permite que otra persona utilice su tarjeta de membresía para obtener atención médica.
  - Si finalizamos su membresía debido a este motivo, Medicare puede hacer que el Inspector General investigue su caso.

### ¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene preguntas o quisiera obtener más información sobre cuándo podemos finalizar su membresía:

- Puede llamar a Servicios a los Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este libro).

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

### ¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si siente que le están pidiendo que abandone nuestro plan debido a un motivo relacionado con la salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

<b>Sección 5.3</b>	<b>Usted tiene derecho a presentar una queja si finalizamos su membresía en nuestro plan</b>
--------------------	--

Si finalizamos su membresía en nuestro plan, debemos informarle por escrito nuestros motivos para finalizar su membresía. Además, debemos explicarle cómo puede presentar una queja sobre nuestra decisión de finalizar su membresía. También puede consultar el Capítulo 7, Sección 9, para obtener información sobre cómo presentar una queja.

**Capítulo 9. Avisos legales**

<b>SECCIÓN 1. Aviso sobre leyes aplicables .....</b>	<b>124</b>
<b>SECCIÓN 2. Aviso sobre no discriminación .....</b>	<b>124</b>

---

## **SECCIÓN 1.           Aviso sobre leyes aplicables**

---

Muchas leyes se aplican a esta *Evidencia de cobertura*, y es posible que algunas disposiciones adicionales se apliquen porque lo requiere la ley. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no se incluyen o explican en este documento. La ley principal que se aplica a este documento es el Título XVIII de la Ley de seguro social y las reglamentaciones creadas conforme a esta ley por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Además, se pueden aplicar otras leyes federales y, bajo ciertas circunstancias, las leyes del estado en donde usted vive.

---

## **SECCIÓN 2.           Aviso sobre no discriminación**

---

No discriminamos en función de la raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo, edad ni nacionalidad de una persona. Todas las organizaciones que proporcionan Planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluyendo el Título VI de la Ley de derechos civiles de 1964, la Ley de rehabilitación de 1973, la Ley de discriminación por edad de 1975, la Ley de estadounidenses con discapacidades y cualquier otra ley que se aplique a las organizaciones que reciben fondos federales, y cualquier otra ley y reglamento que se aplique por cualquier otro motivo.

## **Capítulo 10. Definiciones de palabras importantes**

**Centro de cirugía ambulatoria:** un centro de cirugía ambulatoria es una entidad que opera exclusivamente para el fin de prestar servicios quirúrgicos para pacientes ambulatorios que no requieren hospitalización, y cuya permanencia esperada en el centro no supera las 24 horas.

**Período de inscripción anual:** un período establecido cada otoño cuando los miembros pueden cambiar planes de salud o medicamentos a Original Medicare. El Período de inscripción anual es del 15 de octubre al 7 de diciembre de 2011.

**Apelación:** es lo que usted hace si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar una solicitud de cobertura de servicios de atención médica o medicamentos recetados, o el pago de servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión para detener los servicios que está recibiendo. Por ejemplo, puede solicitar una apelación si no pagamos un medicamento, artículo o servicio que cree que debería poder recibir. El Capítulo 7 explica las apelaciones, incluyendo el proceso para presentar una apelación.

**Facturación del saldo:** una situación en que un proveedor, como un médico u hospital, factura a los pacientes hasta un 15% más que la cantidad de pago del plan por los servicios. El monto de “facturación del saldo” se cobra además del monto de participación en los costos del plan regular del paciente. Nuestro plan no permite a los proveedores que prestan servicios cubiertos por el plan que facturen el saldo a los miembros de nuestro plan. Consulte el Capítulo 4, Sección 1.6, para obtener más información sobre la facturación de saldo.

**Periodo de beneficio** La forma en la que nuestro plan y Original Medicare miden su uso de Cuidado intensivo de larga duración (Long Term Acute Care, (LTAC) y los servicios de facilidades con enfermería especializada (Skill Nursing Facility, (SNF). Un periodo de beneficio comienza el día en el que ingresó al cuidado intensivo de larga duración (LTAC) o en la facilidad de enfermería especializada (SNF). El período de beneficio finaliza cuando transcurren 60 días consecutivos de no recibir atención hospitalaria para pacientes internados (o atención médica especializada en una SNF). Si ingresa en un LTAC o en un centro de enfermería especializada después de finalizado un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. La cantidad de períodos de beneficios es ilimitada.

**Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS):** la agencia federal que administra Medicare. En el Capítulo 2 se explica cómo comunicarse con CMS.

**Coseguro:** monto que se le puede solicitar que pague como su parte de los costos por los servicios después de pagar cualquier deducible. Generalmente, el coseguro es un porcentaje (por ejemplo, 20%).

**Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF):** centro que principalmente brinda servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión y proporciona diversos servicios, incluyendo terapia física, servicios psicológicos o sociales, terapia respiratoria, terapia ocupacional, servicios de patología del habla y del lenguaje, y servicios de evaluación de entorno en el hogar.

**Copago:** monto que se le puede requerir que pague como su parte del costo para un suministro o servicio médico, como una visita al médico, visita al hospital de pacientes ambulatorios o un medicamento recetado.

Generalmente, un copago es un monto fijo en lugar de un porcentaje. Por ejemplo, usted podría pagar \$10 o \$20 por una visita al médico o un medicamento recetado.

**Participación en los costos:** hace referencia a los montos que un miembro tiene que pagar cuando se reciben los servicios. (Esto es un agregado a la prima mensual del plan). La participación en los costos incluye toda combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier monto deducible que puede imponer un plan antes que se cubran los servicios; (2) cualquier monto de “copago” fijo que un plan requiere cuando se recibe un servicio específico; o (3) cualquier monto de “coseguro”, un porcentaje del monto total pagado por un servicio, que un plan requiere cuando se recibe un servicio específico.

**Determinación de cobertura:** una decisión sobre si un medicamento recetado para usted está cubierto por el plan y el monto, si corresponde, que usted debe pagar por el medicamento recetado. En general, si lleva su receta a una farmacia y ésta le informa que la receta no está cubierta por el plan, eso no es una determinación de cobertura. Necesita llamar o escribir a su plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. Las determinaciones de cobertura se denominan “decisiones de cobertura” en este libro. En el Capítulo 9 se explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

**Servicios cubiertos:** el término general que utilizamos para hacer referencia a todos los servicios y suministros de atención médica que están cubiertos por nuestro plan.

**Cobertura de medicamentos recetados acreditable:** cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare. Las personas que cuentan con este tipo de cobertura generalmente pueden mantenerla sin pagar una sanción cuando son elegibles para acceder a Medicare, siempre que decidan inscribirse en una cobertura de medicamentos recetados de Medicare con posterioridad.

**Atención de custodia:** es la atención personal que se puede proporcionar por personas que no cuentan con capacidades o entrenamiento profesional, como ayuda con actividades de la vida diaria como bañarse, vestirse, comer, acostarse o levantarse, pararse y sentarse, desplazarse y utilizar el baño. Además, puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas hacen por sí mismas, como usar gotas oftalmológicas. Medicare no paga la atención de custodia.

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

**Dar de baja la membresía o desafilarse:** el proceso de finalizar su membresía en nuestro plan. El hecho de dar de baja la membresía puede ser voluntario (por su propia elección) o involuntario (no por su propia elección).

**Equipo médico duradero:** determinado equipo médico que su médico solicita para que usted lo utilice en el hogar. Por ejemplo, andadores, sillas de ruedas o camas hospitalarias.

**Emergencia:** una emergencia médica es cuando usted o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina creen que usted padece síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida, la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor severo o una afección médica que rápidamente empeora.

**Atención de emergencia:** incluye los siguientes servicios cubiertos: 1) los servicios proporcionados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia; y 2) los servicios necesarios para evaluar y estabilizar una afección médica de emergencia.

**Información sobre divulgación y Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC):** este documento, junto con su formulario de inscripción y otros adjuntos, cláusulas u otra cobertura opcional seleccionada, que explica su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que usted tiene que hacer como miembro de nuestro plan.

**Ayuda adicional:** un programa de Medicare para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, tales como primas, deducibles y coseguros.

**Queja por agravios:** un tipo de queja que usted realiza sobre nosotros o uno de nuestros proveedores de la red, incluyendo las quejas con respecto a la calidad de su atención médica. Este tipo de queja no implica disputas sobre pagos o cobertura.

**Asistente de salud a domicilio:** brinda servicios que no necesitan de las capacidades de un terapeuta o enfermera con licencia, tal como la ayuda con el cuidado personal (p. ej., bañarse, ir al baño, cambiarse o llevar a cabo los ejercicios indicados). Los asistentes de salud a domicilio no cuentan con una licencia de enfermería ni proporcionan terapia.

**Límite de cobertura inicial:** el límite máximo de cobertura conforme a la Etapa de cobertura inicial.

**Período de inscripción inicial:** la primera vez que usted es elegible para acceder a Medicare, el período de tiempo durante el que usted puede inscribirse en la Parte B de Medicare. Por ejemplo, si usted cumple con los requisitos para acceder a la Parte B cuando cumple 65 años, su Período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y finaliza 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

**Sanción por inscripción tardía:** un monto que se agrega a su prima mensual por la cobertura de medicamentos de Medicare si está sin cobertura acreditable (cobertura que supone pagar, en promedio, al menos tanto como una cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare) durante un período ininterrumpido de 63 días o más. Usted paga este monto mayor siempre que tenga un plan de medicamentos de Medicare. Existen algunas excepciones. Por ejemplo, si recibe Ayuda adicional de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados, las reglas de sanción por inscripción tardía no resultan aplicables en su caso. Si recibe Ayuda adicional, usted no paga una sanción, aún cuando no cuente con cobertura de medicamentos recetados “acreditable”.

**Subsidio por bajos ingresos:** consulte “Ayuda adicional”.

**Monto máximo de bolsillo:** el máximo que usted paga de su bolsillo durante el año calendario para los servicios cubiertos. Los montos que usted paga por las primas del plan y las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare no se consideran para el monto máximo de bolsillo. Consulte el Capítulo 4, Sección 1.3, para obtener más información sobre el monto máximo de bolsillo.

**Medicaid (o Asistencia médica):** programa estatal y federal conjunto que ayuda con los costos médicos a algunas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero la mayoría de los costos de la atención médica están cubiertos si usted reúne los requisitos tanto para Medicare como para Medicaid. Consulte el Capítulo 2, Sección 6, para obtener más información acerca de cómo comunicarse con Medicaid en su estado.

**Indicación medicamento aceptada:** uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos, o respaldado por ciertos libros de referencia. Consulte el Capítulo 5, Sección 4 para obtener más información sobre una indicación medicamento aceptada.

**Medicamento necesario:** servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de prácticas médicas.

**Medicare:** el programa federal de seguro de salud para personas mayores de 65 años, algunas personas menores de 65 años con determinadas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (por lo general, quienes tienen insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón). Las personas que tienen Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de Original Medicare, un plan Medicare Cost, un plan PACE o un plan Medicare Advantage.

**Período de desafiliación de Medicare Advantage:** fecha establecida cada año cuando los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción del plan y cambiar a Original Medicare. El Período de desafiliación de Medicare Advantage es desde el 1 de enero al 14 de febrero de 2011.

**Plan Medicare Advantage (MA):** a veces, denominado Parte C de Medicare, se trata de un plan ofrecido por una compañía privada que celebra un contrato con Medicare para proporcionarle todos los beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser un plan de una Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO), un plan de una Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO), un Plan Privado de Cargo por Servicio (Private Fee-for-Service, PFFS) o un plan de Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare (Medical Savings Account, MSA). Cuando se inscribe en un Plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare están cubiertos mediante el plan y no se pagan conforme a Original Medicare. 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**. Todas las personas que tengan la Parte A y la Parte B de Medicare cumplen con los requisitos para inscribirse en cualquier plan de salud de Medicare que se ofrece en su área, excepto las personas con enfermedad renal en etapa terminal (salvo que se apliquen ciertas excepciones).

**Plan Medicare Cost:** un plan Medicare Cost es un plan operado por una Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO) o por un Plan Médico Competitivo (Competitive Medical Plan, CMP) de acuerdo con un contrato de reembolso de costos de conformidad con la Sección 1876(h) de la Ley.

**Programa de descuentos de Medicare para el período sin cobertura:** programa que ofrece descuentos en la mayoría de los medicamentos de marca de la Parte D cubiertos a personas inscritas en la Parte D que han alcanzado la etapa de período sin cobertura y que no están recibiendo “Ayuda adicional”. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y determinados fabricantes de medicamentos. Por ello, la mayoría de los medicamentos de marca tienen descuentos, aunque no todos ellos.

**Plan de salud de Medicare:** se ofrece mediante una compañía privada que celebra un contrato con Medicare para proporcionar los beneficios de la Parte A y la Parte B a las personas con Medicare que se inscriban en el plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, Medicare Cost, programas pilotos/de demostración y Programas de Atención Todo Incluido para las Personas de la Tercera Edad (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

**Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Parte D de Medicare):** seguro para ayudar a pagar medicamentos recetados, vacunas, productos biológicos y algunos suministros ambulatorios no cubiertos por la Parte A ni la Parte B de Medicare.

**Póliza “Medigap” (seguro complementario de Medicare):** seguro complementario de Medicare vendido por compañías de seguro privadas para llenar los “vacíos” que tiene Original Medicare. Las pólizas Medigap solamente funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

**Miembro (miembro de nuestro Plan o “Miembro del Plan”):** persona con Medicare que es elegible para obtener 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).

**Servicios a los Miembros:** un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre membresía, prestaciones, quejas por agravios y recursos. Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con Servicios a los Miembros.

**Determinación de la organización:** la organización Medicare Advantage ha tomado una determinación de la organización cuando ésta o uno de sus proveedores toma una decisión sobre si los servicios están cubiertos o sobre el monto que usted tiene que pagar por los servicios cubiertos. Las determinaciones de organización se denominan “decisiones de cobertura” en este libro. En el Capítulo 7 se explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

**Original Medicare** (“Medicare tradicional” o “Fee-for-service” Medicare): el gobierno ofrece Original Medicare y no un plan de salud privado como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. Conforme a Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos por el pago de los montos que establece el Congreso a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica. Puede visitar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga la parte que le corresponde del monto aprobado por Medicare, y usted paga la suya. Original Medicare cuenta con dos partes: Parte A (seguro hospitalario) y Parte B (seguro médico), y está disponible en cualquier parte de los Estados Unidos.

**Costos de bolsillo:** consulte la definición de “participación en los costos” incluida anteriormente. El requisito de participación en los costos del miembro relacionado con el pago de una parte de los servicios recibidos también se denomina requisito de costos “de bolsillo” del miembro.

**Plan PACE:** un plan PACE (Program of All-inclusive Care for the Elderly) combina los servicios de atención médica, servicios sociales y de largo plazo para las personas delicadas para ayudarlas a permanecer independientes y vivir en su comunidad (en lugar de mudarse a una residencia de ancianos) siempre que sea posible mientras obtienen la atención de alta calidad que necesita. Las personas inscritas en los planes PACE reciben beneficios de Medicare y Medicaid mediante el plan.

**Parte C: consulte “Plan Medicare Advantage (MA)”.**

**Plan de una Organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO):** un plan de una Organización de proveedores preferidos es un plan Medicare Advantage que cuenta con una red de proveedores contratados que han acordado brindar tratamiento a los miembros del plan por el pago de un monto específico. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, ya sea que se reciban de proveedores de la red o fuera de ella. La participación en los costos del miembro será, por lo general, más alta cuando los beneficios del plan se reciban de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual en sus costos de bolsillo por los servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite mayor en sus costos totales de bolsillo combinados por los servicios de proveedores de la red (preferidos) y de proveedores fuera de la red (no preferidos).

**Prima:** pago periódico a Medicare, una compañía de seguros o un plan de atención médica para la cobertura de medicamentos recetados o de salud.

**Autorización previa:** aprobación por adelantado para obtener servicios. En un plan PFFS, usted no necesita una autorización previa para obtener servicios. Sin embargo, le recomendamos que antes de obtener los servicios confirme con su plan si los mismos están cubiertos, o cuál es su responsabilidad de participación en los costos.

**Organización para la Mejora de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO):** grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a quienes el gobierno federal les paga para comprobar y mejorar la atención médica proporcionada a los pacientes de Medicare. Consulte la Sección 4 del Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con la QIO de su Estado.

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

**Área de servicio:** área geográfica donde un plan de salud acepta a los miembros si limita la membresía basada en el lugar en que viven las personas. Para los planes que limitan los médicos y hospitales que puede utilizar, generalmente se trata del área en donde usted puede obtener servicios de rutina (no de emergencia). El plan puede desafiliarlo si se muda del área de servicio del plan.

**Atención de un Centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF):** servicios de rehabilitación y atención en un centro de enfermería especializada prestados de manera continua y a diario. Los ejemplos de la atención en un centro de enfermería especializada incluyen terapia física o inyecciones intravenosas que solo pueden ser administradas por un médico o enfermero registrado.

**Período de inscripción especial:** un período establecido durante el cual los miembros pueden cambiar sus planes de salud o medicamentos, o regresar a Original Medicare. Las situaciones en las que es elegible para acceder a un Período de inscripción especial incluyen: si se muda del área de servicio, si obtiene “Ayuda adicional” con sus costos de medicamentos recetados, si se muda a una residencia de ancianos o si violamos nuestro contrato con usted.

**Plan de necesidades especiales:** tipo especial de plan Medicare Advantage que brinda atención médica más orientada a grupos específicos de personas, como quienes tienen tanto Medicare como Medicaid, quienes viven en una residencia de ancianos o quienes tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

**Ingreso de seguridad suplementario (Supplemental Security Income, SSI):** un beneficio mensual pagado por la Administración del Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados que padecen discapacidad o ceguera, o tienen 65 años o más. Los beneficios de SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

## Apéndice 1. LISTA DE CONTACTO

### SHIP: Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud

<b>SHIP: Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud</b>			
<b>Estado</b>	<b>Nombre de la agencia</b>	<b>Información de contacto</b>	<b>Sitio web</b>
Alabama	Alabama Department of Senior Services	Alabama Department of Senior Services 770 Washington Avenue RSA Plaza Suite 570 Montgomery, Alabama 36130 (334) 242-5743 1-(877)-425-2243 1-800-AGELINE (1-800-243-5463) Fax (334) 242-5594	<a href="http://www.alabamaageline.gov/">http://www.alabamaageline.gov/</a>
Arkansas	Arkansas Senior Health Insurance Information Program	1200 West Third Street Little Rock, AR 72201 (501) 371-2600 (800) 282-9134 (501) 371-2618 fax	<a href="http://insurance.arkansas.gov/seniors/homepage.htm">http://insurance.arkansas.gov/seniors/homepage.htm</a>
Arizona	Arizona Department of Economic Security - Division of Aging and Adult Services	(800) 432-4040	<a href="https://www.azdes.gov/common.aspx?menu=36&amp;menuc=28&amp;id=190">https://www.azdes.gov/common.aspx?menu=36&amp;menuc=28&amp;id=190</a>
California	California Department of Aging	Legal Services of Northern California 3950 Industrial Blvd., Suite 500 West Sacramento, CA 95691 1-800-434-0222 TTY (800) 735-2929	<a href="http://www.aging.ca.gov/information_on/hicap.asp">http://www.aging.ca.gov/information_on/hicap.asp</a>
Colorado	Division of Insurance	1560 Broadway, Suite 850, Denver, CO 80202 888-696-7213 En Espanol 866-665-9668	<a href="http://www.dora.state.co.us/insurance/senior/senior.htm">http://www.dora.state.co.us/insurance/senior/senior.htm</a>

<b>SHIP: Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud</b>			
<b>Estado</b>	<b>Nombre de la agencia</b>	<b>Información de contacto</b>	<b>Sitio web</b>
Connecticut	Aging Services Division	Department of Social Services Aging Services Division 25 Sigourney Street, 10th Floor Hartford, CT 06106 Phone (860) 424-5274 Teléfono gratuito (en estado) 1-866-218-6631 Fax (860) 424-5301	<a href="http://www.ct.gov/agingservices/cwp/view.asp?a=2513&amp;q=313032">http://www.ct.gov/agingservices/cwp/view.asp?a=2513&amp;q=313032</a>
Delaware	ELDERinfo	841 Silver Lake Blvd. Dover, DE 19904 (302) 674-7300	<a href="http://www.delawareinsurance.gov/departments/elder/eldindex.shtml">http://www.delawareinsurance.gov/departments/elder/eldindex.shtml</a>
Florida	Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE)	Department of Elder Affairs 4040 Esplanade Way, Suite 270 Tallahassee, FL 32399-7000 800-963-5337 TDD 1-800-955-8770 TTY 1-800-955-8771	<a href="http://www.floridashine.org/">http://www.floridashine.org/</a>
Georgia	GeorgiaCares	DHS Division of Aging Services Two Peachtree Street, NW Suite 9-385 Atlanta, Georgia 30303-3142 Phone: 404.657.5258 Fax: 404.657.5285 Teléfono gratuito: 1-866-55-AGING or 1-866-552-4464	<a href="http://aging.dhr.georgia.gov/portal/site">http://aging.dhr.georgia.gov/portal/site</a>
Iowa	Senior Health Insurance Information Program of Iowa (SHIP)	330 Maple St. Des Moines, IA 50319-0065 1-800-351-4664 TDD: 1-800-735-2942	<a href="http://www.shiip.state.ia.us/">http://www.shiip.state.ia.us/</a>

<b>SHIP: Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud</b>			
<b>Estado</b>	<b>Nombre de la agencia</b>	<b>Información de contacto</b>	<b>Sitio web</b>
Idaho	SHIBA Health	Department of Insurance 700 West State Street P.O. Box 83720 Boise, ID 83720-0043 208-334-4250	<a href="http://www.doi.idaho.gov/shiba/shwelcome.aspx">http://www.doi.idaho.gov/shiba/shwelcome.aspx</a>
Illinois	Senior Health Insurance Program	320 W. Washington Street Springfield, IL 62767 800-548-9043 TDD: 217-524-4872	<a href="http://insurance.illinois.gov/ship/">http://insurance.illinois.gov/ship/</a>
Indiana	State Health Insurance Information Program (SHIIP)	714 West 53rd Street Anderson, Indiana, 46013 1-800-452-4800 TDD: 1-866-846-0139	<a href="http://www.in.gov/idoi/2495.htm">http://www.in.gov/idoi/2495.htm</a>
Kansas	Senior Health Insurance Counseling For Kansas	1-800-860-5260	<a href="http://www.agingkansas.org/SHICK/shick_index.html">http://www.agingkansas.org/SHICK/shick_index.html</a>
Kentucky	State Health Insurance Assistance Program	1-877-293-7447 National: 502-564-6930 TDD: 1-888-642-1137	<a href="http://www.chfs.ky.gov/dail/ship.htm">http://www.chfs.ky.gov/dail/ship.htm</a>
Louisiana	Senior Health Insurance Information Program	1702 N. Third Street P.O. Box 94214 Baton Rouge, LA 70802 1-800-259-5300	<a href="http://www.ldi.la.gov/Health/SHIIP/index.html">http://www.ldi.la.gov/Health/SHIIP/index.html</a>
Massachusetts	Serving Health Information Needs of Elders (SHINE)	Executive Office of Elder Affairs One Ashburton Place, Fifth floor Boston, Massachusetts 02108 617-727-7750 800-243-4636 (nationwide) 800-872-0166 (TTY) 617-727-9368 (FAX)	<a href="http://www.mass.gov/?pageID=eldershomepage&amp;L=1&amp;L0=Home&amp;sid=Elders">http://www.mass.gov/?pageID=eldershomepage&amp;L=1&amp;L0=Home&amp;sid=Elders</a>

<b>SHIP: Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud</b>			
<b>Estado</b>	<b>Nombre de la agencia</b>	<b>Información de contacto</b>	<b>Sitio web</b>
Maryland	Department of Aging	301 West Preston Street Suite 1007 Baltimore, MD 21201 Phone: (410) 767-1100 Teléfono gratuito, Maryland: 1-800-243-3425 Fax: (410) 333-7943 Servicio de Relay de Maryland: 1-800-201-7165	<a href="http://www.aging.maryland.gov/senior.html">http://www.aging.maryland.gov/senior.html</a>
Maine	State Health Insurance Assistance Program	Office of Elder Services Maine Department of Health and Human Services 11 State House Station 32 Blossom Lane Augusta, ME 04333 (207) 287-9200 (800) 262-2232 Fax: (207)287-9229 TTY: (800)606-0215	<a href="http://www.maine.gov/dhhs/oes/hiap/index.shtml">http://www.maine.gov/dhhs/oes/hiap/index.shtml</a>
Michigan	Michigan Medicare Medicaid Assistance Program	6105 West St. Joseph, Suite 204 Lansing, MI. 48917-4850 (800) 803-7174	<a href="http://www.mmapinc.org/">http://www.mmapinc.org/</a>
Missouri	CLAIM	800-390-3330	<a href="http://www.missouriclaim.org/">http://www.missouriclaim.org/</a>
Mississippi	Division of Aging & Adult Services	750 North State St., Jackson, MS 39202 (601)359-4500 (800) 345-6347	<a href="http://www.mdhs.state.ms.us/aas_info.html#MICAP">http://www.mdhs.state.ms.us/aas_info.html#MICAP</a>
Montana	State Health and Insurance Assistance Program SHIP	800-332-2272	<a href="http://www.dphhs.mt.gov/sltc/services/aging/SHIP/ship.shtml">http://www.dphhs.mt.gov/sltc/services/aging/SHIP/ship.shtml</a>

<b>SHIP: Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud</b>			
<b>Estado</b>	<b>Nombre de la agencia</b>	<b>Información de contacto</b>	<b>Sitio web</b>
North Carolina	North Carolina Department of Insurance	Seniors' Health Insurance Information Program 11 South Boylan Avenue Raleigh, NC 27603 800-443-9354 919-807-6900 Fax: 919-807-6901 Email: neshiip@ncdoi.gov	<a href="http://www.ncdoi.com/SHIIP/Default.aspx">http://www.ncdoi.com/SHIIP/Default.aspx</a>
North Dakota	State Health Insurance Counseling Program (SHIC)	North Dakota Insurance Department State Capitol, fifth floor 600 E. Boulevard Ave. Bismarck, ND 58505-0320 701.328.2440 701.328.4880 fax 888.575.6611 teléfono gratuito 800.366.6888 TTY line	<a href="http://www.nd.gov/ndins/consumer/shic/">http://www.nd.gov/ndins/consumer/shic/</a>
Nebraska	Nebraska Senior Health Insurance Information Program (SHIIP)	Nebraska Department of Insurance Terminal Building 941 O Street, Suite 400 Lincoln, NE 68508-3690 (402) 471-2201 (800) 234-7119 TDD (800) 833-7352 VOICE (800) 833-0920 (Servicio de Relay de Nebraska Voice option)	<a href="http://www.doi.ne.gov/shiip/">http://www.doi.ne.gov/shiip/</a>
New Hampshire	ServiceLink	2 Industrial Park Drive, P.O. Box 1016 Concord, NH 03302-1016 866-634-9412	<a href="http://www.nh.gov/service-link/">http://www.nh.gov/service-link/</a>
New Jersey	State Health Insurance Assistance Program (SHIP)	P. O. Box 360 Trenton, NJ 08625-0360 800-792-8820	<a href="http://www.state.nj.us/health/senior/ship.shtml">http://www.state.nj.us/health/senior/ship.shtml</a>

<b>SHIP: Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud</b>			
<b>Estado</b>	<b>Nombre de la agencia</b>	<b>Información de contacto</b>	<b>Sitio web</b>
New Mexico	Aging and Long-Term Services	Parks Building 1015 Tijeras NW, Suite 200 Albuquerque, New Mexico 87102 505-222-4500 866-842-9230	<a href="http://www.nmaging.state.nm.us/">http://www.nmaging.state.nm.us/</a>
Nevada	State Health Insurance Assistance Program	3416 Goni Road Suite D-132 Carson City, NV 89706 800-307-4444 En Espanol: (702) 759-0874	<a href="http://www.nvaging.net/ship/ship_main.htm">http://www.nvaging.net/ship/ship_main.htm</a>
New York	New York State Office for the Aging	New York State Office for the Aging 2 Empire State Plaza Albany, New York 12223-1251 (800) 342-9871	<a href="http://www.aging.ny.gov/">http://www.aging.ny.gov/</a>
Ohio	Ohio Department of Insurance	50 W. Town Street, Third Floor - Suite 300 Columbus, Ohio 43215 800-686-1526	<a href="http://www.insurance.ohio.gov/Pages/default.aspx">http://www.insurance.ohio.gov/Pages/default.aspx</a>
Oklahoma	SHIP Senior Health Insurance Counseling Program	Five Corporate Plaza 3625 NW 56th, Suite 100 Oklahoma City, OK 73112-4511 800.763.2828	<a href="http://www.ok.gov/oid/Consumers/Information_for_Seniors/Senior_Health_Insurance_Counseling_Program_(SHIP)/index.html">http://www.ok.gov/oid/Consumers/Information_for_Seniors/Senior_Health_Insurance_Counseling_Program_(SHIP)/index.html</a>
Oregon	Senior Health Insurance Benefits Assistance Program	350 Winter Street NE, Suite 330, P.O. Box 14480 Salem, OR 97309-0405 Phone: 503-947-7979 Teléfono gratuito: 800-722-4134 Fax: 503-947-7092 TTY: 800-735-2900	<a href="http://www.oregon.gov/DCBS/SHIBA/">http://www.oregon.gov/DCBS/SHIBA/</a>

<b>SHIP: Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud</b>			
<b>Estado</b>	<b>Nombre de la agencia</b>	<b>Información de contacto</b>	<b>Sitio web</b>
Pennsylvania	Apprise Health Insurance Counseling Program	Centre County Office of Aging Willowbank Office Building 420 Holmes Street Bellefonte, PA 16823-1488 800-783-7067	<a href="http://www.portal.state.pa.us/portal/server.pt?open=514&amp;objID=616587&amp;mode=2">http://www.portal.state.pa.us/portal/server.pt?open=514&amp;objID=616587&amp;mode=2</a>
Rhode Island	Division of Elderly Affairs	74 West Road Hazard Bldg , 2nd Floor Cranston RI 02920 401-462-3000 401-462-0740	<a href="http://www.dea.ri.gov/insurance/">http://www.dea.ri.gov/insurance/</a>
South Carolina	Office on Aging	1301 Gervais Street Suite 350 Columbia, SC 29201 Phone: (803) 734-9900 Teléfono gratuito: (800) 868-9095 Fax: (803) 734-9886 and (803) 734-9887	<a href="http://aging.sc.gov/Pages/default.aspx">http://aging.sc.gov/Pages/default.aspx</a>
South Dakota	SHIINE	Eastern South Dakota: Phone: 1-800-536-8197 or 605-333-3314 Central South Dakota: Phone: 1-877-331-4834 or 605-224-3212 Western South Dakota: Local: 1-877-286-9072 or 605-342-8635	<a href="http://www.shiine.net/">http://www.shiine.net/</a>
Tennessee	Tennessee's State Health Insurance Assistance Program (SHIP)	Andrew Jackson Building 500 Deaderick Street, Suite 825 Nashville, TN 37243-0860 877-801-0044 (615) 741-2056	<a href="http://www.state.tn.us/comaging/ship.html">http://www.state.tn.us/comaging/ship.html</a>
Texas	Health Information Counseling and Advocacy Program (HICAP)	701 W. 51st St. Austin, Texas 78751 800-458-9858 800-252-9240	<a href="http://www.dads.state.tx.us/">http://www.dads.state.tx.us/</a>

<b>SHIP: Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud</b>			
<b>Estado</b>	<b>Nombre de la agencia</b>	<b>Información de contacto</b>	<b>Sitio web</b>
Utah	Aging and Adult Services	195 North 1950 West Salt Lake City, UT 84116 Phone: (801) 538-3910 Teléfono gratuito: 1-877-4aging0 or 1-877-424-4640 Fax: (801) 538-4395 Email: DAAS@utah.gov	<a href="http://www.hsdaas.utah.gov/insurance_programs.htm">http://www.hsdaas.utah.gov/insurance_programs.htm</a>
Virginia	Virginia Department for the Aging	Virginia Department for the Aging 1610 Forest Avenue, Suite 100 Richmond, VA 23229 1-800-552-3402 (Nationwide Voice/TTY) VA TTY Relay: 711	<a href="http://www.vda.virginia.gov/">http://www.vda.virginia.gov/</a>
Vermont	Vermont SHIP	Northeastern Vermont Area Agency on Aging 481 Summer Street, Suite 101 St. Johnsbury, Vermont 05819 1-802-748-5182 1-800-552-3402 (Nationwide Voice/TTY)	<a href="http://www.medicarehelpt.net/">http://www.medicarehelpt.net/</a>
Washington	SHIBA Health	SHIBA HelpLine Office of Insurance Commissioner PO Box 40256 Olympia, WA 98504-0256 800-562-6900 TDD: 360-586-0241	<a href="http://www.insurance.wa.gov/shiba/index.shtml">http://www.insurance.wa.gov/shiba/index.shtml</a>
West Virginia	WV SHIP	1900 Kanawha Blvd. East Charleston, WV 25305 (304) 558-3317 (877) 987-4463 Fax: (304) 558-0004	<a href="http://www.wvship.org/">http://www.wvship.org/</a>

<b>SHIP: Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud</b>			
<b>Estado</b>	<b>Nombre de la agencia</b>	<b>Información de contacto</b>	<b>Sitio web</b>
Wisconsin	State Health Insurance Assistance Program (SHIP)	1 West Wilson Street Madison, WI 53703 866-456-8211 888-758-6047 TTY/Textnet	<a href="http://www.dhs.wisconsin.gov/aging/EBS/ship.htm">http://www.dhs.wisconsin.gov/aging/EBS/ship.htm</a>
Wyoming	WyomingSeniorCitizens, Inc.	P.O. Box BD Riverton, WY 82501 (307) 856-6880 (877) 634-1005 Fax: (307) 856-4466	<a href="http://www.wyomingseniors.com/WSHIIP.htm">http://www.wyomingseniors.com/WSHIIP.htm</a>

**QIO - Quality Improvement Organization (formerly PRO - Peer Review Organization)**

<b>QIO-Quality Improvement Organization (formerly PRO - Peer Review Organization)</b>			
<b>State</b>	<b>Agency Name</b>	<b>Contact Information</b>	<b>Web Site</b>
Alabama	Alabama Quality Assurance Foundation	Two Perimeter Park South Suite 200 West Birmingham, AL 35243-23374 (205) 970-1600 Fax: (205) 970-1616	<a href="http://www.aqaf.com/">http://www.aqaf.com/</a>
Arkansas	Arkansas Foundation for Medical Care	1020 West 4th Street, Suite 300 Little Rock, AR 72201 Phone: (501) 212-8600 Teléfono gratuito: 1-888-987-1200	<a href="http://www.afmc.org/HTML/index/index.aspx">http://www.afmc.org/HTML/index/index.aspx</a>
Arizona	Health Services Advisory Group	1600 East Northern Avenue Suite 100 Phoenix, AZ 85020 (602) 264-6382 Fax: (602) 241-0757	<a href="http://www.hsag.com/home.aspx">http://www.hsag.com/home.aspx</a>
California	Health Services Advisory Group	700 N. Brand Blvd. Suite 410 Glendale, CA 91203 (818) 409-9229	<a href="http://www.hsag.com/home.aspx">http://www.hsag.com/home.aspx</a>
Colorado	Colorado Foundation for Medical Care	23 Inverness Way East Suite 100 Englewood, CO 80112-5708 (303) 695-3300 Fax: (303) 695-3350	<a href="http://www.cfmc.org/">http://www.cfmc.org/</a>
Connecticut	Qualidigm	1111 Cromwell Avenue, Suite 201 Rocky Hill, CT 06067 (860) 632-6398 Fax: (860) 632-6326	<a href="http://www.qualidigm.org/">http://www.qualidigm.org/</a>
Delaware	Quality Insights of Delaware	Baynard Building, Suite 100 3411 Silverside Road Wilmington, DE 19810 (302) 478-3600 Fax: (302) 478-3873	<a href="http://www.qide.org/Home.aspx">http://www.qide.org/Home.aspx</a>

<b>QIO-Quality Improvement Organization (formerly PRO - Peer Review Organization)</b>			
<b>State</b>	<b>Agency Name</b>	<b>Contact Information</b>	<b>Web Site</b>
Florida	FMQAI	5201 W. Kennedy Boulevard, Suite 900 Tampa, FL 33609-1812 (813) 354-9111 Fax: (813) 354-0737	<a href="http://www.fmqai.com/">http://www.fmqai.com/</a>
Georgia	Alliant GMCF	1455 Lincoln Parkway Suite 800 Atlanta, GA 30346 (404) 982-0411 Fax: (404) 982-7584	<a href="http://www.gmcf.org/AlliantWeb/Default.aspx">http://www.gmcf.org/AlliantWeb/Default.aspx</a>
Iowa	Telligen	6000 Westown Parkway Suite 350 E West Des Moines, IA 50266-7771 (515) 223-2900 Fax: (515) 222-2407	<a href="http://www.telligen.org/">http://www.telligen.org/</a>
Idaho	Qualis Health	720 Park Blvd. Suite 120 Boise, ID 83712-7756 (208) 343-4617 Fax: (208) 343-4705	<a href="http://www.qualishealth.org/">http://www.qualishealth.org/</a>
Illinois	Illinois Foundation for Quality Health Care	2625 Butterfield Road Suite 102E Oak Brook, IL 60523-1234 (800) 386-6431 Fax: (630) 571-5611	<a href="http://www.ifmc-il.org/">http://www.ifmc-il.org/</a>
Indiana	Health Care Excel	2629 Waterfront Parkway East Drive Suite 200 Indianapolis, IN 46214 Phone: (317) 347-4500 Fax: (317) 347-4567	<a href="http://www.hce.org/">http://www.hce.org/</a>
Kansas	Kansas Foundation for Medical Care	2947 S.W. Wanamaker Drive Topeka, KS 66614-4193 (785) 273-2552 Fax: (785) 273-0737	<a href="http://www.kfmc.org/">http://www.kfmc.org/</a>

<b>QIO-Quality Improvement Organization (formerly PRO - Peer Review Organization)</b>			
<b>State</b>	<b>Agency Name</b>	<b>Contact Information</b>	<b>Web Site</b>
Kentucky	Health Care Excel	1951 Bishop Lane, Suite 300 Louisville, KY 40218 Phone: (502) 454-5112 Fax: (502) 454-5113	<a href="http://www.hce.org/">http://www.hce.org/</a>
Louisiana	eQHealth Solutions	8591 United Plaza Blvd. Suite 270 Baton Rouge, LA 70809 (225) 926-6353 Fax: (225) 923-0957	<a href="http://www.lhcr.org/">http://www.lhcr.org/</a>
Massachusetts	MassPRO	245 Winter Street Waltham, MA 02145 (781) 890-0011 Fax: (781) 487-0083	<a href="http://www.masspro.org/">http://www.masspro.org/</a>
Maryland	Delmarva Foundation	9240 Centreville Road Easton, MD 21601 (410) 822-0697 Fax: (410) 822-7291	<a href="http://www.mdqio.org/">http://www.mdqio.org/</a>
Maine	Northeast Health Care Quality Foundation	15 Old Rollinsford Rd. Suite 302 Dover, NH 03820-2830 (603) 749-1641 Fax: (603) 749-1195	<a href="http://www.nhcqf.org/">http://www.nhcqf.org/</a>
Michigan	MPRO	22670 Haggerty Road, Suite 100 Farmington Hills, MI 48170-4495 (248) 465-7300 Fax: (248) 465-7428	<a href="http://www.mpro.org/">http://www.mpro.org/</a>
Minnesota	Stratis Health	2901 Metro Drive Suite 400 Bloomington, MN 55425 (952) 854-3306 Fax: (952) 853-8503	<a href="http://www.stratishealth.org/index.html">http://www.stratishealth.org/index.html</a>
Missouri	Primaris	200 N. Keene St. Columbia, MO 65201 (573)-817-8300 Fax: (573) 817-8330	<a href="http://www.primaris.org/">http://www.primaris.org/</a>

<b>QIO-Quality Improvement Organization (formerly PRO - Peer Review Organization)</b>			
<b>State</b>	<b>Agency Name</b>	<b>Contact Information</b>	<b>Web Site</b>
Mississippi	Information & Quality Health Care	Renaissance Place, Suite 504 385B Highland Colony Parkway Ridgeland, MS 39157-6035 (601) 957-1575 Fax: (601) 956-1713	<a href="http://www.iqh.org/">http://www.iqh.org/</a>
Montana	Mountain-Pacific Quality Health Foundation	3404 Cooney Drive Helena, MT 59602 (406) 443-4020 Fax: (406) 443-4585	<a href="http://www.mpqhf.org/">http://www.mpqhf.org/</a>
North Carolina	The Carolinas Center for Medical Excellence	100 Regency Forest Drive Suite 100 Cary, NC 27511-8598 (919) 380-9860 Fax: (919) 380-7637	<a href="http://www.thecarolinascenter.org/">http://www.thecarolinascenter.org/</a>
North Dakota	North Dakota Health Care Review, Inc.	800 31st Avenue, SW Minot, ND 58701 (701) 852-4231 Fax: (701) 838-6009	<a href="http://www.ndhcri.org/">http://www.ndhcri.org/</a>
Nebraska	CIMRO of Nebraska	1230 O Street, Suite 120 Lincoln, NE 68508 (402) 476-1399 Fax: (402) 476-1335	<a href="http://www.cimronebraska.org/default.aspx">http://www.cimronebraska.org/default.aspx</a>
New Hampshire	Northeast Health Care Quality Foundation	15 Old Rollinsford Rd. Suite 302 Dover, NH 03820-2830 (603) 749-1641 Fax: (603) 749-1195	<a href="http://www.nhcqf.org/">http://www.nhcqf.org/</a>
New Jersey	Healthcare Quality Strategies, Inc.	557 Cransbury Road Suite 21 East Brunswick, NJ 08816-4026 (732) 238-5570 Fax: (732) 238-7766	<a href="http://www.pronj.org/index.html">http://www.pronj.org/index.html</a>

<b>QIO-Quality Improvement Organization (formerly PRO - Peer Review Organization)</b>			
<b>State</b>	<b>Agency Name</b>	<b>Contact Information</b>	<b>Web Site</b>
New Mexico	New Mexico Medical Review Association	Seagull Office Plaza 5801 Osuna Road NE, Suite 200 Albuquerque, NM 87109 (505) 998-9898 Fax: (505) 998-9899	<a href="http://www.nmmra.org/">http://www.nmmra.org/</a>
Nevada	HealthInsight	6830 W. Oquendo Road, Suite 102 Las Vegas, Nevada 89118 (702) 385-9933 Fax: (702) 385-4586	<a href="http://www.healthinsight.org/">http://www.healthinsight.org/</a>
New York	IPRO	1979 Marcus Avenue First Floor Lake Success, NY 11042 (516) 326-7767 Fax: (516) 326-7791	<a href="http://www.ipro.org/">http://www.ipro.org/</a>
Ohio	Ohio KePRO	Rock Run Center Suite 100 5700 Lombardo Center Drive Seven Hills, OH 44131 (216) 447-9604 Fax: (216) 447-7925	<a href="http://www.ohiokepro.com/">http://www.ohiokepro.com/</a>
Oklahoma	Oklahoma Foundation for Medical Quality	14000 Quail Springs Parkway, Ste. 400 Oklahoma City, OK 73134-2600 (405) 840-2891 Fax: (405) 840-1343	<a href="http://www.ofmq.com/">http://www.ofmq.com/</a>
Oregon	Acumentra Health	2020 SW 4th Avenue Suite 520 Portland, OR 97201-4960 (503) 279-0100 Fax: (503) 279-0190	<a href="http://www.acumentra.org/">http://www.acumentra.org/</a>
Pennsylvania	Quality Insights of Pennsylvania	Commerce Court 2601 Market Place Street Harrisburg, PA 17111 717-671-5425	<a href="http://www.qipa.org/Home.aspx">http://www.qipa.org/Home.aspx</a>

<b>QIO-Quality Improvement Organization (formerly PRO - Peer Review Organization)</b>			
<b>State</b>	<b>Agency Name</b>	<b>Contact Information</b>	<b>Web Site</b>
Rhode Island	Quality Partners of Rhode Island	235 Promenade Street Suite 500, Box 18 Providence, RI 08908 (401) 528-3200 Fax: (401) 528-3210	<a href="http://www.healthcentricadvisors.org/home.html">http://www.healthcentricadvisors.org/home.html</a>
South Carolina	The Carolinas Center for Medical Excellence	246 Stoneridge Drive, Suite 200 Columbia, SC 29210 (803) 251-2215 Fax: (803) 255-0897	<a href="http://www.thecarolinascenter.org/">http://www.thecarolinascenter.org/</a>
South Dakota	South Dakota Foundation for Medical Care	1323 South Minnesota Avenue Sioux Falls, SD 57105-0691 (605) 336-3505 Fax: (605) 336-0270	<a href="http://www.sdfmc.org/">http://www.sdfmc.org/</a>
Tennessee	Qsource	3175 Lenox Park Blvd. Suite 309 Memphis, TN 38115 (901) 682-0381 Fax: (901) 761-3786	<a href="http://www.qsource.org/">http://www.qsource.org/</a>
Texas	TMF Health Quality Institute	Bridgepoint I, Suite 300 5918 W Courtyard Dr. Austin, TX 78730-5036 512-329-6610 fax: 512-327-7159	<a href="http://www.tmf.org/">http://www.tmf.org/</a>
Utah	HealthInsight	348 East 4500 South Suite 300, Salt Lake City, Utah 84107 (801) 892-0155 Fax: (801) 892-0160	<a href="http://www.healthinsight.org/">http://www.healthinsight.org/</a>
Virginia	Virginia Health Quality Center	4510 Cox Road Suite 400 Glen Allen, VA 23060 (804) 289-5320 Fax: (804) 289-5324	<a href="http://www.vhqc.org/">http://www.vhqc.org/</a>

<b>QIO-Quality Improvement Organization (formerly PRO - Peer Review Organization)</b>			
<b>State</b>	<b>Agency Name</b>	<b>Contact Information</b>	<b>Web Site</b>
Vermont	Northeast Health Care Quality Foundation	15 Old Rollinsford Rd. Suite 302 Dover, NH 03820-2830 (603) 749-1641 Fax: (603) 749-1195	<a href="http://www.nhcqf.org/">http://www.nhcqf.org/</a>
Washington	Qualis Health	10700 Meridan Avenue, North Suite 100 Seattle, WA 98133-9075 (206) 364-9700 Fax: (206) 368-2419	<a href="http://www.qualishealth.org/">http://www.qualishealth.org/</a>
West Virginia	West Virginia Medical Institute	3001 Chesterfield Place Charleston, WV 25304 (304) 346-9864 Fax: (304) 346-9863	<a href="http://www.wvmi.org/Home.aspx">http://www.wvmi.org/Home.aspx</a>
Wisconsin	MetaStar, Inc.	2909 Landmark Place Madison, WI 53713 (608) 274-1940 Fax: (608) 274-5008	<a href="http://www.metastar.com/web/">http://www.metastar.com/web/</a>
Wyoming	Mountain-Pacific Quality Health Foundation	2206 Dell Range Blvd., Suite G Cheyenne, WY 82009 307-637-8162 Fax: 307-436-7176	<a href="http://www.mpqhf.org/">http://www.mpqhf.org/</a>

**State Medical Assistance Office (Medicaid)**

<b>State Medical Assistance Office (Medicaid)</b>			
<b>State</b>	<b>Agency Name</b>	<b>Contact Information</b>	<b>Web Site</b>
Alabama	Alabama Medicaid Agency	501 Dexter Avenue Montgomery, AL 36104 334-242-5000 800-362-1504	<a href="http://medicaid.alabama.gov/">http://medicaid.alabama.gov/</a>
Arkansas	Arkansas Medicaid	(800) 457-4454 (501) 374-6609 x 500 Voice Response System (VRS) (800) 806-6181	<a href="https://www.medicaid.state.ar.us/">https://www.medicaid.state.ar.us/</a>
Arizona	AHCCCS	801 E. Jefferson Street, MD 4100 Phoenix, AZ 85034 Ph: 602-417-4000 FAX: 602-252-6536 800-654-8713	<a href="http://www.azahcccs.gov/">http://www.azahcccs.gov/</a>
California	Medi-Cal	800-541-5555 916-445-4171	<a href="http://www.medi-cal.ca.gov/">http://www.medi-cal.ca.gov/</a>
Colorado	Department of Health Care Policy and Financing	1570 Grant Street Denver, Colorado 80203 303-866-3513 1-800-221-3943 TDD 1-800-659-2656	<a href="http://www.colorado.gov/cs/Satellite/HCPF/HCPF/1197364086675">http://www.colorado.gov/cs/Satellite/HCPF/HCPF/1197364086675</a>
Connecticut	Connecticut Department of Social Services	25 Sigourney Street Hartford, CT 06106 1-800-842-1508 TTY: 1-800-842-4524	<a href="http://www.ct.gov/dss/cwp/view.asp?a=2353&amp;q=305218">http://www.ct.gov/dss/cwp/view.asp?a=2353&amp;q=305218</a>
Delaware	Medicaid	1901 N. Du Pont Highway, Lewis Bldg. New Castle, DE 19720 (302) 255-9500 FAX: (302) 255-4454	<a href="http://www.dhss.delaware.gov/dss/medicaid.html">http://www.dhss.delaware.gov/dss/medicaid.html</a>
Florida	Florida Medicaid	2727 Mahan Drive Tallahassee, FL 32308 (888) 419-3456	<a href="http://www.fdhc.state.fl.us/Medicaid/index.shtml">http://www.fdhc.state.fl.us/Medicaid/index.shtml</a>

<b>State Medical Assistance Office (Medicaid)</b>			
<b>State</b>	<b>Agency Name</b>	<b>Contact Information</b>	<b>Web Site</b>
Georgia	Georgia Department of Community Health (DCH)	2 Peachtree Street, NW Atlanta, GA 30303 (404) 656-4507 1.800.georgia	<a href="http://dch.georgia.gov/02/dch/home/0,2467,31446711,00.html;jsessionid=C453CE0C0F3B88EF349740CB01B15ED6">http://dch.georgia.gov/02/dch/home/0,2467,31446711,00.html;jsessionid=C453CE0C0F3B88EF349740CB01B15ED6</a>
Iowa	Iowa Department of Human Services	Polk County DHS - Administrative Offices River Place 2309 Euclid Ave Des Moines, IA 50310 877-937-3663	<a href="http://www.dhs.iowa.gov/Consumers/Health/Medical_Insurance/WhatsAvailable.html">http://www.dhs.iowa.gov/Consumers/Health/Medical_Insurance/WhatsAvailable.html</a>
Idaho	Department of Health and Welfare	Idaho Department of Health and Welfare PO Box 83720 Boise, ID 83720-0036 208-334-6700	<a href="http://healthandwelfare.idaho.gov/">http://healthandwelfare.idaho.gov/</a>
Illinois	Illinois Department of Healthcare and Family Services (HFS)	1-866-468-7543 1-217-785-8036 TTY: 1-877-204-1012	<a href="http://www.hfs.illinois.gov/programs/">http://www.hfs.illinois.gov/programs/</a>
Indiana	Indiana Medicaid	(317) 713-9627 (800) 457-4584	<a href="http://member.indianamedicaid.com/">http://member.indianamedicaid.com/</a>
Kansas	Kansas Medical Assistance Program	(888) 547-2878	<a href="https://www.kmap-state-ks.us/">https://www.kmap-state-ks.us/</a>
Kentucky	Department for Medicaid Services	275 E. Main St. Frankfort, KY 40621 1-800-372-2973 TTY: 1-800-627-4702	<a href="http://chfs.ky.gov/dms/">http://chfs.ky.gov/dms/</a>
Louisiana	Louisiana Medicaid	P. O. Box 629 Baton Rouge, LA 70821-0629 1.888.342.6207 225.342.9500 FAX: 225.342.5568	<a href="http://new.dhh.louisiana.gov/index.cfm/subhome/1">http://new.dhh.louisiana.gov/index.cfm/subhome/1</a>
Massachusetts	MassHealth	1-888-665-9993 TTY: 1-888-665-9997	<a href="http://www.mass.gov/?pageID=eohhs2agencylanding&amp;L=4&amp;L0=Home&amp;L1=Government&amp;L2=Departments+and+Divisions&amp;L3=MassHealth&amp;sid=Eeohhs2">http://www.mass.gov/?pageID=eohhs2agencylanding&amp;L=4&amp;L0=Home&amp;L1=Government&amp;L2=Departments+and+Divisions&amp;L3=MassHealth&amp;sid=Eeohhs2</a>

<b>State Medical Assistance Office (Medicaid)</b>			
<b>State</b>	<b>Agency Name</b>	<b>Contact Information</b>	<b>Web Site</b>
Maryland	Medicaid	(410) 767-1787 (800) 492-5231	<a href="http://www.dhmh.state.md.us/mma/Eligibility/MAelig-2009Q&amp;A.html">http://www.dhmh.state.md.us/mma/Eligibility/MAelig-2009Q&amp;A.html</a>
Maine	MaineCare Services	Office of MaineCare Services 11 State House Station, Augusta, Maine 04333-0011 1-800-977-6740 TTY:1-800-977-6741	<a href="http://www.maine.gov/dhhs/oms/">http://www.maine.gov/dhhs/oms/</a>
Michigan	Department of Community Health	Capitol View Building 201 Townsend Street Lansing, Michigan 48913 517-373-3740 TTY: 711 or 800-649-3777	<a href="http://www.michigan.gov/mdch/0,1607,7-132-2943_4860---,00.html">http://www.michigan.gov/mdch/0,1607,7-132-2943_4860---,00.html</a>
Minnesota	Minnesota Department of Human Services	MinnesotaCare PO Box 64838 St. Paul, MN 55164-0838 (651) 297-3862 en las Twin Cities (800) 657-3672 teléfono gratuito afuera de las Twin Cities TTY: (800) 627-3529 or 711	<a href="http://www.dhs.state.mn.us/main/idcplg?IdcService=GET_DYNAMIC_CONVERSION&amp;RevisionSelectionMethod=LatestReleased&amp;Redirected=true&amp;dDocName=id_006254">http://www.dhs.state.mn.us/main/idcplg?IdcService=GET_DYNAMIC_CONVERSION&amp;RevisionSelectionMethod=LatestReleased&amp;Redirected=true&amp;dDocName=id_006254</a>
Missouri	MO HealthNet	615 Howerton Court P.O. Box 6500 Jefferson City, MO 65102-6500 (573) 751-3425	<a href="http://www.dss.mo.gov/fsd/msmed.htm">http://www.dss.mo.gov/fsd/msmed.htm</a>
Mississippi	Division of Medicaid	Sillers Building, 550 High Street Suite 1000 Jackson, MS 39201-1399 601-359-6050 1-800-421-2408	<a href="http://www.medicaid.ms.gov/">http://www.medicaid.ms.gov/</a>
Montana	Montana Medicaid	(800) 362-8312	<a href="http://www.dphhs.mt.gov/programsservices/medicaid.shtml">http://www.dphhs.mt.gov/programsservices/medicaid.shtml</a>

<b>State Medical Assistance Office (Medicaid)</b>			
<b>State</b>	<b>Agency Name</b>	<b>Contact Information</b>	<b>Web Site</b>
North Carolina	Division of Medical Assistance	2501 Mail Service Center Raleigh, NC 27699-2501 800-662-7030	<a href="http://www.ncdhhs.gov/dma/">http://www.ncdhhs.gov/dma/</a>
North Dakota	North Dakota Medicaid	North Dakota Department of Human Services 600 E Boulevard Ave, Dept 325 Bismarck, ND 58505-0250 (701) 328-2321 Teléfono gratuito: 1-800-755-2604 Fax: (701) 328-1544	<a href="http://www.nd.gov/dhs/services/medicalserv/medicaid/">http://www.nd.gov/dhs/services/medicalserv/medicaid/</a>
Nebraska	Nebraska Medicaid Program	301 Centennial Mall South Lincoln, Nebraska 68509 (402) 471-3121	<a href="http://www.hhs.state.ne.us/med/medindex.htm">http://www.hhs.state.ne.us/med/medindex.htm</a>
New Hampshire	Medicaid	40 Terrill Park Drive Concord, NH 03301 (603) 271-4344 (800) 322-9191 TDD Access Relay: (800) 735-2964	<a href="http://www.dhhs.nh.gov/ombp/medicaid/">http://www.dhhs.nh.gov/ombp/medicaid/</a>
New Jersey	NJ Medicaid & Managed Care	P. O. Box 360, Trenton, NJ 08625-0360 Phone: (609) 292-7837 Teléfono gratuito en NJ: 800-367-6543	<a href="http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/info/resources/care/">http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/info/resources/care/</a>
New Mexico	Medical Assistance Division	2009 S. Pacheco, Pollon Plaza Santa Fe, NM 87504 (888) 997-2583	<a href="http://www.hsd.state.nm.us/mad/">http://www.hsd.state.nm.us/mad/</a>
Nevada	Division of Health Care Financing and Policy	Carson City 1100 East William Street Suite 101 Carson City, NV 89701 (775) 684-3676	<a href="https://dhcfnv.gov/index.htm">https://dhcfnv.gov/index.htm</a>
New York	Medicaid	1-800-541-2831	<a href="http://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/">http://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/</a>

<b>State Medical Assistance Office (Medicaid)</b>			
<b>State</b>	<b>Agency Name</b>	<b>Contact Information</b>	<b>Web Site</b>
Ohio	Ohio Medicaid	The Ohio Department of Job and Family Services 30 E. Broad Street, 32nd Floor Columbus, Ohio 43215 (800) 324-8680 TTY/TDD (800) 292-3572	<a href="http://jfs.ohio.gov/ohp/">http://jfs.ohio.gov/ohp/</a>
Oklahoma	Oklahoma Health Care Authority	2401 N.W. 23rd St., Suite 1A Oklahoma City, OK 73107 (800) 987-7767 (800) 757-5979 (TDD)	<a href="http://www.okhca.org/">http://www.okhca.org/</a>
Oregon	Oregon's Medicaid State Plan	Division of Medical Assistance Programs Administrative Office 500 Summer Street NE Salem, OR 97301-1079 Phone: 503-945-5772 Phone: 800-527-5772 TTY: 800-375-2863	<a href="http://www.oregon.gov/OH&lt;br/&gt;A/healthplan/tools_policy/&lt;br/&gt;stateplan.shtml">http://www.oregon.gov/OH A/healthplan/tools_policy/ stateplan.shtml</a>
Pennsylvania	Medical Assistance	1-800-692-7462	<a href="http://www.dpw.state.pa.u&lt;br/&gt;s/foradults/healthcaremedi&lt;br/&gt;calassistance/index.htm">http://www.dpw.state.pa.u s/foradults/healthcaremedi calassistance/index.htm</a>
Rhode Island	RI Medical Assistance	206 Elmwood Avenue Providence, RI 02907 (401) 462-5300	<a href="http://www.dhs.ri.gov/Adu&lt;br/&gt;lts/HealthMedicalServices/&lt;br/&gt;tabid/807/Default.aspx">http://www.dhs.ri.gov/Adu lts/HealthMedicalServices/ tabid/807/Default.aspx</a>
South Carolina	South Carolina Healthy Connections (Medicaid) Program	Post Office Box 100101 Columbia, South Carolina 29202-3101 888-549-0820	<a href="http://www.dhhs.state.sc.u&lt;br/&gt;s/dhhsnew/InsideDHHS/B&lt;br/&gt;ureaus/EligibilityPolicyAnd&lt;br/&gt;Oversight/Partners%20for&lt;br/&gt;%20Health%20(Medicaid)&lt;br/&gt;%20Program.asp">http://www.dhhs.state.sc.u s/dhhsnew/InsideDHHS/B ureaus/EligibilityPolicyAnd Oversight/Partners%20for %20Health%20(Medicaid) %20Program.asp</a>
South Dakota	Division of Medical Services	Phone: 605-773-4678 Fax: 605-773-7183	<a href="http://dss.sd.gov/medicalse&lt;br/&gt;rvices/">http://dss.sd.gov/medicalse rvices/</a>
Tennessee	TennCare	310 Great Circle Rd. Nashville, TN 37243 1-800-342-3145	<a href="http://www.state.tn.us/tenn&lt;br/&gt;care/">http://www.state.tn.us/tenn care/</a>

<b>State Medical Assistance Office (Medicaid)</b>			
<b>State</b>	<b>Agency Name</b>	<b>Contact Information</b>	<b>Web Site</b>
Texas	Texas Medicaid Program	P.O. Box 14200 Midland, TX 79711-4200 1-800-252-8263	<a href="http://www.hhsc.state.tx.us/medicaid/">http://www.hhsc.state.tx.us/medicaid/</a>
Utah	Utah Medicaid Program	Utah Department of Health Division of Medicaid and Health Financing P.O. Box 143106 Salt Lake City, UT 84114-3106 801-538-6155 1-800-662-9651	<a href="http://health.utah.gov/medicaid/">http://health.utah.gov/medicaid/</a>
Virginia	Virginia Medicaid	800-552-8627 804-786-6273	<a href="https://www.virginiamedicaid.dmas.virginia.gov/wps/portal">https://www.virginiamedicaid.dmas.virginia.gov/wps/portal</a>
Vermont	Green Mountain Care	1-800-250-8427 TDD: 1-888-834-7898	<a href="http://www.greenmountaincare.org/">http://www.greenmountaincare.org/</a>
Washington	Health Care Authority	800-562-3022	<a href="http://maa.dshs.wa.gov/">http://maa.dshs.wa.gov/</a>
West Virginia	Bureau for Medical Services	(304) 558-1700	<a href="http://www.dhhr.wv.gov/bms/Pages/default.aspx">http://www.dhhr.wv.gov/bms/Pages/default.aspx</a>
Wisconsin	ForwardHealth: Wisconsin Medicaid	1-800-362-3002	<a href="http://www.dhs.wisconsin.gov/medicaid/">http://www.dhs.wisconsin.gov/medicaid/</a>
Wyoming	EqualityCare	6101 Yellowstone Rd., Ste 210 Cheyenne, WY 82002 (307) 777-7531	<a href="http://wyequalitycare.acs-inc.com/">http://wyequalitycare.acs-inc.com/</a>

**State Health Departments**

<b>State Health Departments</b>		
<b>State</b>	<b>Agency Name</b>	<b>Contact Information</b>
Alabama	Alabama Department of Public Health	1-800-ALA-1818
Arkansas	Arkansas Department of Health	1-501-661-2000 1-800-462-0599
Arizona	Arizona Department of Health Services	(602) 542-1025
California	Department of Health Care Services (DHCS)	916-445-4171
Colorado	Colorado Department of Public Health and Environment	303- 692-2000 1-800-886-7689
Connecticut	Department of Public Health	860-509-8000
Delaware	Delaware Health and Social Services	(302) 744-4700
Florida	Florida Department of Health	850/245-4444
Georgia	Georgia Department of Public Health (DPH)	(404) 657-2700
Iowa	Iowa Department of Public Health	866-227-9878
Idaho	Idaho Department of Health and Welfare	(208) 334-6996
Illinois	Illinois Department of Public Health	217-782-4977 TTY 800-547-0466
Indiana	Indiana State Department of Health	(317) 233-1325
Kansas	Kansas Department of Health and Environment	785-296-1500
Kentucky	Department for Public Health	800-372-2973
Louisiana	Office of Public Health	(225) 342-9500
Massachusetts	Department of Public Health	617-573-1600
Maryland	Department of Health and Mental Hygiene	1-877-463-3464
Maine	Department of Health and Human Services	207-287-3707 TTY: 800-606-0215
Michigan	Michigan Department of Community Health	517-373-3740
Minnesota	Minnesota Department of Health	888-345-0823 TTY: 651-201-5797
Missouri	Missouri Department of Health and Senior Services	573-751-6400

<b>State Health Departments</b>		
<b>State</b>	<b>Agency Name</b>	<b>Contact Information</b>
Mississippi	Mississippi State Department of Health	601-576-7400
Montana	Department of Public Health & Human Services	(406) 444-0936
North Carolina	Division of Public Health	919-707-5000
North Dakota	North Dakota Department of Health	701.328.2372
Nebraska	Department of Health and Human Services	402-471-3121
New Hampshire	Department of Health and Human Services	(603) 271-4501
New Jersey	Department of Health and Senior Services	1-800-328-3838
New Mexico	Department of Health	(505) 827-2613
Nevada	Nevada State Health Division	(775) 684-4200
New York	Department of Health	1-866-881-2809
Ohio	Ohio Department of Health	(800) 755-4769
Oklahoma	State Department Of Health	800-522-0203 405-271-5600
Oregon	Public Health Division	971-673-1222
Pennsylvania	Department Of Health	877-PA-HEALTH
Rhode Island	Department of Health	401-222-5960
South Carolina	Department of Health and Human Services	(888) 549-0820
South Dakota	Department of Health	800-738-3361
Tennessee	Department of Health	(615) 741-3111
Texas	Texas Department of State Health Services	1-888-963-7111 TDD: 1-800-735-2989
Utah	Department of Health	801-538-6003
Virginia	Department of Health	(804) 864-7660
Vermont	Department of Health	800-464-4343
Washington	Department of Health	(800) 525-0127
West Virginia	Department of Health and Human Resources	(304) 558-0684
Wisconsin	Department of Health Services	608-266-1865
Wyoming	Department of Health	(866) 571-0944

**Apéndice 2. Tabla de áreas de servicio y primas****Today's Options Premier 400 (PFFS)**

<b>Today's Options Premier 400 (PFFS)</b>		
<b>Estado</b>	<b>Condado</b>	<b>Prima</b>
Arizona	Apache	\$60
Arizona	Coconino	\$60
Arizona	Gila	\$75
Arizona	Greenlee	\$25
Arizona	La Paz	\$75
Arizona	Navajo	\$60
Arizona	Yuma	\$75
Arkansas	Bradley	\$25
Arkansas	Chicot	\$75
Arkansas	Columbia	\$75
Arkansas	Drew	\$90
Arkansas	Hempstead	\$75
Arkansas	Lafayette	\$90
Arkansas	Lawrence	\$75
Arkansas	Little River	\$90
Arkansas	Nevada	\$75
Arkansas	Sevier	\$75
Arkansas	Van Buren	\$60
California	Butte	\$60
California	Calaveras	\$60
California	Colusa	\$60
California	Del Norte	\$25
California	Glenn	\$75
California	Humboldt	\$60
California	Imperial	\$60
California	Inyo	\$90
California	Lake	\$60
California	Lassen	\$90
California	Mendocino	\$60
California	Merced	\$60
California	Modoc	\$35
California	Mono	\$60

<b>Today's Options Premier 400 (PFFS)</b>		
<b>Estado</b>	<b>Condado</b>	<b>Prima</b>
California	Monterey	\$75
California	Napa	\$25
California	Plumas	\$75
California	San Benito	\$60
California	Sierra	\$60
California	Siskiyou	\$60
California	Tehama	\$75
California	Trinity	\$75
California	Tuolumne	\$75
Colorado	Baca	\$75
Florida	Bay	\$90
Florida	Dixie	\$90
Florida	Gilchrist	\$75
Florida	Gulf	\$75
Florida	Hamilton	\$90
Florida	Hardee	\$90
Florida	Hendry	\$90
Florida	Highlands	\$90
Florida	Holmes	\$75
Florida	Jackson	\$75
Florida	Lafayette	\$75
Florida	Levy	\$90
Florida	Monroe	\$90
Florida	Taylor	\$60
Florida	Walton	\$90
Florida	Washington	\$60
Georgia	Appling	\$75
Georgia	Atkinson	\$75
Georgia	Bacon	\$90
Georgia	Baker	\$90
Georgia	Baldwin	\$35
Georgia	Banks	\$60
Georgia	Barrow	\$60
Georgia	Bartow	\$60
Georgia	Ben Hill	\$60

<b>Today's Options Premier 400 (PFFS)</b>		
<b>Estado</b>	<b>Condado</b>	<b>Prima</b>
Georgia	Berrien	\$25
Georgia	Bibb	\$60
Georgia	Bleckley	\$90
Georgia	Brantley	\$75
Georgia	Brooks	\$75
Georgia	Bulloch	\$75
Georgia	Burke	\$60
Georgia	Butts	\$60
Georgia	Calhoun	\$75
Georgia	Candler	\$60
Georgia	Carroll	\$60
Georgia	Charlton	\$75
Georgia	Chattooga	\$60
Georgia	Clinch	\$75
Georgia	Coffee	\$90
Georgia	Colquitt	\$60
Georgia	Cook	\$90
Georgia	Crawford	\$60
Georgia	Crisp	\$60
Georgia	Dawson	\$35
Georgia	Decatur	\$35
Georgia	Dodge	\$90
Georgia	Dooly	\$60
Georgia	Dougherty	\$90
Georgia	Early	\$35
Georgia	Echols	\$75
Georgia	Elbert	\$25
Georgia	Emanuel	\$60
Georgia	Fannin	\$60
Georgia	Floyd	\$75
Georgia	Franklin	\$60
Georgia	Gilmer	\$60
Georgia	Glascok	\$75
Georgia	Gordon	\$90
Georgia	Grady	\$35

<b>Today's Options Premier 400 (PFFS)</b>		
<b>Estado</b>	<b>Condado</b>	<b>Prima</b>
Georgia	Habersham	\$60
Georgia	Hall	\$60
Georgia	Hancock	\$25
Georgia	Haralson	\$35
Georgia	Hart	\$60
Georgia	Heard	\$35
Georgia	Houston	\$60
Georgia	Irwin	\$35
Georgia	Jackson	\$60
Georgia	Jasper	\$60
Georgia	Jeff Davis	\$90
Georgia	Jefferson	\$75
Georgia	Jenkins	\$60
Georgia	Johnson	\$75
Georgia	Lamar	\$25
Georgia	Lanier	\$35
Georgia	Laurens	\$60
Georgia	Lee	\$90
Georgia	Lincoln	\$60
Georgia	Long	\$90
Georgia	Lowndes	\$75
Georgia	Lumpkin	\$60
Georgia	Macon	\$25
Georgia	Mc Duffie	\$60
Georgia	Miller	\$75
Georgia	Mitchell	\$75
Georgia	Monroe	\$75
Georgia	Montgomery	\$75
Georgia	Murray	\$60
Georgia	Peach	\$60
Georgia	Pickens	\$60
Georgia	Pierce	\$90
Georgia	Pike	\$25
Georgia	Polk	\$90
Georgia	Pulaski	\$75

<b>Today's Options Premier 400 (PFFS)</b>		
<b>Estado</b>	<b>Condado</b>	<b>Prima</b>
Georgia	Quitman	\$60
Georgia	Rabun	\$75
Georgia	Randolph	\$60
Georgia	Schley	\$90
Georgia	Seminole	\$75
Georgia	Spalding	\$60
Georgia	Stephens	\$60
Georgia	Sumter	\$60
Georgia	Taliaferro	\$25
Georgia	Tattnall	\$60
Georgia	Taylor	\$75
Georgia	Telfair	\$90
Georgia	Terrell	\$90
Georgia	Thomas	\$60
Georgia	Tift	\$60
Georgia	Toombs	\$75
Georgia	Towns	\$60
Georgia	Treutlen	\$60
Georgia	Troup	\$60
Georgia	Turner	\$60
Georgia	Twiggs	\$25
Georgia	Union	\$60
Georgia	Upson	\$60
Georgia	Walton	\$60
Georgia	Ware	\$90
Georgia	Warren	\$60
Georgia	Washington	\$25
Georgia	Wayne	\$60
Georgia	Wheeler	\$90
Georgia	White	\$60
Georgia	Whitfield	\$60
Georgia	Wilcox	\$60
Georgia	Wilkes	\$60
Georgia	Wilkinson	\$60
Georgia	Worth	\$75

<b>Today's Options Premier 400 (PFFS)</b>		
<b>Estado</b>	<b>Condado</b>	<b>Prima</b>
Idaho	Adams	\$60
Idaho	Bear Lake	\$60
Idaho	Blaine	\$60
Idaho	Butte	\$75
Idaho	Camas	\$75
Idaho	Clearwater	\$90
Idaho	Custer	\$35
Idaho	Idaho	\$90
Idaho	Jerome	\$25
Idaho	Lemhi	\$60
Idaho	Lewis	\$90
Idaho	Lincoln	\$60
Idaho	Valley	\$90
Illinois	Alexander	\$75
Illinois	Bond	\$75
Illinois	Clay	\$90
Illinois	Clinton	\$60
Illinois	De Kalb	\$60
Illinois	Edwards	\$60
Illinois	Fayette	\$90
Illinois	Franklin	\$75
Illinois	Gallatin	\$90
Illinois	Greene	\$75
Illinois	Grundy	\$90
Illinois	Hamilton	\$90
Illinois	Hardin	\$75
Illinois	Jackson	\$75
Illinois	Jefferson	\$75
Illinois	Johnson	\$60
Illinois	Kankakee	\$75
Illinois	Lawrence	\$75
Illinois	Macon	\$60
Illinois	Marion	\$75
Illinois	Massac	\$60
Illinois	Mc Henry	\$75

<b>Today's Options Premier 400 (PFFS)</b>		
<b>Estado</b>	<b>Condado</b>	<b>Prima</b>
Illinois	Perry	\$90
Illinois	Pope	\$60
Illinois	Pulaski	\$90
Illinois	Richland	\$60
Illinois	Saline	\$60
Illinois	Shelby	\$75
Illinois	Union	\$60
Illinois	Wabash	\$75
Illinois	Washington	\$60
Illinois	Wayne	\$75
Illinois	White	\$75
Illinois	Williamson	\$60
Indiana	Bartholomew	\$60
Indiana	Benton	\$75
Indiana	Cass	\$60
Indiana	Clay	\$75
Indiana	Clinton	\$75
Indiana	Crawford	\$75
Indiana	Daviess	\$75
Indiana	Decatur	\$60
Indiana	Dubois	\$60
Indiana	Elkhart	\$35
Indiana	Fayette	\$60
Indiana	Fountain	\$60
Indiana	Grant	\$60
Indiana	Greene	\$90
Indiana	Henry	\$60
Indiana	Jackson	\$25
Indiana	Jasper	\$60
Indiana	Jay	\$60
Indiana	Jefferson	\$60
Indiana	Jennings	\$75
Indiana	La Porte	\$75
Indiana	Lagrange	\$25
Indiana	Marshall	\$60

<b>Today's Options Premier 400 (PFFS)</b>		
<b>Estado</b>	<b>Condado</b>	<b>Prima</b>
Indiana	Martin	\$60
Indiana	Miami	\$75
Indiana	Montgomery	\$60
Indiana	Newton	\$60
Indiana	Ohio	\$60
Indiana	Orange	\$35
Indiana	Owen	\$60
Indiana	Parke	\$60
Indiana	Pulaski	\$60
Indiana	Randolph	\$60
Indiana	Ripley	\$60
Indiana	Rush	\$75
Indiana	Scott	\$60
Indiana	Starke	\$90
Indiana	Steuben	\$60
Indiana	Sullivan	\$90
Indiana	Switzerland	\$75
Indiana	Union	\$60
Indiana	Vermillion	\$75
Indiana	Wabash	\$25
Indiana	Warren	\$75
Indiana	Washington	\$25
Indiana	Wayne	\$60
Indiana	White	\$90
Iowa	Adair	\$60
Iowa	Adams	\$75
Iowa	Audubon	\$60
Iowa	Buena Vista	\$25
Iowa	Calhoun	\$60
Iowa	Cherokee	\$25
Iowa	Dickinson	\$60
Iowa	Emmet	\$60
Iowa	Humboldt	\$60
Iowa	Ida	\$60
Iowa	Lyon	\$60

<b>Today's Options Premier 400 (PFFS)</b>		
<b>Estado</b>	<b>Condado</b>	<b>Prima</b>
Iowa	O Brien	\$60
Iowa	Pocahontas	\$75
Iowa	Ringgold	\$35
Iowa	Sac	\$75
Iowa	Sioux	\$60
Iowa	Taylor	\$60
Iowa	Webster	\$60
Kansas	Allen	\$75
Kansas	Anderson	\$60
Kansas	Atchison	\$60
Kansas	Barber	\$90
Kansas	Barton	\$90
Kansas	Brown	\$90
Kansas	Chase	\$90
Kansas	Chautauqua	\$90
Kansas	Cheyenne	\$75
Kansas	Clark	\$90
Kansas	Clay	\$60
Kansas	Cloud	\$60
Kansas	Coffey	\$60
Kansas	Comanche	\$75
Kansas	Cowley	\$25
Kansas	Crawford	\$90
Kansas	Decatur	\$35
Kansas	Dickinson	\$60
Kansas	Doniphan	\$90
Kansas	Edwards	\$90
Kansas	Elk	\$60
Kansas	Ellis	\$60
Kansas	Ellsworth	\$75
Kansas	Finney	\$90
Kansas	Ford	\$75
Kansas	Franklin	\$35
Kansas	Geary	\$60
Kansas	Gove	\$60

<b>Today's Options Premier 400 (PFFS)</b>		
<b>Estado</b>	<b>Condado</b>	<b>Prima</b>
Kansas	Graham	\$60
Kansas	Grant	\$90
Kansas	Gray	\$75
Kansas	Greeley	\$90
Kansas	Greenwood	\$90
Kansas	Hamilton	\$75
Kansas	Harper	\$90
Kansas	Haskell	\$90
Kansas	Hodgeman	\$90
Kansas	Jackson	\$90
Kansas	Jefferson	\$60
Kansas	Jewell	\$90
Kansas	Kingman	\$90
Kansas	Kiowa	\$60
Kansas	Lane	\$60
Kansas	Lincoln	\$75
Kansas	Logan	\$90
Kansas	Lyon	\$90
Kansas	Marion	\$75
Kansas	Marshall	\$90
Kansas	Mc Pherson	\$60
Kansas	Meade	\$90
Kansas	Mitchell	\$60
Kansas	Montgomery	\$60
Kansas	Morris	\$60
Kansas	Morton	\$75
Kansas	Nemaha	\$60
Kansas	Neosho	\$60
Kansas	Ness	\$90
Kansas	Norton	\$60
Kansas	Osage	\$75
Kansas	Osborne	\$60
Kansas	Ottawa	\$60
Kansas	Pawnee	\$90
Kansas	Phillips	\$75

<b>Today's Options Premier 400 (PFFS)</b>		
<b>Estado</b>	<b>Condado</b>	<b>Prima</b>
Kansas	Pottawatomie	\$75
Kansas	Pratt	\$35
Kansas	Rawlins	\$75
Kansas	Reno	\$90
Kansas	Republic	\$60
Kansas	Rice	\$90
Kansas	Riley	\$60
Kansas	Rooks	\$75
Kansas	Rush	\$75
Kansas	Russell	\$75
Kansas	Saline	\$25
Kansas	Scott	\$90
Kansas	Seward	\$75
Kansas	Sheridan	\$60
Kansas	Sherman	\$90
Kansas	Smith	\$60
Kansas	Stafford	\$90
Kansas	Stanton	\$90
Kansas	Stevens	\$90
Kansas	Sumner	\$60
Kansas	Thomas	\$75
Kansas	Trego	\$90
Kansas	Wabaunsee	\$60
Kansas	Wallace	\$90
Kansas	Washington	\$60
Kansas	Wichita	\$90
Kansas	Wilson	\$75
Kansas	Woodson	\$75
Kentucky	Adair	\$90
Kentucky	Allen	\$75
Kentucky	Ballard	\$75
Kentucky	Barren	\$60
Kentucky	Bell	\$90
Kentucky	Boyd	\$75
Kentucky	Boyle	\$75

<b>Today's Options Premier 400 (PFFS)</b>		
<b>Estado</b>	<b>Condado</b>	<b>Prima</b>
Kentucky	Bracken	\$75
Kentucky	Breathitt	\$90
Kentucky	Breckinridge	\$75
Kentucky	Butler	\$60
Kentucky	Caldwell	\$75
Kentucky	Calloway	\$75
Kentucky	Carlisle	\$75
Kentucky	Carroll	\$90
Kentucky	Carter	\$25
Kentucky	Casey	\$90
Kentucky	Christian	\$60
Kentucky	Clay	\$90
Kentucky	Clinton	\$90
Kentucky	Crittenden	\$90
Kentucky	Cumberland	\$60
Kentucky	Daviess	\$60
Kentucky	Edmonson	\$60
Kentucky	Elliott	\$60
Kentucky	Estill	\$60
Kentucky	Fleming	\$75
Kentucky	Floyd	\$90
Kentucky	Fulton	\$90
Kentucky	Gallatin	\$60
Kentucky	Garrard	\$60
Kentucky	Grant	\$60
Kentucky	Graves	\$90
Kentucky	Grayson	\$75
Kentucky	Green	\$75
Kentucky	Greenup	\$90
Kentucky	Hancock	\$75
Kentucky	Hardin	\$75
Kentucky	Harlan	\$75
Kentucky	Harrison	\$60
Kentucky	Hart	\$75
Kentucky	Henderson	\$60

<b>Today's Options Premier 400 (PFFS)</b>		
<b>Estado</b>	<b>Condado</b>	<b>Prima</b>
Kentucky	Hickman	\$75
Kentucky	Hopkins	\$60
Kentucky	Jackson	\$60
Kentucky	Johnson	\$75
Kentucky	Knott	\$90
Kentucky	Knox	\$75
Kentucky	Larue	\$60
Kentucky	Laurel	\$75
Kentucky	Lawrence	\$90
Kentucky	Lee	\$60
Kentucky	Leslie	\$90
Kentucky	Letcher	\$90
Kentucky	Lewis	\$75
Kentucky	Lincoln	\$60
Kentucky	Livingston	\$60
Kentucky	Logan	\$60
Kentucky	Lyon	\$75
Kentucky	Magoffin	\$75
Kentucky	Marion	\$35
Kentucky	Marshall	\$75
Kentucky	Martin	\$75
Kentucky	Mason	\$75
Kentucky	Mc Creary	\$60
Kentucky	Mc Lean	\$60
Kentucky	Meade	\$60
Kentucky	Mercer	\$60
Kentucky	Metcalf	\$60
Kentucky	Monroe	\$75
Kentucky	Morgan	\$60
Kentucky	Muhlenberg	\$90
Kentucky	Nelson	\$60
Kentucky	Nicholas	\$75
Kentucky	Ohio	\$60
Kentucky	Owen	\$90
Kentucky	Owsley	\$75

<b>Today's Options Premier 400 (PFFS)</b>		
<b>Estado</b>	<b>Condado</b>	<b>Prima</b>
Kentucky	Pendleton	\$35
Kentucky	Perry	\$90
Kentucky	Pike	\$90
Kentucky	Pulaski	\$75
Kentucky	Robertson	\$60
Kentucky	Rockcastle	\$60
Kentucky	Rowan	\$60
Kentucky	Russell	\$75
Kentucky	Simpson	\$75
Kentucky	Taylor	\$75
Kentucky	Todd	\$90
Kentucky	Trigg	\$60
Kentucky	Trimble	\$60
Kentucky	Union	\$75
Kentucky	Washington	\$60
Kentucky	Wayne	\$60
Kentucky	Webster	\$60
Kentucky	Whitley	\$75
Kentucky	Wolfe	\$90
Louisiana	Avoyelles	\$60
Louisiana	Evangeline	\$90
Louisiana	Lafourche	\$25
Louisiana	St Helena	\$75
Louisiana	Vernon	\$60
Maine	Washington	\$14
Maryland	Allegany	\$28
Maryland	Caroline	\$28
Maryland	Dorchester	\$28
Maryland	Garrett	\$28
Maryland	Kent	\$28
Maryland	Queen Annes	\$28
Maryland	Somerset	\$28
Maryland	St Marys	\$28
Maryland	Talbot	\$28
Maryland	Washington	\$14

<b>Today's Options Premier 400 (PFFS)</b>		
<b>Estado</b>	<b>Condado</b>	<b>Prima</b>
Maryland	Wicomico	\$28
Maryland	Worcester	\$28
Massachusetts	Berkshire	\$28
Massachusetts	Dukes	\$14
Massachusetts	Nantucket	\$28
Michigan	Alcona	\$75
Michigan	Alger	\$75
Michigan	Alpena	\$75
Michigan	Baraga	\$90
Michigan	Branch	\$90
Michigan	Charlevoix	\$75
Michigan	Cheboygan	\$75
Michigan	Chippewa	\$75
Michigan	Clare	\$90
Michigan	Delta	\$75
Michigan	Gladwin	\$75
Michigan	Gogebic	\$60
Michigan	Houghton	\$75
Michigan	Huron	\$90
Michigan	Iosco	\$90
Michigan	Iron	\$75
Michigan	Isabella	\$75
Michigan	Keweenaw	\$90
Michigan	Lake	\$75
Michigan	Luce	\$90
Michigan	Mackinac	\$75
Michigan	Mason	\$60
Michigan	Montmorency	\$60
Michigan	Ogemaw	\$90
Michigan	Ontonagon	\$75
Michigan	Oscoda	\$90
Michigan	Otsego	\$60
Michigan	Presque Isle	\$90
Michigan	Sanilac	\$75
Michigan	Schoolcraft	\$75

<b>Today's Options Premier 400 (PFFS)</b>		
<b>Estado</b>	<b>Condado</b>	<b>Prima</b>
Mississippi	Alcorn	\$90
Mississippi	Amite	\$90
Mississippi	Bolivar	\$90
Mississippi	Calhoun	\$60
Mississippi	Chickasaw	\$60
Mississippi	Choctaw	\$35
Mississippi	Clay	\$60
Mississippi	Franklin	\$60
Mississippi	Greene	\$75
Mississippi	Holmes	\$60
Mississippi	Humphreys	\$90
Mississippi	Itawamba	\$75
Mississippi	Jasper	\$75
Mississippi	Jefferson	\$90
Mississippi	Jefferson Davis	\$90
Mississippi	Lee	\$75
Mississippi	Leflore	\$60
Mississippi	Monroe	\$60
Mississippi	Montgomery	\$60
Mississippi	Neshoba	\$60
Mississippi	Noxubee	\$60
Mississippi	Oktibbeha	\$25
Mississippi	Perry	\$60
Mississippi	Pontotoc	\$60
Mississippi	Quitman	\$35
Mississippi	Sharkey	\$75
Mississippi	Tallahatchie	\$75
Mississippi	Tishomingo	\$75
Mississippi	Wayne	\$75
Mississippi	Webster	\$75
Mississippi	Wilkinson	\$25
Missouri	Adair	\$60
Missouri	Andrew	\$90
Missouri	Atchison	\$90
Missouri	Audrain	\$60

<b>Today's Options Premier 400 (PFFS)</b>		
<b>Estado</b>	<b>Condado</b>	<b>Prima</b>
Missouri	Bates	\$75
Missouri	Bollinger	\$60
Missouri	Buchanan	\$90
Missouri	Butler	\$60
Missouri	Caldwell	\$60
Missouri	Camden	\$75
Missouri	Cape Girardeau	\$60
Missouri	Carter	\$60
Missouri	Chariton	\$75
Missouri	Clark	\$60
Missouri	Cooper	\$60
Missouri	Daviess	\$90
Missouri	De Kalb	\$90
Missouri	Dent	\$90
Missouri	Dunklin	\$75
Missouri	Gentry	\$90
Missouri	Grundy	\$75
Missouri	Harrison	\$60
Missouri	Holt	\$75
Missouri	Howard	\$75
Missouri	Howell	\$25
Missouri	Iron	\$60
Missouri	Knox	\$60
Missouri	Lewis	\$75
Missouri	Linn	\$90
Missouri	Macon	\$75
Missouri	Madison	\$60
Missouri	Maries	\$75
Missouri	Marion	\$60
Missouri	Mercer	\$75
Missouri	Mississippi	\$75
Missouri	Monroe	\$60
Missouri	Morgan	\$75
Missouri	New Madrid	\$75
Missouri	Nodaway	\$90

<b>Today's Options Premier 400 (PFFS)</b>		
<b>Estado</b>	<b>Condado</b>	<b>Prima</b>
Missouri	Pemiscot	\$60
Missouri	Perry	\$90
Missouri	Pettis	\$60
Missouri	Pike	\$75
Missouri	Putnam	\$60
Missouri	Ralls	\$60
Missouri	Randolph	\$35
Missouri	Reynolds	\$90
Missouri	Ripley	\$90
Missouri	Scotland	\$60
Missouri	Scott	\$60
Missouri	Shannon	\$60
Missouri	Shelby	\$75
Missouri	St Francois	\$60
Missouri	Ste Genevieve	\$90
Missouri	Stoddard	\$60
Missouri	Sullivan	\$60
Missouri	Texas	\$60
Missouri	Vernon	\$60
Missouri	Wayne	\$60
Missouri	Worth	\$75
Montana	Blaine	\$60
Montana	Chouteau	\$60
Montana	Custer	\$25
Montana	Daniels	\$60
Montana	Dawson	\$25
Montana	Deer Lodge	\$75
Montana	Fallon	\$25
Montana	Glacier	\$90
Montana	Golden Valley	\$35
Montana	Hill	\$60
Montana	Judith Basin	\$25
Montana	Liberty	\$75
Montana	Lincoln	\$25
Montana	Madison	\$75

<b>Today's Options Premier 400 (PFFS)</b>		
<b>Estado</b>	<b>Condado</b>	<b>Prima</b>
Montana	Meagher	\$60
Montana	Musselshell	\$90
Montana	Phillips	\$60
Montana	Pondera	\$60
Montana	Prairie	\$35
Montana	Richland	\$25
Montana	Roosevelt	\$60
Montana	Rosebud	\$60
Montana	Sheridan	\$35
Montana	Silver Bow	\$60
Montana	Teton	\$75
Montana	Toole	\$60
Montana	Treasure	\$60
Montana	Valley	\$75
Montana	Wheatland	\$60
Nebraska	Adams	\$90
Nebraska	Antelope	\$90
Nebraska	Arthur	\$75
Nebraska	Blaine	\$60
Nebraska	Boone	\$25
Nebraska	Box Butte	\$25
Nebraska	Boyd	\$60
Nebraska	Brown	\$60
Nebraska	Buffalo	\$35
Nebraska	Cedar	\$60
Nebraska	Chase	\$75
Nebraska	Cherry	\$75
Nebraska	Cheyenne	\$25
Nebraska	Clay	\$75
Nebraska	Custer	\$90
Nebraska	Dakota	\$60
Nebraska	Dawson	\$60
Nebraska	Deuel	\$35
Nebraska	Dixon	\$25
Nebraska	Dundy	\$60

<b>Today's Options Premier 400 (PFFS)</b>		
<b>Estado</b>	<b>Condado</b>	<b>Prima</b>
Nebraska	Fillmore	\$75
Nebraska	Franklin	\$75
Nebraska	Frontier	\$75
Nebraska	Furnas	\$60
Nebraska	Garden	\$75
Nebraska	Garfield	\$60
Nebraska	Grant	\$60
Nebraska	Greeley	\$60
Nebraska	Hall	\$60
Nebraska	Hamilton	\$60
Nebraska	Harlan	\$75
Nebraska	Hayes	\$25
Nebraska	Hitchcock	\$75
Nebraska	Holt	\$60
Nebraska	Hooker	\$25
Nebraska	Howard	\$75
Nebraska	Johnson	\$75
Nebraska	Kearney	\$25
Nebraska	Keith	\$60
Nebraska	Keya Paha	\$25
Nebraska	Kimball	\$75
Nebraska	Knox	\$60
Nebraska	Lincoln	\$90
Nebraska	Logan	\$35
Nebraska	Loup	\$25
Nebraska	Madison	\$25
Nebraska	Merrick	\$60
Nebraska	Morrill	\$35
Nebraska	Nance	\$90
Nebraska	Nemaha	\$75
Nebraska	Nuckolls	\$90
Nebraska	Pawnee	\$75
Nebraska	Perkins	\$60
Nebraska	Phelps	\$60
Nebraska	Pierce	\$75

<b>Today's Options Premier 400 (PFFS)</b>		
<b>Estado</b>	<b>Condado</b>	<b>Prima</b>
Nebraska	Platte	\$60
Nebraska	Polk	\$75
Nebraska	Redwillow	\$75
Nebraska	Richardson	\$90
Nebraska	Rock	\$60
Nebraska	Saline	\$75
Nebraska	Scotts Bluff	\$25
Nebraska	Sherman	\$75
Nebraska	Stanton	\$25
Nebraska	Thayer	\$75
Nebraska	Thomas	\$60
Nebraska	Thurston	\$90
Nebraska	Valley	\$75
Nebraska	Webster	\$90
Nebraska	York	\$90
Nevada	Carson City	\$90
Nevada	Douglas	\$90
Nevada	Elko	\$75
Nevada	Humboldt	\$75
Nevada	Lander	\$60
Nevada	Lincoln	\$75
Nevada	Pershing	\$90
Nevada	Storey	\$75
Nevada	White Pine	\$90
New Hampshire	Belknap	\$28
New Hampshire	Cheshire	\$28
New Hampshire	Coos	\$28
New Hampshire	Grafton	\$28
New Hampshire	Merrimack	\$28
New Hampshire	Strafford	\$14
New Hampshire	Sullivan	\$14
North Carolina	Anson	\$60
North Carolina	Buncombe	\$25
North Carolina	Burke	\$25
North Carolina	Camden	\$60

<b>Today's Options Premier 400 (PFFS)</b>		
<b>Estado</b>	<b>Condado</b>	<b>Prima</b>
North Carolina	Cherokee	\$60
North Carolina	Clay	\$25
North Carolina	Cleveland	\$60
North Carolina	Currituck	\$25
North Carolina	Dare	\$75
North Carolina	Graham	\$25
North Carolina	Jackson	\$35
North Carolina	Jones	\$60
North Carolina	Lenoir	\$90
North Carolina	Mc Dowell	\$25
North Carolina	Mitchell	\$25
North Carolina	Montgomery	\$60
North Carolina	Moore	\$60
North Carolina	Pamlico	\$60
North Carolina	Pasquotank	\$60
North Carolina	Rutherford	\$60
North Carolina	Scotland	\$60
North Carolina	Swain	\$75
North Carolina	Transylvania	\$60
North Carolina	Union	\$35
North Carolina	Vance	\$25
North Carolina	Wilson	\$75
North Carolina	Yancey	\$25
North Dakota	Benson	\$60
North Dakota	Bottineau	\$25
North Dakota	Bowman	\$75
North Dakota	Divide	\$25
North Dakota	Dunn	\$35
North Dakota	Hettinger	\$25
North Dakota	Nelson	\$75
North Dakota	Pierce	\$75
North Dakota	Rolette	\$35
North Dakota	Sheridan	\$35
Oklahoma	Adair	\$90
Oklahoma	Alfalfa	\$90

<b>Today's Options Premier 400 (PFFS)</b>		
<b>Estado</b>	<b>Condado</b>	<b>Prima</b>
Oklahoma	Atoka	\$90
Oklahoma	Beaver	\$60
Oklahoma	Beckham	\$90
Oklahoma	Blaine	\$90
Oklahoma	Bryan	\$90
Oklahoma	Caddo	\$90
Oklahoma	Carter	\$60
Oklahoma	Cherokee	\$75
Oklahoma	Choctaw	\$90
Oklahoma	Cimarron	\$90
Oklahoma	Coal	\$90
Oklahoma	Comanche	\$60
Oklahoma	Cotton	\$90
Oklahoma	Craig	\$60
Oklahoma	Custer	\$75
Oklahoma	Dewey	\$60
Oklahoma	Ellis	\$60
Oklahoma	Garfield	\$75
Oklahoma	Garvin	\$60
Oklahoma	Grant	\$75
Oklahoma	Harmon	\$90
Oklahoma	Harper	\$75
Oklahoma	Haskell	\$75
Oklahoma	Hughes	\$35
Oklahoma	Jackson	\$90
Oklahoma	Jefferson	\$60
Oklahoma	Johnston	\$90
Oklahoma	Kay	\$60
Oklahoma	Kingfisher	\$60
Oklahoma	Kiowa	\$75
Oklahoma	Latimer	\$75
Oklahoma	Love	\$75
Oklahoma	Major	\$75
Oklahoma	Marshall	\$90
Oklahoma	Mc Curtain	\$60

<b>Today's Options Premier 400 (PFFS)</b>		
<b>Estado</b>	<b>Condado</b>	<b>Prima</b>
Oklahoma	Mc Intosh	\$90
Oklahoma	Murray	\$75
Oklahoma	Noble	\$90
Oklahoma	Nowata	\$60
Oklahoma	Okfuskee	\$60
Oklahoma	Pittsburg	\$90
Oklahoma	Pontotoc	\$60
Oklahoma	Pushmataha	\$60
Oklahoma	Roger Mills	\$90
Oklahoma	Stephens	\$60
Oklahoma	Texas	\$60
Oklahoma	Tillman	\$60
Oklahoma	Washita	\$90
Oklahoma	Woods	\$90
Oklahoma	Woodward	\$75
Tennessee	Clay	\$90
Tennessee	Cumberland	\$60
Tennessee	Fentress	\$75
Tennessee	Lincoln	\$60
Tennessee	Perry	\$60
Tennessee	Putnam	\$60
Texas	Andrews	\$75
Texas	Archer	\$90
Texas	Bailey	\$90
Texas	Baylor	\$90
Texas	Blanco	\$90
Texas	Borden	\$90
Texas	Brewster	\$60
Texas	Briscoe	\$90
Texas	Brown	\$60
Texas	Calhoun	\$60
Texas	Callahan	\$60
Texas	Castro	\$90
Texas	Childress	\$60
Texas	Clay	\$60

<b>Today's Options Premier 400 (PFFS)</b>		
<b>Estado</b>	<b>Condado</b>	<b>Prima</b>
Texas	Cochran	\$75
Texas	Colorado	\$90
Texas	Comanche	\$75
Texas	Cooke	\$90
Texas	Cottle	\$75
Texas	Dallam	\$75
Texas	Dawson	\$75
Texas	De Witt	\$90
Texas	Delta	\$60
Texas	Dickens	\$60
Texas	Donley	\$90
Texas	Eastland	\$60
Texas	Ector	\$75
Texas	Erath	\$75
Texas	Fannin	\$75
Texas	Fisher	\$90
Texas	Foard	\$75
Texas	Gaines	\$75
Texas	Gillespie	\$60
Texas	Goliad	\$75
Texas	Gonzales	\$90
Texas	Hall	\$60
Texas	Hardeman	\$90
Texas	Haskell	\$35
Texas	Howard	\$25
Texas	Jackson	\$75
Texas	Jeff Davis	\$60
Texas	Jim Hogg	\$60
Texas	Karnes	\$75
Texas	Kent	\$60
Texas	Kerr	\$90
Texas	King	\$75
Texas	Knox	\$35
Texas	Lamar	\$60
Texas	Lavaca	\$75

<b>Today's Options Premier 400 (PFFS)</b>		
<b>Estado</b>	<b>Condado</b>	<b>Prima</b>
Texas	Limestone	\$60
Texas	Lipscomb	\$25
Texas	Live Oak	\$35
Texas	Martin	\$35
Texas	Matagorda	\$75
Texas	Maverick	\$25
Texas	Mc Mullen	\$60
Texas	Mitchell	\$90
Texas	Montague	\$60
Texas	Moore	\$75
Texas	Motley	\$75
Texas	Nolan	\$60
Texas	Ochiltree	\$60
Texas	Palo Pinto	\$90
Texas	Parmer	\$60
Texas	Pecos	\$75
Texas	Presidio	\$35
Texas	Rains	\$25
Texas	Real	\$75
Texas	Reeves	\$60
Texas	Refugio	\$75
Texas	Roberts	\$25
Texas	Scurry	\$75
Texas	Sherman	\$90
Texas	Somervell	\$75
Texas	Starr	\$90
Texas	Stephens	\$90
Texas	Stonewall	\$75
Texas	Swisher	\$75
Texas	Terrell	\$60
Texas	Upton	\$60
Texas	Uvalde	\$60
Texas	Victoria	\$75
Texas	Ward	\$60
Texas	Webb	\$60

<b>Today's Options Premier 400 (PFFS)</b>		
<b>Estado</b>	<b>Condado</b>	<b>Prima</b>
Texas	Wharton	\$75
Texas	Wheeler	\$60
Texas	Wichita	\$90
Texas	Wilbarger	\$60
Texas	Winkler	\$60
Texas	Wise	\$60
Texas	Yoakum	\$60
Texas	Young	\$75
Texas	Zapata	\$60
Vermont	Addison	\$28
Vermont	Bennington	\$28
Vermont	Caledonia	\$14
Vermont	Chittenden	\$28
Vermont	Essex	\$28
Vermont	Franklin	\$28
Vermont	Grand Isle	\$28
Vermont	Lamoille	\$28
Vermont	Orange	\$28
Vermont	Orleans	\$14
Vermont	Rutland	\$28
Vermont	Washington	\$28
Vermont	Windham	\$28
Vermont	Windsor	\$28
Virginia	Alleghany	\$90
Virginia	Amherst	\$60
Virginia	Appomattox	\$35
Virginia	Augusta	\$60
Virginia	Bath	\$75
Virginia	Brunswick	\$35
Virginia	Buena Vista City	\$25
Virginia	Campbell	\$25
Virginia	Carroll	\$35
Virginia	Covington City	\$60
Virginia	Culpeper	\$35
Virginia	Danville City	\$25

<b>Today's Options Premier 400 (PFFS)</b>		
<b>Estado</b>	<b>Condado</b>	<b>Prima</b>
Virginia	Fauquier	\$60
Virginia	Fredericksburg City	\$60
Virginia	Galax City	\$35
Virginia	Halifax	\$25
Virginia	Harrisonburg City	\$25
Virginia	Henry	\$25
Virginia	Highland	\$60
Virginia	King George	\$60
Virginia	Lynchburg City	\$35
Virginia	Martinsville City	\$25
Virginia	Mecklenburg	\$25
Virginia	Patrick	\$60
Virginia	Pulaski	\$60
Virginia	Rockbridge	\$25
Virginia	Rockingham	\$25
Virginia	Spotsylvania	\$60
Virginia	Stafford	\$60
Virginia	Staunton City	\$35
Virginia	Waynesboro City	\$60
Virginia	Westmoreland	\$75
Washington	Garfield	\$90
Washington	Pacific	\$90
Wisconsin	Door	\$60
Wisconsin	Florence	\$60
Wisconsin	Green	\$25
Wisconsin	Marinette	\$25
Wisconsin	Menominee	\$25
Wisconsin	Walworth	\$75

*Esta página se dejó en blanco deliberadamente.*

*Esta página se dejó en blanco deliberadamente.*

*Esta página se dejó en blanco deliberadamente.*

*Esta página se dejó en blanco deliberadamente.*

*Esta página se dejó en blanco deliberadamente.*

*Esta página se dejó en blanco deliberadamente.*

## Servicios a los Miembros

<b>TELÉFONO</b>	(866) 568-8921 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., en su zona horaria local, los 7 días de la semana. Servicios a los Miembros también ofrece servicios gratuitos de intérprete disponibles para personas que no hablan inglés.
<b>TTY</b>	(877) 907-2986 Para llamar a este número, se necesita un equipo telefónico especial, y está destinado solo a personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., en su zona horaria local, los 7 días de la semana.
<b>FAX</b>	(877) 907-2982
<b>CORREO POSTAL</b>	Today's Options PFFS P.O. Box 742528 Houston, TX 77274
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.TodaysOptions.com">www.TodaysOptions.com</a>

### Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)

Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (SHIP) es un programa estatal que obtiene dinero del gobierno federal para proporcionar asesoramiento gratuito de seguro de salud local a las personas con Medicare.

Consulte la lista que se proporciona en el Anexo A al final de la *Evidencia de cobertura* para obtener la información de contacto.

Un plan de salud con un contrato de Medicare.

Today's Options® PFFS se ofrece por la siguiente organización en virtud de un contrato con el gobierno federal: The Pyramid Life Insurance Company, miembro de la familia de empresas de Universal American.

Esta información está disponible en diferentes formatos, incluyendo el español. Por favor llame a Servicios a los Miembros al número indicado arriba si necesita información del plan en otro formato o idioma.

Esta información está disponible en diferentes formatos, incluyendo el español. Por favor llame a Servicios al Cliente al número indicado arriba si necesita información del plan en otro formato o idioma.