



Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2019

CONSTANCIA DE COBERTURA

Sus Beneficios y Servicios de Salud de Medicare como miembro de Cigna-HealthSpring Advantage (HMO)

Este folleto le brinda información acerca de los detalles sobre su cobertura médica de Medicare desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2019. Explica cómo obtener cobertura para los servicios de salud que usted necesita. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Este plan, Cigna-HealthSpring Advantage (HMO), es ofrecido por Cigna. (Cuando en esta *Constancia de cobertura* se dice "nosotros" o "nuestro", significa Cigna. Cuando dice "plan" o "nuestro plan", significa Cigna-HealthSpring Advantage (HMO)).

Cigna-HealthSpring tiene contrato con Medicare para planes PDP, planes HMO y PPO en ciertos estados, y con ciertos programas estatales de Medicaid. La inscripción en Cigna-HealthSpring depende de la renovación de contrato.

Para obtener mayor información de nuestra compañía en la manera que más le convenga, llame al Servicio de Atención al Cliente (los números telefónicos se encuentran en la contraportada de este libro). Podemos brindarle información en braille, impresa en letras grandes u otros formatos alternativos si lo necesita.

Los beneficios, y/o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2020.

La red de proveedores puede cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario.



Constancia de cobertura para el 2019

Índice

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

Capítulo 1.	Primeros pasos como miembro	4
	Explica lo que significa estar en un plan de salud de Medicare y cómo utilizar este libro. Informa sobre los materiales que le enviaremos, sus primas del 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	11
	Le informa cómo comunicarse con nuestro plan (Cigna-HealthSpring Advantage (HMO)) y con otras organizaciones, incluida Medicare, el Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP), la Organización para la Mejora de la Calidad, el Seguro Social, Medicaid (el programa estatal de seguros de salud para personas con bajos ingresos), y la Railroad Retirement Board (Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios).	
Capítulo 3.	Cómo utilizar la cobertura del plan para sus servicios médicos.....	21
	Explica los datos importantes que necesita saber sobre la obtención de su atención médica como miembro de nuestro plan. Los temas incluyen cómo utilizar los proveedores en la red del plan y cómo obtener atención médica cuando tiene una emergencia.	
Capítulo 4.	Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)	31
	Proporciona los detalles sobre los tipos de atención médica que están cubiertos y los que <i>no</i> están cubiertos en su caso como miembro de nuestro plan. Explica la cantidad que usted pagará como su parte del costo para su atención médica cubierta.	
Capítulo 5.	Cómo solicitar que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted ha recibido por servicios médicos cubiertos.	65
	Explica cuándo y cómo enviarnos una factura cuando quiere solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo por servicios cubiertos.	
Capítulo 6.	Sus derechos y responsabilidades.....	70
	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 hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)	78
	Proporciona instrucciones detalladas sobre lo que debe hacer si tiene problemas o inquietudes como miembro de nuestro plan.	
	<ul style="list-style-type: none"> • Explica cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones si tiene problemas para obtener la atención médica o los medicamentos recetados que cree que están cubiertos por nuestro plan. Esto incluye solicitarnos que continuemos cubriendo la atención hospitalaria y ciertos tipos de servicios médicos si usted cree que su cobertura está terminando demasiado pronto. • Explica cómo presentar quejas sobre la calidad de la atención médica, los tiempos de espera, el Servicio de Atención al Cliente y otras inquietudes. 	

Capítulo 8.	Cómo finalizar su membresía en el plan	105
	Explica 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	111
	Incluye avisos sobre la ley aplicable y sobre la no discriminación.	
Capítulo 10.	Definiciones de palabras importantes.....	115
	Explica términos clave utilizados en este libro. Material ID:	

CAPÍTULO 1

Primeros pasos como miembro

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1	Introducción	5
Sección 1.1	Usted está inscrito en Cigna-HealthSpring Advantage (HMO), que es un HMO de Medicare	5
Sección 1.2	¿De qué trata el libro <i>Constancia de cobertura</i> ?	5
Sección 1.3	Información legal sobre la <i>Constancia de cobertura</i>	5
SECCIÓN 2	¿Qué lo hace elegible para ser un miembro del plan?	5
Sección 2.1	Sus requisitos de elegibilidad	5
Sección 2.2	¿Qué son la Parte A y la Parte B de Medicare?	6
Sección 2.3	Esta es el área de servicios del plan para nuestro plan	6
Sección 2.4	U.S. Ciudadanía estadounidense o permanencia legal	6
SECCIÓN 3	¿Qué otros materiales obtendrá de nosotros?	6
Sección 3.1	Su tarjeta de membresía del plan: utilícela para obtener toda la atención cubierta	6
Sección 3.2	El <i>Directorio de farmacias y proveedores</i> : su guía a todos los proveedores de la red del plan	7
SECCIÓN 4	Su prima mensual para nuestro plan	7
Sección 4.1	¿Cuál es el monto de su prima del plan?	7
Sección 4.2	¿Podemos cambiar la prima mensual de su plan durante el año?	8
SECCIÓN 5	Mantenga actualizado su registro de membresía del plan	8
Sección 5.1	Cómo ayudar a garantizar que contamos con información precisa sobre usted	8
SECCIÓN 6	Protegemos la privacidad de su información de salud personal	9
Sección 6.1	Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida	9
SECCIÓN 7	Cómo funciona otro seguro con nuestro plan	9
Sección 7.1	¿Qué plan paga primero cuando tiene otro seguro?	9

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Usted está inscrito en Cigna-HealthSpring Advantage (HMO), que es un HMO de Medicare

Usted está cubierto por Medicare, y ha escogido obtener su cobertura de salud por medio de nuestro plan, Cigna-HealthSpring Advantage (HMO).

La cobertura bajo este plan califica como cobertura de salud elegible (QHC) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida para personas particulares de la Ley de protección al paciente y cuidado de salud a bajo precio (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families> para obtener más información.

Existen diferentes tipos de planes de salud de Medicare. Cigna-HealthSpring Advantage (HMO) es un Plan HMO de Medicare Advantage (HMO significa Organización para el Mantenimiento de la Salud) aprobado por Medicare y dirigido por una compañía privada Cigna-HealthSpring Advantage (HMO) no incluye la cobertura de medicamentos recetados Parte D.

Sección 1.2 ¿De qué trata el libro *Constancia de cobertura*?

Este folleto, *Constancia de cobertura*, le informa cómo acceder que nuestro plan cubra su atención médica de Medicare. En este folleto se explican sus derechos y responsabilidades, lo que se cubre y lo que usted paga como miembro del plan.

La palabra "cobertura" y "servicios cubiertos" se refiere a la atención y servicios médicos disponibles para usted como miembro de Cigna-HealthSpring Advantage (HMO).

Es importante para usted saber cuáles son las reglas del plan y qué servicios están disponibles en su caso. Le recomendamos que se tome un tiempo para revisar este libro, *Constancia de cobertura*.

Si está confundido, preocupado o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente de nuestro plan (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro).

Sección 1.3 Información legal sobre la *Constancia de cobertura*

Forma parte de nuestro contrato con usted

Esta *Constancia 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 cualquier notificación que reciba de nosotros sobre cargos a su cobertura o condiciones que afecten su cobertura. Estas notificaciones algunas veces se denominan "cláusulas" o "enmiendas".

El contrato está en vigencia durante los meses en los que usted esté inscrito en nuestro plan entre el 1 de enero de 2019 y el 31 de diciembre de 2019.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de nuestro plan después del 31 de diciembre de 2019. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan u ofrecerlo en un área de servicios diferente, luego del 31 de diciembre de 2019.

Medicare debe aprobar nuestro plan cada año

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar nuestro plan cada año. Puede continuar obteniendo cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre que elijamos continuar ofreciendo el plan y Medicare renueve su aprobación del plan.

SECCIÓN 2 ¿Qué lo hace elegible para ser un miembro del plan?

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para la membresía en nuestro plan siempre que:

- Tenga la Parte A y Parte B de Medicare (en la Sección 2.2 se brinda información sobre la Parte A y la Parte B de Medicare)
- — y — viva dentro del área de cobertura de nuestro servicio (Sección 2.3 más adelante describe nuestra área de servicio)
- — y — Usted es un ciudadano de los Estados Unidos o está presente en los Estados Unidos de manera legal
- — y — no tenga Enfermedad Renal en Etapa Terminal (End Stage Renal Disease, ESRD), con excepciones limitadas, por ejemplo, si desarrolla ESRD cuando ya es miembro de un plan que ofrecemos, o era miembro de un plan Medicare Advantage diferente que finalizó.

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

Quando se inscribió por primera vez para Medicare, recibió información sobre qué servicios están cubiertos en la Parte A y la Parte B de Medicare. Recuerde:

- Generalmente, la Parte A de Medicare cubre servicios prestados por hospitales (para pacientes internados, 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 servicios del plan para nuestro plan

Si bien Medicare es un programa federal, nuestro plan está disponible solo para personas que viven en nuestra área de servicios del plan. Para permanecer como miembro de nuestro plan, debe continuar viviendo en el área de servicios del plan. El área de servicios se describe a continuación.

Nuestra área de servicios incluye los siguientes condados en Kansas y Missouri: Johnson y Wyandotte en Kansas; y Clay, Jackson, Platte, y Ray en Missouri:

Si planea mudarse fuera del área de servicios, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro). Cuando se mude, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá cambiar a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare que se encuentre disponible en su nueva ubicación.

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


Sección 2.4 U.S. Ciudadanía estadounidense o permanencia legal

Todo miembro de un plan de salud de Medicare debe ser ciudadano de los Estados Unidos o debe tener permanencia legal en los Estados Unidos. Medicare (Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services)) notificarán a Cigna-HealthSpring Advantage (HMO) si usted no es elegible para continuar siendo miembro por este motivo. Cigna-HealthSpring Advantage (HMO) lo debe desasociar si usted no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 ¿Qué otros materiales obtendrá de nosotros?

Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan: utilícela para obtener toda la atención cubierta

Mientras es miembro de nuestro plan, debe utilizar su tarjeta de membresía de nuestro plan cuando obtenga cualquier servicio cubierto por este plan. También debe mostrar al proveedor su tarjeta de Medicaid, si aplica. La siguiente es una tarjeta de membresía de muestra para que vea cómo será la suya:

		<---Org name---> <Plan Name> <Plan Type>	
ID	<Member ID>	<contract/PBP>	
Name	<Member Full Name>		
Health Plan	(80840)	<year>	
PCP	<Doctor's Name>		
PCP Phone	<XXX-XXX-XXXX>		
PCP Network	<Network>		
COPAYS			
PCP	<\$XX>	Specialist	<\$XX>
Emergency	<\$XX>	Urgent Care	<\$XX>

This card does not guarantee coverage or payment.

<barcode>

Customer Service: <--Toll Free Number--> (TTY 711)
 [Services may require a referral or authorization by the Health Plan.]
 [Medicare limiting charges apply.]

Provider Services: <Phone Number>
Authorization/Referral: <Phone Number>
Medical Claims: <Address>, <Address>, <City>, <State> <Zip>

<URL>

Mientras sea miembro de nuestro plan, **usted no debe usar la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare** para obtener los servicios médicos cubiertos (a excepción de los estudios de investigación clínica de rutina y servicios de cuidados para pacientes terminales). Es posible que le pidan que muestre su tarjeta de Medicare nueva si necesita servicios hospitalarios. Conserve su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en un lugar seguro en caso de que la necesite posteriormente.

A continuación le explicamos por qué esta cuestión 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 Cigna-HealthSpring Advantage (HMO) mientras sea miembro de un plan, podría tener que pagar el costo total usted mismo.

Si su tarjeta de membresía del plan está dañada, se perdió o se la robaron, llame al Servicio de Atención al Cliente de inmediato y le enviaremos una nueva tarjeta. (Los números de teléfono del Servicio de Atención al Cliente están impresos en la contraportada de este libro).

Sección 3.2 El Directorio de farmacias y proveedores: su guía a todos los proveedores de la red del plan

El *Directorio de farmacias y proveedores* enumera nuestros proveedores y proveedores de equipo médico duradero de la red.

¿Qué son los “proveedores de la red”?

Los proveedores de la red son médicos y otros profesionales de atención médica, grupos de médicos, proveedores de equipo médico duradero hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y toda participación en los costos del plan como pago total. Hemos acordado que estos proveedores presten los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. La lista más actualizada de proveedores se encuentra disponible en nuestro sitio web www.cignahealthspring.com.

¿Por qué necesita saber qué proveedores son parte de nuestra red?

Es importante saber qué proveedores son parte de nuestra red porque, con excepciones limitadas, mientras es miembro de nuestro plan, usted debe utilizar proveedores de la red para recibir atención y servicios médicos. Cuando selecciona un médico de atención primaria (Primary Care Physician, PCP), también está seleccionando una red completa (un grupo específico de proveedores del plan) de especialistas y hospitales a los cuales su PCP lo remitirá. Si existen especialistas u hospitales específicos que desea utilizar, debe averiguar si su PCP envía sus pacientes a estos proveedores. Cada PCP del plan cuenta con ciertos especialistas y hospitales del plan que utiliza para las remisiones. Esto significa que el PCP que elija determinará los especialistas y hospitales que usted puede utilizar. Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente para obtener detalles con respecto a los especialistas y hospitales que puede utilizar. Las únicas excepciones son casos de emergencia, servicios de urgencia cuando la red no se encuentra disponible (en general, cuando está fuera del área), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que nuestro plan autoriza la utilización de proveedores fuera de la red. Consulte el Capítulo 3 (*Cómo utilizar la cobertura del plan para sus servicios médicos*) para obtener información más específica sobre cobertura de emergencia, fuera de la red y fuera del área de cobertura.

Si no tiene el ejemplar del *Directorio de farmacias y proveedores*, puede solicitar uno al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro). Puede solicitarle al Servicio de Atención al Cliente más información sobre nuestros proveedores de la red, incluidas sus calificaciones. También puede buscar el *Directorio de farmacias y proveedores* en www.cignahealthspring.com o descargarlo desde este sitio web. El Servicio de Atención al Cliente y el sitio web pueden ofrecerle información actualizada sobre los cambios en nuestros proveedores de la red.

SECCIÓN 4 Su prima mensual para nuestro plan

Sección 4.1 ¿Cuál es el monto de su prima del plan?

Usted no debe pagar una prima mensual del plan por separado para su plan. Usted debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare (salvo que Medicaid u otro tercero pague su prima de la Parte B).

En algunos casos, su prima del plan podría ser mayor

Si usted se inscribió para recibir beneficios adicionales, también llamados “beneficios opcionales suplementarios”, usted paga una prima adicional de \$46.10 cada mes por estos beneficios adicionales. Si tiene alguna pregunta acerca de las primas de su plan, llame a los Servicios de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Como se explicó en la Sección 2 anterior, para ser elegible para nuestro plan, debe tener la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare. Algunos miembros del plan (aquellos que no son elegibles para la Parte A sin prima) pagan una prima para la Parte A de Medicare. La mayoría de los miembros del plan pagan una prima para la Parte B de Medicare. **Debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.**

Su copia de *Medicare y Usted 2019* contiene información acerca de estas primas en la sección llamada "Costos de Medicare 2019". Aquí se explica cómo la prima de Medicare Parte B difiere para personas con diferentes ingresos. Todas las personas que tienen Medicare reciben un ejemplar del manual *Medicare y usted* cada otoño. Los nuevos usuarios de Medicare lo reciben en un plazo de un mes después de su primera inscripción. También puede descargar una copia de *Medicare y usted 2019* del sitio web de Medicare (<http://www.medicare.gov>). O bien, puede solicitar una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.2 ¿Podemos cambiar la prima mensual de su plan durante el año?

No. No estamos autorizados a comenzar a cobrar una prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia para el año próximo, le informaremos en septiembre, y el cambio entrará en vigencia el 1 de enero.

SECCIÓN 5 Mantenga actualizado su registro de membresía del plan

Sección 5.1 Cómo ayudar a garantizar que contamos con información precisa sobre usted

Su registro de membresía tiene información de su formulario de inscripción, incluso su dirección y número de teléfono. Muestra su cobertura específica del plan, incluido su proveedor de atención primaria/grupo médico/IPA. Un Grupo médico es una asociación de proveedores de atención primaria (PCP), especialistas y/o proveedores auxiliares, como terapeutas y radiólogos. Una Asociación de Médicos Independientes, o IPA, es un grupo de médicos de atención primaria y especializada que trabajan juntos en la coordinación de sus necesidades médicas.

Los médicos, hospitales, y otros proveedores en la red del plan necesitan tener información correcta acerca de usted. **Estos proveedores de la red utilizan su registro de membresía para saber qué medicamentos están cubiertos y los montos de participación en los costos para usted.** Debido a esto, es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

Infórmenos sobre estos cambios:

- Cambios en su nombre, dirección 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, tal como demandas por un accidente automovilístico
- Si ingresó en una residencia de ancianos
- Si recibe atención en un hospital o ofisala de emergencia fuera de la red o fuera del área
- Si su parte responsable designada (tal como su cuidador) cambia
- Si participa en un estudio de investigación clínica

Si alguna de esta información cambia, infórmenos llamando al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro).

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

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

Medicare requiere que reunamos información suya sobre cualquier otra cobertura de seguro médico y/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 usted tiene otro seguro, consulte la Sección 7 de este capítulo).

Una vez al año, y también cuando Medicare nos informa sobre los cambios en su otra cobertura de seguro, le enviaremos una carta junto con un cuestionario para confirmar la otra cobertura de seguro. Complete el cuestionario y envíenoslo o llame al Servicio de Atención al Cliente para informarnos si aún cuenta con la otra cobertura de seguro o ha finalizado. Si usted tiene otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que no figure en la carta, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente para informarnos cuál es la otra cobertura (el número de teléfono del Servicio de Atención al Cliente está impreso en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 6 Protegemos la privacidad de su información de salud personal

Sección 6.1 Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida

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

Para obtener más información sobre cómo protegemos su información de salud personal, consulte el Capítulo 6, Sección 1.4 de este folleto.

SECCIÓN 7 Cómo funciona otro seguro con nuestro plan

Sección 7.1 ¿Qué plan paga primero cuando tiene otro seguro?

Cuando tiene otro seguro (como 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 primario” y paga hasta los límites de su cobertura. El que paga segundo, denominado “pagador secundario”, solamente paga si quedaron costos no cubiertos por la cobertura primaria. Es posible que el pagador secundario no pague todos los costos no cubiertos.

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

- Si tiene cobertura de jubilado, Medicare paga primero.
- Si su cobertura del plan de salud grupal se basa en su empleo o en el empleo actual de un familiar, quién paga primero depende de su edad, la cantidad de gente empleada por su empleador y de si usted tiene Medicare sobre la base de la edad, discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal (ESRD):
 - Si tiene menos de 65 años, padece una discapacidad y usted o su familiar todavía trabajan, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados o al menos un empleador en un plan de empleador múltiple que tiene más de 100 empleados.
 - Si tiene más de 65 años y usted o su cónyuge todavía trabajan, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 o más empleados o al menos un empleador en un plan de empleador múltiple que tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare debido a ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de que sea elegible para Medicare.

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

- Seguro contra todo riesgo (incluso seguro de automóvil)
- Responsabilidad (incluso seguro de automóvil)
- Beneficios para silicosis
- Compensación de los trabajadores

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

Si tiene otro seguro, infórmelo a su médico, hospital y farmacia. Si tiene preguntas sobre quién paga primero o necesita actualizar la información de su otro seguro, llame al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro). Es posible que necesite dar su número de identificación de miembro del plan a sus otros aseguradores (una vez confirmada su identidad), así sus facturas se pagan correctamente y a tiempo.

CAPITULO 2

*Números telefónicos
y recursos importantes*

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1	Contactos del plan (cómo ponerse en contacto con nosotros, incluso cómo comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente del plan).....	12
SECCIÓN 2	Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare)	15
SECCIÓN 3	Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (ayuda, información y respuestas gratuitas a sus preguntas sobre Medicare)	16
SECCIÓN 4	Organización para la mejora de la calidad (pagada por Medicare para controlar la calidad de la atención para las personas con Medicare)	17
SECCIÓN 5	Seguro Social	18
SECCIÓN 6	Medicaid (un programa estatal y federal conjunto que ayuda con los costos médicos para algunas personas con ingresos y recursos limitados)	18
SECCIÓN 7	Cómo comunicarse con la Railroad Retirement Board (Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios)	19
SECCIÓN 8	¿Tiene un “seguro grupal” u otra cobertura de salud de un empleador?	19

SECCIÓN 1 Contactos del plan (cómo ponerse en contacto con nosotros, incluso cómo comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente del plan)**Cómo comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente de nuestro plan**

Para obtener asistencia con preguntas sobre reclamaciones, facturación o tarjetas de miembros, llame o escriba al Servicio de Atención al Cliente de nuestro plan. Nos complacerá ayudarlo.

Medio	Servicio de Atención al Cliente Información de contacto
TELÉFONO	<p>1-800-668-3813</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Atención al cliente está disponible del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, sábado de 8 a.m. a 5 p.m. hora local. Puede utilizarse el servicio de mensajes los fines de semana, después del horario laboral y en los feriados federales.</p> <p>El Servicio de Atención al Cliente cuenta también con servicio gratuito de intérprete de idiomas para aquellas personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Para llamar a este número, se necesita un equipo telefónico especial y está destinado solo a personas con dificultades para oír o hablar.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Atención al cliente está disponible del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, sábado de 8 a.m. a 5 p.m. hora local. Puede utilizarse el servicio de mensajes los fines de semana, después del horario laboral y en los feriados federales.</p>
FAX	1-888-766-6403
CORREO POSTAL	<p>Cigna-HealthSpring, Attn: Member Services, 2800 North Loop West, Houston, TX 77092</p> <p>LetUsHelpYou@healthspring.com</p>
SITIO WEB	www.cignahealthspring.com

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

Una "decisión de cobertura" es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y cobertura o acerca del monto que pagaremos por sus servicios médicos. Para obtener más información sobre decisiones de cobertura de sus cuidados médicos, consulte el Capítulo 7 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

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

Medio	Decisiones de cobertura para la atención médica Información de contacto
TELÉFONO	<p>1-800-668-3813</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Atención al cliente está disponible del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, sábado de 8 a.m. a 5 p.m. hora local. Puede utilizarse el servicio de mensajes los fines de semana, después del horario laboral y en los feriados federales.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Para llamar a este número, se necesita un equipo telefónico especial y está destinado solo a personas con dificultades para oír o hablar.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Atención al cliente está disponible del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, sábado de 8 a.m. a 5 p.m. hora local. Puede utilizarse el servicio de mensajes los fines de semana, después del horario laboral y en los feriados federales.</p>
FAX	<p>1-888-586-9946</p>
CORREO POSTAL	<p>Cigna-HealthSpring, Attn: Precertification Department, P.O. Box 20002, Nashville, TN 37202</p>

Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre su atención médica

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

Medio	Apelaciones de Atención Médica Información de Contacto
TELÉFONO	1-800-511-6943 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes de 7 a.m. a 9 p.m. hora local. Servicio de mensajería los fines de semana, después del horario laboral y en feriados federales.
TTY	711 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 de atención es de lunes a viernes de 7 a.m. a 9 p.m. hora local. Servicio de mensajería los fines de semana, después del horario laboral y en feriados federales.
FAX	1-800-931-0149
CORREO POSTAL	Cigna-HealthSpring, Attn: Part C Appeals, P.O. Box 24087, Nashville, TN 37202-4087

Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una queja sobre su atención médica

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

Medio	Quejas sobre su atención médica Información de contacto
TELÉFONO	1-800-668-3813 Las llamadas a este número son gratuitas. Atención al cliente está disponible del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, sábado de 8 a.m. a 5 p.m. hora local. Puede utilizarse el servicio de mensajes los fines de semana, después del horario laboral y en los feriados federales.
TTY	711 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. Atención al cliente está disponible del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, sábado de 8 a.m. a 5 p.m. hora local. Puede utilizarse el servicio de mensajes los fines de semana, después del horario laboral y en los feriados federales.
CORREO POSTAL	Cigna-HealthSpring, Attn: Member Grievances, P.O. Box 2888, Houston, TX 77252
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede enviar una queja sobre nuestro plan directamente a Medicare. Para enviar una queja en línea a Medicare ingrese en https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

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

Para obtener más información sobre situaciones en las que posiblemente necesite solicitar al plan un reembolso o pagar una factura que usted ha recibido de un proveedor, consulte el Capítulo 5 (*Cómo solicitar que paguemos nuestra parte del costo de servicios médicos cubiertos*).

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

Medio	Solicitudes de pago Información de contacto
CORREO POSTAL	Cigna-HealthSpring, Attn: Direct Member Reimbursement, Medical Claims, P.O. Box 20002, Nashville, TN 37202
SITIO WEB	www.cignahealthspring.com

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

Medicare es el programa federal de seguros de salud para personas de 65 años o más, 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, incluidos nosotros.

Medio	Medicare – Información de contacto
TELÉFONO	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	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.

Medio	Medicare – Información de contacto
SITIO WEB	<p data-bbox="358 222 659 254">https://www.medicare.gov</p> <p data-bbox="358 268 1554 436">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 folletos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar la información de contacto de Medicare en su estado.</p> <p data-bbox="358 451 1511 514">El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre su elegibilidad de Medicare y las opciones de inscripción con las siguientes herramientas:</p> <ul data-bbox="386 529 1511 743" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="386 529 1455 592">• Herramienta de elegibilidad de Medicare: Proporciona la información sobre el estado de elegibilidad de Medicare. <li data-bbox="386 609 1511 743">• Buscador de planes de Medicare: Brinda información personalizada sobre los planes de medicamentos recetados de Medicare disponibles, los planes de salud de Medicare y las pólizas Medigap (Seguro suplementario de Medicare) en su área. Estas herramientas proporcionan una <i>estimación</i> de lo que podrían ser sus costos directos en los diferentes planes de Medicare. <p data-bbox="358 758 1490 821">También puede utilizar el sitio web para informar a Medicare acerca de las quejas que pueda tener sobre nuestro plan:</p> <ul data-bbox="386 835 1490 970" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="386 835 1490 970">• Informe a Medicare sobre su queja: Puede enviar una queja sobre nuestro plan directamente a Medicare. Para enviar una queja a Medicare, ingrese en https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas en serio y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare. <p data-bbox="358 984 1536 1152">Si no tiene una computadora, su centro para personas de la tercera edad o biblioteca local pueden ayudarlo a visitar este sitio web utilizando la computadora de ellos. O bien puede llamar a Medicare y decirles qué información está buscando. Ellos encontrarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).</p>

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

El Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en cada estado. A continuación, una lista de los programas estatales de asistencia sobre seguros de salud en cada estado donde prestamos servicios:

- En Kansas, el SHIP se llama Senior Health Insurance Counseling for Kansas (SHICK)
- En Missouri, el SHIP se llama CLAIM State Health Insurance Assistance Program

El Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (SHIP) es independiente (no está vinculado con ninguna compañía de seguros ni plan de salud). Es un programa estatal que obtiene dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento local gratuito sobre seguros médicos a las personas que tienen Medicare.

Los asesores del Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (SHIP) pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare. Pueden ayudarlo 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 Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (SHIP) también pueden ayudarlo a comprender las opciones de su plan de Medicare y responder preguntas sobre el cambio de planes.

Medio	Senior Health Insurance Counseling for Kansas (SHICK) (el SHIP de Kansas) – Información de Contacto
TELÉFONO	1-800-860-5260
TTY	1-785-291-3167 Para llamar a este número, se necesita un equipo telefónico especial y está destinado solo a personas con dificultades para oír o hablar.
CORREO POSTAL	Senior Health Insurance Counseling for Kansas (SHICK), Kansas Department for Aging and Disability Services, New England Building, 503 S. Kansas Avenue, Topeka, KS 66603-3404
SITIO WEB	www.kdads.ks.gov/SHICK/shick_index.html

Medio	CLAIM State Health Insurance Assistance Program (el SHIP de Missouri) – Información de Contacto
TELÉFONO	1-800-390-3330
CORREO POSTAL	CLAIM State Health Insurance Assistance Program, c/o Primaris, 200 N. Keene Street, Suite 101, Columbia, MO 65201
SITIO WEB	www.missouricclaim.org

SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad (pagada por Medicare para controlar la calidad de la atención para las personas con Medicare)

Existe una Organización para la mejora de la calidad designada para atender a los beneficiarios de Medicare en cada estado. A continuación, una lista de las organizaciones para la mejora de la calidad en cada estado donde prestamos servicios:

- En Kansas, la Organización para la mejora de la calidad se llama KEPRO
- En Missouri, la Organización para la mejora de la calidad se llama KEPRO

La Organización para la mejora de la calidad tiene un grupo de médicos y de otros profesionales de 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 con Medicare. La Organización para la mejora de la calidad es una organización independiente. No está relacionada con nuestro plan.

Debe comunicarse con La Organización para la mejora de la calidad en cualquiera de las siguientes situaciones:

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

Medio	KEPRO (Organización para la mejora de la calidad de Kansas) Información de contacto
TELÉFONO	1-855-408-8557 El horario es de lunes a viernes de 9 a.m. a 5 p.m., fines de semana y feriados de 11 a.m. a 3 p.m.
CORREO POSTAL	KEPRO, 5201 W. Kennedy Blvd., Suite 900, Tampa, FL 33609
SITIO WEB	www.keproqio.com

Medio	KEPRO (Organización para la mejora de la calidad de Missouri) Información de contacto
TELÉFONO	1-855-408-8557 El horario es de lunes a viernes de 9 a.m. a 5 p.m., fines de semana y feriados de 11 a.m. a 3 p.m.
CORREO POSTAL	KEPRO, 5201 W. Kennedy Blvd., Suite 900, Tampa, FL 33609
SITIO WEB	www.keproqio.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y manejar la inscripción para Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y residentes permanentes legales mayores de 65 años o aquellos que tienen una discapacidad o padecen de enfermedad renal en etapa terminal y cumplen con ciertas condiciones, son elegibles para Medicare. Si ya está recibiendo cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no está recibiendo cheques del Seguro Social, tiene que inscribirse en Medicare. El Seguro Social maneja el proceso de inscripción para Medicare. Para solicitar Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar su oficina local del Seguro Social.

Si se muda o cambia su dirección postal, es importante que se contacte con el Seguro Social para informarles.

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

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

Medicaid es un programa estatal y federal conjunto que ayuda con los costos médicos para ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Algunas personas con Medicare también son elegibles para Medicaid.

Además, hay programas ofrecidos a través de Medicaid que ayudan a las personas con Medicare a pagar los costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos "Programas de ahorro de Medicare" ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero todos los años:

- **Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y Parte B de Medicare y otra participación en los costos (como deducibles, coseguros y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid (QMB+)).
- **Beneficiario de Medicare de bajos ingresos especificados (Specified Low Income Medicare Beneficiary, SLMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid (SLMB+)).
- **Persona calificada (Qualified Individual, QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Personas que trabajan y padecen una discapacidad calificada (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:

- En Kansas, la Agencia de Medicaid se llama KanCare
- En Missouri, la Agencia de Medicaid se llama MO HealthNet Division

Medio	KanCare (Programa de Medicaid de Kansas) Información de contacto
TELÉFONO	1-800-792-4884 El horario es de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.
TTY	1-800-792-4292 Para llamar a este número, se necesita un equipo telefónico especial y está destinado solo a personas con dificultades para oír o hablar.
CORREO POSTAL	KanCare, P.O. Box 3599, Topeka, KS 66601-9738
SITIO WEB	www.kancare.ks.gov/

Medio	MO HealthNet Division (Programa de Medicaid de Missouri) Información de contacto
TELÉFONO	1-573-751-3425 o 1-800-392-2161 El horario es de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.
TTY	1-800-735-2966 Para llamar a este número, se necesita un equipo telefónico especial y está destinado solo a personas con dificultades para oír o hablar.
CORREO POSTAL	The State of Missouri, MO HealthNet Division, 615 Howerton Court, P.O. Box 6500, Jefferson City, MO 65102-6500
SITIO WEB	http://dss.mo.gov/mhd

SECCIÓN 7 Cómo comunicarse con la Railroad Retirement Board (Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios)

La Railroad Retirement Board es una agencia federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores ferroviarios nacionales y sus familias. Si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios de la Railroad Retirement Board, comuníquese con la agencia.

Si usted recibe Medicare a través de la Railroad Retirement Board, es importante que les informe si se muda o si cambia su dirección postal.

Medio	Railroad Retirement Board Información de contacto
TELÉFONO	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 9 a.m. a 3:30 p.m., de lunes a viernes. Si tiene un teléfono de tono, los servicios automatizados y la información grabada están disponibles las 24 horas, incluidos los fines de semana y días feriados.
TTY	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.
SITIO WEB	https://secure.rrb.gov

SECCIÓN 8 ¿Tiene un "seguro grupal" u otra cobertura de salud de un empleador?

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



CAPITULO 3

*Cómo utilizar la cobertura del plan
para sus servicios médicos*

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

SECCIÓN 1	Lo que debe saber sobre cómo recibir su atención médica cubierta como miembro de nuestro plan ...	22
Sección 1.1	¿Qué son los “proveedores de la red” y los “servicios cubiertos”?	22
Sección 1.2	Reglas básicas para obtener su atención médica cubierta por el plan	22
SECCIÓN 2	Utilice los proveedores de la red del plan para recibir su atención médica	23
Sección 2.1	Usted debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) para que le proporcione y supervise su atención médica	23
Sección 2.2	¿Qué tipos de atención médica puede recibir sin tener la aprobación por adelantado de su PCP?	23
Sección 2.3	Cómo recibir atención médica de especialistas y otros proveedores de la red	24
Sección 2.4	Cómo obtener atención médica de proveedores fuera de la red	25
SECCIÓN 3	Cómo recibir servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o una urgencia, o durante un desastre	25
Sección 3.1	Cómo obtener atención si tiene una emergencia médica	25
Sección 3.2	Cómo recibir atención médica cuando tiene una necesidad urgente de servicios médicos	26
Sección 3.3	Cómo recibir atención médica durante un desastre	26
SECCIÓN 4	¿Qué sucede si le facturan directamente por el costo total de sus servicios cubiertos?	26
Sección 4.1	Puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos	26
Sección 4.2	Si nuestro plan no cubre los servicios, usted debe pagar el costo total	26
SECCIÓN 5	¿Cómo están cubiertos sus servicios médicos cuando se encuentra en un “estudio de investigación clínica”?	27
Sección 5.1	¿Qué es un “estudio de investigación clínica”?	27
Sección 5.2	Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga qué?	27
SECCIÓN 6	Reglas para obtener cobertura de atención en una “institución religiosa de cuidados de salud no médica”	28
Sección 6.1	¿Qué es una institución religiosa de cuidados de salud no médica?	28
Sección 6.2	¿Qué atención brindada por una institución religiosa de cuidados de salud no médica está cubierta por nuestro plan?	28
SECCIÓN 7	Reglas para la adquisición del equipo médico duradero	29
Sección 7.1	¿El equipo médico duradero será de su propiedad después de realizar cierta cantidad de pagos en nuestro plan?	29

SECCIÓN 1 Lo que debe saber sobre cómo recibir su atención médica cubierta como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica qué necesita saber para utilizar su plan para recibir cobertura por su atención médica. Proporciona definiciones de términos y explica las reglas que necesita seguir para obtener los tratamientos, servicios y otras formas de atención médica cubiertos por el plan.

Para obtener los detalles de la atención médica que está cubierta por nuestro plan y cuánto paga usted 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 ¿Qué son los “proveedores de la red” y los “servicios cubiertos”?

Las siguientes son algunas definiciones que pueden ayudarlo a comprender cómo obtener la atención médica y los servicios cubiertos en su caso como miembro de nuestro plan:

- **Los “proveedores”** son médicos y otros profesionales de atención médica autorizados por el estado para proporcionar atención y servicios médicos. El término “proveedores” también incluye los hospitales y otros centros de atención médica.
- **Los “proveedores de la red”** son médicos y otros profesionales de atención médica, grupos de médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y su participación en los costos del plan como pago total. Hemos acordado que estos proveedores presten los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan directamente a nosotros por la atención que le brindan. Cuando usted consulta a un proveedor de la red, paga solo su parte de los costos por sus servicios.
- **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 un plan de salud de Medicare, nuestro plan debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y debe seguir 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 folleto).
- **La atención médica que reciba se considere médicamente necesaria.** “Médicamente necesaria” significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con las normas aceptadas de práctica médica.
- **Usted tiene un proveedor de atención primaria (un PCP) de la red que le está proporcionando y supervisando su atención médica.** Como miembro de nuestro plan, usted debe elegir un PCP de la red (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
 - En la mayoría de las situaciones, su PCP de la red debe otorgarle la aprobación por adelantado antes de que usted pueda usar otros proveedores en la red del plan, tales como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica domiciliaria. Esto se denomina darle una “remisión”. Para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
 - Las remisiones de su PCP no son necesarias para la atención de emergencia o los servicios de urgencia. También existen otros tipos de atención que puede recibir sin tener la aprobación por adelantado de su PCP (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Debe recibir su atención médica de un proveedor de la red** (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, la atención médica que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no es parte de la red de nuestro plan) no estará cubierta. *A continuación le presentamos tres excepciones:*
 - El plan cubre atención médica de emergencia o urgencia de un proveedor que no se encuentra en la red de nuestro plan. Para obtener más información al respecto y para saber el significado de atención de emergencia o servicios de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.

- Si necesita atención médica por la que Medicare le exige cobertura a nuestro plan y los proveedores de nuestra red no pueden proporcionarle esta atención, puede recibir esta atención de un proveedor fuera de la red. Se debe obtener autorización del plan antes de buscar atención médica. En esta situación, usted pagará lo mismo que pagaría si hubiese recibido la atención médica de un proveedor de la red. Para recibir información sobre cómo obtener la aprobación para ver un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
- El plan cubre los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicios del plan.

SECCIÓN 2 Utilice los proveedores de la red del plan para recibir su atención médica

Sección 2.1 Usted debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) para que le proporcione y supervise su atención médica

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

Cuando usted se convierte en miembro de nuestro plan, debe elegir un proveedor del plan para que sea su médico de atención primaria (PCP). Su PCP es un médico cuya especialidad es medicina familiar, medicina interna, medicina general, medicina geriátrica o pediátrica que reúne los requisitos estatales y está capacitado para brindarle su atención médica básica. Como explicamos a continuación, usted recibirá su atención básica o de rutina de su PCP. Su PCP también “coordinará” el resto de los servicios cubiertos que reciba como miembro de nuestro plan. Por ejemplo, para ver a un especialista, usted debe tener la aprobación de su PCP primero (Esto se llama obtener una “remisión” a un especialista) Su PCP proporcionará la mayor parte de su atención y lo ayudará a organizar y coordinar el resto de los servicios cubiertos que usted recibe como miembro de nuestro plan. Esto incluye sus radiografías, exámenes de laboratorio, terapias, atención de médicos que son especialistas, admisiones al hospital, y atención de seguimiento. “Coordinar” sus servicios incluye verificar o consultar con otros proveedores del plan sobre su atención médica y cómo esta se está desarrollando. Si necesita ciertos tipos de servicios o suministros cubiertos, debe obtener la aprobación por adelantado de su PCP (de la misma manera que le otorga una remisión para consultar a un especialista). En algunos casos, su PCP necesitará obtener nuestra autorización previa (aprobación previa). Como su PCP proporcionará y coordinará su atención médica, usted debe haber enviado todos sus registros médicos anteriores al consultorio de su PCP. El Capítulo 6 le informa sobre cómo protegeremos la privacidad de sus registros médicos y su información personal de salud.

¿Cómo elige usted a su PCP?

Usted elige a un médico de atención primaria de su *Directorio de farmacias y proveedores*, y llama al Servicio de Atención al Cliente con su selección. El directorio se actualiza continuamente. Por lo tanto, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente para asegurarse de que el proveedor esté aceptando pacientes nuevos. El Servicio de Atención al Cliente está disponible para ayudarlo con su elección y a encontrar un médico que satisfaga sus necesidades. El Servicio de Atención al Cliente también puede ayudarlo a verificar si un proveedor se encuentra en nuestra red de médicos. Si existe algún especialista u hospital que usted quiera utilizar, primero verifique para asegurarse de que su PCP haga remisiones a ese especialista o use ese hospital. El nombre y el número de teléfono del consultorio de su PCP están impresos en su tarjeta de membresía.

Cómo cambiar de PCP

Puede cambiar de PCP por cualquier motivo, en cualquier momento. Además, es posible que su PCP deje de formar parte de la red de proveedores de nuestro plan y usted deba encontrar un nuevo PCP. Tenga en cuenta que cuando cambia de PCP, usted puede estar limitado a los especialistas y hospitales a quienes lo remita su nuevo PCP. Consulte la Sección 2.3 de este capítulo para obtener más detalles.

Su cambio se llevará a cabo el primero del mes siguiente. Para cambiar de PCP, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente. El Servicio de Atención al Cliente confirmará que el PCP al que usted desea cambiarse esté aceptando pacientes nuevos. Cambiaremos su registro de membresía al nuevo PCP y le confirmaremos cuándo entrará en vigencia el cambio a su nuevo PCP. Recibirá una nueva tarjeta de membresía que indique el nombre y el número de teléfono de su nuevo PCP.

Sección 2.2 ¿Qué tipos de atención médica puede recibir sin tener la aprobación por adelantado de su PCP?

Puede recibir los servicios que se detallan a continuación sin obtener una aprobación por adelantado de su PCP.

- Atención médica de rutina para mujeres, que incluye exámenes de senos, mamografías (radiografías de los senos), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre que reciba estos servicios de un proveedor de la red.
- Vacunas contra la gripe, contra la hepatitis B y la neumonía, siempre y cuando las reciba de un proveedor de la red.

- Servicios de emergencia de proveedores de la red o proveedores fuera de la red.
- Servicios de urgencia de proveedores de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no sean accesibles o no estén disponibles temporalmente (por ejemplo, cuando usted se encuentre temporalmente fuera del área de servicios del plan).
- Servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicios del plan. (De ser posible, llame al Servicio de Atención al Cliente antes de ausentarse del área de servicios, a fin de que podamos ayudarlo a coordinar su diálisis de mantenimiento mientras se encuentre lejos. Los números de teléfono del Servicio de Atención al Cliente están impresos en la contraportada de este libro).

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

Un especialista es un médico que proporciona servicios de atención médica para una enfermedad o una parte del cuerpo específica. Existen muchos tipos de especialistas. A continuación se presentan algunos ejemplos:

- Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos atienden a pacientes con afecciones cardíacas.
- Los ortopedistas atienden a pacientes con ciertas afecciones óseas, musculares o de las articulaciones.

Cuando su PCP cree que necesita tratamiento especializado, le proporcionará una remisión (aprobación por adelantado) para consultar con un especialista del plan o ciertos otros proveedores. Para algunos tipos de remisiones, su PCP puede necesitar obtener aprobación por adelantado del plan (esto se denomina obtener “autorización previa”). Consulte el Capítulo 4, Sección 2.1, para obtener información sobre los servicios que requieren autorización previa o remisión. Es muy importante obtener la remisión (aprobación por adelantado) del PCP antes de consultar a un especialista del plan o a otros proveedores específicos (existen algunas excepciones, las cuales incluyen la atención médica de rutina para mujeres que explicamos anteriormente en esta sección). **Si usted no tiene una remisión (aprobación por adelantado) antes de recibir los servicios de un especialista, es posible que deba pagar por estos servicios usted mismo.**

Si el especialista quiere que regrese para obtener más atención médica, verifique primero para asegurarse de que la remisión (aprobación por adelantado) que obtuvo de su PCP para la primera visita, cubra más visitas al especialista.

Cuando elija un PCP, también estará eligiendo una red completa (un grupo específico de proveedores del plan) de especialistas y hospitales a los cuales su PCP lo remitirá. Si existen especialistas u hospitales específicos que desea utilizar, debe averiguar si su PCP envía sus pacientes a estos proveedores. Cada PCP del plan cuenta con ciertos especialistas y hospitales del plan que utiliza para las remisiones. Esto significa que el PCP que elija determinará los especialistas y hospitales que usted puede utilizar. Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente para obtener detalles con respecto a los especialistas y hospitales que puede utilizar.

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

Es importante que usted sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de nuestro plan durante el año. Existen algunos motivos por los cuales su proveedor puede dejar el plan pero si su médico o especialista deja su plan, usted cuenta con ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare nos exige que le ofrezcamos acceso ininterrumpido a los médicos y especialistas calificados.
- Nos esforzaremos de buena fe por enviarle un aviso al menos 30 días antes de que su proveedor deje nuestro plan, para que usted tenga tiempo de elegir a un nuevo proveedor.
- Lo asistiremos para seleccionar a un nuevo proveedor calificado para que continúe administrando sus necesidades de atención médica.
- Si usted se encuentra realizando un tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo, y nosotros trabajaremos con usted para asegurarlo.
- Si cree que no le hemos ofrecido un proveedor calificado en reemplazo de su proveedor anterior o que su atención no se está administrando de manera adecuada, usted tiene derecho a presentar una apelación sobre nuestra decisión.
- Si se entera que su médico o especialista está dejando su plan, póngase en contacto con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor y administrar su atención médica.

Para asistencia, comuníquese al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro), y podrán ayudarlo a escoger un nuevo proveedor en su área. También puede consultar el *Directorio de*

farmacias y proveedores para obtener una lista de todos los proveedores de la red en su área o visitar nuestro sitio web en www.cignahealthspring.com para obtener el *Directorio de farmacias y proveedores*. Cuando elija a un proveedor en su área, puede llamar al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) y brindarles esta información.

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

Para los servicios cubiertos por Medicare, si usted requiere servicios especializados que no están disponibles de un proveedor en nuestra red, su PCP debe contactarse con nosotros para obtener una aprobación para que usted acuda a un proveedor que no esté en nuestra red. Una vez obtenida dicha aprobación, su PCP le notificará cuando el servicio esté autorizado. Los miembros tienen derecho a recibir servicios de proveedores fuera de la red en caso de emergencia o servicios de urgencia fuera del área de servicios. Los servicios de diálisis están cubiertos para los miembros con enfermedad renal en etapa terminal (End Stage Renal Disease, ESRD) que hayan viajado fuera del área de servicios del plan y no puedan acceder a proveedores con contrato para tratar la ESRD.

SECCIÓN 3 Cómo recibir servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o una urgencia, o durante un desastre

Sección 3.1 Cómo obtener atención si tiene una emergencia médica

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

Una “**emergencia médica**” se produce cuando usted, o cualquier otra persona que no sea profesional con conocimientos promedio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica de inmediato para evitar la pérdida de la vida, de una extremidad o del funcionamiento de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor agudo o afección médica que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo antes posible.** Llame al 911 para obtener ayuda o vaya a la sala de emergencias u hospital más cercano. Solicite una ambulancia si fuera necesario. *No* es necesario que primero obtenga la aprobación o una remisión de su PCP.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de que se haya informado a nuestro plan sobre su emergencia.** Necesitamos hacer un seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona debe llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente, en un plazo de 48 horas. Llame al Servicio de Atención al Cliente al número gratuito que se encuentra en el reverso de su tarjeta de membresía. Nuestro horario es desde el 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora local; sábado de 8 a.m. a 5 p.m. hora local. Puede utilizarse el servicio de mensajes los fines de semana, después del horario laboral y en los feriados federales. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Además, usted debe llamar a su PCP. El número de teléfono de su PCP se indica en la parte anterior de su tarjeta de membresía.

¿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 folleto.

Su plan cubre emergencias fuera del país. Para obtener más información, consulte el Cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este folleto.

Si tiene una emergencia, nos comunicaremos con los médicos que le proporcionen la atención de emergencia para ayudar a administrar su atención y realizar el seguimiento. Los médicos que le proporcionen la atención de emergencia decidirán cuándo su estado es estable y ya no representa una emergencia médica.

Cuando termine la emergencia, usted tendrá derecho a recibir atención de seguimiento para asegurarse de que su estado continúa estable. Su atención de seguimiento estará cubierta por nuestro plan. Si su atención de emergencia está a cargo de proveedores fuera de la red, intentaremos hacer los arreglos para que proveedores de la red se hagan cargo de su atención, tan pronto como su condición médica y las circunstancias lo permitan.

¿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.

Sin embargo, después de que el médico haya informado que *no* se trataba de una emergencia, cubriremos la atención médica adicional *solo* si usted la recibe de una de las siguientes dos maneras:

- Usted acude a un proveedor de la red para recibir la atención médica adicional.
- — o — la atención médica adicional que usted recibe se considera “servicios de urgencia” y usted sigue las reglas para recibir estos servicios de urgencia (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 3.2, que aparece a continuación).

Sección 3.2 Cómo recibir atención médica cuando tiene una necesidad urgente de servicios médicos

¿Qué son los “servicios de urgencia”?

Los “servicios de urgencia” se refieren a una enfermedad, lesión o afección médica imprevista, que no es de emergencia que requiere atención médica de inmediato. Los servicios de urgencia pueden ser prestados por proveedores de la red o fuera de la red, cuando los proveedores de la red no están disponibles o no puede acceder a ellos momentáneamente. La afección imprevista podría ser, por ejemplo, un empeoramiento inesperado de una afección conocida que tiene.

¿Qué sucede si usted se encuentra en el área de servicios del plan cuando tiene una necesidad urgente de atención médica?

Usted siempre debe intentar recibir servicios de urgencia de proveedores de la red. No obstante, si los proveedores no están disponibles o no puede acceder a ellos momentáneamente, y no es razonable que espere a recibir atención de un proveedor de la red cuando pueda acceder a la red, cubriremos los servicios de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red.

Para obtener una lista de los centros de atención de urgencia en nuestra red, consulte nuestro *Directorio de farmacias y proveedores*. Puede llamar al Servicio de Atención al Cliente para obtener información sobre cómo obtener acceso a los centros de atención de urgencia. (Los números de teléfono del Servicio de Atención al Cliente están impresos en la contraportada de este libro).

¿Qué sucede si usted se encuentra fuera del área de servicios del plan cuando tiene una necesidad urgente de atención médica?

Cuando usted se encuentra fuera del área de servicios y no puede obtener atención médica de un proveedor de la red, nuestro plan cubrirá los servicios de urgencia que usted reciba de cualquier proveedor.

Nuestro plan cubre los servicios de urgencia si usted recibe la atención fuera de los Estados Unidos. Para obtener más información, consulte el Cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este folleto.

Sección 3.3 Cómo recibir atención médica durante un desastre

Si el gobernador de su estado, la Secretaría de salud y servicios humanos de los EE.UU., o el presidente de los Estados Unidos declara estado de desastre o de emergencia en su área geográfica, usted continúa teniendo derecho a recibir atención de su plan.

Visite el siguiente sitio web para obtener información sobre cómo recibir atención durante un desastre: www.cigna.com/medicare/disaster-policy.

En general, si usted no puede acceder a un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá recibir atención de proveedores fuera de la red con una participación en los costos de la red.

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente por el costo total de sus servicios cubiertos?

Sección 4.1 Puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos

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

Sección 4.2 Si nuestro plan no cubre los servicios, usted debe pagar el costo total

Nuestro plan cubre todos los servicios médicos que son médicamente necesarios, que están enumerados en el Cuadro de beneficios médicos del plan (este cuadro está en el Capítulo 4 de este libro) y son obtenidos de acuerdo con las reglas del plan. Usted es responsable de pagar el costo total de los servicios que no están cubiertos por nuestro plan, ya sea porque no son servicios cubiertos por el plan o porque se recibieron fuera de la red y no fueron autorizados.

Si tiene alguna pregunta sobre si pagaremos alguna atención o servicio médico que usted está considerando, tiene derecho a preguntarnos si lo cubriremos antes de que usted lo reciba. También tiene derecho a solicitar dicha información por escrito. Si informamos que no cubriremos sus servicios, usted tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención médica.

El Capítulo 7 (*Qué 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. También puede llamar al Servicio de Atención al Cliente para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, usted paga el costo total de todos los servicios que reciba después de que haya agotado su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Por ejemplo, es posible que tenga que pagar el costo completo de cualquier atención que reciba en un centro de enfermería especializada después de que el pago de nuestro plan alcance el límite de beneficios. Una vez que use todo su límite de beneficios, los pagos adicionales que realice por el servicio no cuentan para su máximo costo directo anual. Puede llamar al Servicio de Atención al Cliente cuando desee saber cuánto límite de beneficio ya ha utilizado.

SECCIÓN 5 ¿Cómo están cubiertos sus servicios médicos cuando se encuentra en un “estudio de investigación clínica”?

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

Un estudio de investigación clínica (también denominado “ensayo clínico”) es una forma en que los médicos y científicos prueban nuevos tipos de atención médica, por ejemplo, cuán bien funciona un nuevo medicamento contra el cáncer. Ellos prueban medicamentos o procedimientos de atención médica nuevos, solicitando voluntarios que colaboren con el estudio. 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. Medicare debe aprobar primero 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 en 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. Puede participar en el estudio siempre y cuando cumpla con dichos requisitos y comprenda plenamente y acepte lo que implica su participación en el estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare pagará la mayoría de los costos de los servicios cubiertos que usted reciba como parte del estudio. Cuando se encuentra en 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 o la de su PCP. Los proveedores que le brindan atención médica como parte del estudio de investigación clínica, *no* tienen que ser necesariamente parte de la red de proveedores de nuestro plan.

Aunque no es necesario que obtenga permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, **debe informarnos antes de comenzar a participar en él.**

Si planea participar en un estudio de investigación clínica, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) para informar que participará en una investigación clínica y para conocer más detalles específicos sobre qué pagará su plan.

Sección 5.2 Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga qué?

Una vez que se una a un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, tendrá la cobertura de los artículos y servicios de rutina que usted reciba como parte del estudio, incluidos:

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

Original Medicare paga la mayor parte del costo de los servicios cubiertos que usted recibe como parte del estudio. Una vez que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan también pagará parte de los costos. Pagaremos la diferencia entre la participación en los costos de 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 recibe como parte del estudio que pagaría si hubiese recibido estos servicios de nuestro plan.

He aquí un ejemplo de cómo funciona la participación en los costos: Supongamos que se le realiza una prueba de laboratorio que cuesta \$100 como parte del estudio de investigación. También supongamos que su participación en los costos para esta prueba es de \$20 conforme a Original Medicare, pero la prueba costaría \$10 conforme a los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría \$80 por la prueba y nosotros pagaríamos los \$10 restantes. Esto significa que usted pagaría \$10, que es el mismo monto que pagaría conforme a los beneficios de nuestro plan.

Para que podamos pagar nuestra participación en los costos, usted deberá enviar una solicitud de pago. Junto con la solicitud, deberá enviarnos una copia de las notificaciones resumidas de Medicare u otra documentación que muestre qué servicios recibió como parte del estudio y cuánto adeuda. Consulte el Capítulo 5 para obtener más información acerca de presentar solicitudes de pago.

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

- Por lo general, Medicare *no* pagará el artículo o servicio nuevo que el estudio esté probando, a menos que Medicare cubra el artículo o servicio, incluso si usted *no* se encontrara en un estudio.
- Artículos y servicios que el estudio le proporciona a usted o a cualquier participante gratuitamente.
- Artículos o servicios proporcionados solo para 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 médica normalmente 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 (<https://www.medicare.gov>). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

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

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

Sección 6.2 ¿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 médico “no exceptuado” es toda atención o tratamiento médico *voluntario* y *no requerido* por ninguna ley local, estatal o federal.
- El tratamiento médico “exceptuado” es atención o tratamiento médico que usted recibe, que *no* es voluntario o que es *requerido* 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 proporciona 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 se le proporcionan en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
 - Debe tener una condición médica que le permita recibir servicios cubiertos para atención hospitalaria para pacientes internados o un centro de enfermería especializada;
 - — y — Usted debe obtener aprobación por adelantado de nuestro plan antes de ser admitido en la institución o su estadía no será cubierta.

Se aplican los límites de cobertura de Medicare para pacientes internados (consulte el Cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4).

SECCIÓN 7 Reglas para la adquisición del equipo médico duradero

Sección 7.1 ¿El equipo médico duradero será de su propiedad después de realizar cierta cantidad de pagos en nuestro plan?

El equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) incluye artículos, como equipo de oxígeno y suministros, sillas de ruedas, caminadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para la diabetes, dispositivos generadores de voz, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas hospitalarias pedidas por un proveedor para uso en el hogar. El miembro siempre es propietario de ciertos artículos, como las prótesis. En esta sección, analizamos otros tipos de DME que usted debe alquilar.

En Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de DME son propietarias del equipo después de pagar los copagos por el artículo durante 13 meses. Como miembro de nuestro plan, sin embargo, usted generalmente no será propietario de los artículos del DME alquilados, independientemente de cuántos copagos realice para el artículo mientras sea miembro de nuestro plan. En ciertas circunstancias limitadas, le transferiremos la propiedad del artículo del DME a usted. Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro) para averiguar sobre los requisitos que debe cumplir y la documentación que necesita proporcionar.

¿Qué sucede con los pagos realizados por el equipo médico duradero si cambia a Original Medicare?

Si usted no adquirió la propiedad del artículo del DME mientras estaba en nuestro plan, usted deberá hacer 13 nuevos pagos consecutivos después de cambiarse a Original Medicare para poder ser propietario del artículo. Los pagos que hizo mientras estaba en nuestro plan no cuentan para estos 13 pagos consecutivos.

Si realizó menos de 13 pagos por el artículo del DME en Original Medicare *antes* de inscribirse en nuestro plan, sus pagos anteriores tampoco cuentan para los 13 pagos consecutivos. Tendrá que realizar 13 pagos consecutivos nuevos después de regresar a Original Medicare para ser propietario del artículo. No existen excepciones para este caso cuando regresa a Original Medicare.

CAPÍTULO 4

*Cuadro de beneficios médicos
(qué está cubierto
y qué debe pagar)*

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)		
SECCIÓN 1	Cómo comprender sus costos directos por los servicios cubiertos	32
Sección 1.1	Tipos de costos directos que puede pagar por sus servicios cubiertos	32
Sección 1.2	¿Cuál es el monto máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare?	32
Sección 1.3	Nuestro plan no permite a los proveedores “facturarle el saldo”	32
SECCIÓN 2	Utilice el <i>Cuadro de beneficios médicos</i> para saber qué está cubierto para usted y cuánto deberá pagar	33
Sección 2.1	Sus costos y beneficios médicos como miembro del plan	33
Sección 2.2	Beneficios “opcionales suplementarios” adicionales que usted puede adquirir	58
SECCIÓN 3	¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?	60
Sección 3.1	Servicios que <i>no</i> cubrimos (exclusiones)	60

SECCIÓN 1 Cómo comprender sus costos directos por los servicios cubiertos

Este capítulo se centra en sus servicios cubiertos y en el monto que 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 explica los límites en ciertos servicios.

Sección 1.1 Tipos de costos directos que puede 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 directos que puede pagar por sus servicios cubiertos.

- 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 más 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 en la Sección 2 le informa más sobre su coseguro).

La mayoría de las personas que califican para Medicaid o para el programa Beneficiario calificado de Medicare (QMB) nunca deben pagar deducibles, copagos o coseguro. Asegúrese de mostrar prueba de su elegibilidad para Medicaid o QMB a su proveedor, si corresponde. Si cree que le están solicitando que pague indebidamente, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente.

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

Debido a que está inscrito en un Plan de Medicare Advantage, existe un límite respecto del monto de costo directo que tiene que pagar cada año por los servicios médicos dentro de la red que están cubiertos en virtud de la Parte A y la Parte B de Medicare (consulte el Cuadro de beneficios médicos en la Sección 2, a continuación). Este límite se denomina monto máximo directo para los servicios médicos.

Como miembro de nuestro plan, el monto máximo que tendrá que pagar de costo directo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B dentro de la red en 2019 es \$4,500. Los montos que paga por los copagos y coseguros para los servicios cubiertos dentro de la red, cuentan para este monto máximo directo. Además, los montos que paga por algunos servicios no cuentan para su monto máximo directo. Estos servicios aparecen en letra cursiva en el Cuadro de beneficios médicos. Si usted alcanza el monto máximo directo de \$4,500, no tendrá que pagar ningún costo directo durante el resto del año para los servicios cubiertos de la red de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare (a menos que la pague Medicaid u otro tercero).

Sección 1.3 Nuestro plan no permite a los proveedores “facturarle el saldo”

Como miembro de nuestro plan, una protección importante para usted es que solamente tiene que pagar su monto de participación en los costos cuando obtiene servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos a los proveedores que agreguen cargos por separado adicionales, llamados “facturación del saldo”. Esta protección (que usted nunca paga más que su monto de participación en los costos) se aplica, incluso si pagamos al proveedor menos de lo que cobra el proveedor por un servicio e incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

A continuación le contamos cómo funciona esta protección.

- Si su participación en los costos es un copago (un monto fijo de dólares, por ejemplo, \$15.00), entonces usted paga solamente ese monto por los servicios cubiertos de un proveedor de la red.
- Si su participación en los costos es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces usted nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende de qué tipo de proveedor consulta:
 - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (según se determina en el contrato entre el proveedor y el plan).
 - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa con Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Recuerde, el plan cubre los servicios de los proveedores fuera de la red solamente en ciertas situaciones, como cuando obtiene una remisión).

- Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Recuerde, el plan cubre los servicios de los proveedores fuera de la red solamente en ciertas situaciones, como cuando obtiene una remisión).
- Si cree que un proveedor le ha “facturado el saldo”, llame al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos 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

Sección 2.1 Sus costos y beneficios médicos como miembro del plan

El Cuadro de beneficios médicos que se encuentra en las siguientes páginas enumera los servicios que cubre nuestro plan y lo que usted debe pagar como costos directos 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 (incluso atención, servicios, suministros y equipo médicos) *deben* ser médicamente necesarios. “Médicamente necesaria” significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con las normas aceptadas de práctica médica.
- Usted recibe su atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención médica que reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierta. En el Capítulo 3, se proporciona más información sobre los requisitos para utilizar proveedores de la red y sobre las situaciones en las que cubriremos los servicios de un proveedor fuera de la red.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (un PCP) que le está proporcionando y supervisando su atención. En la mayoría de las situaciones, su PCP debe otorgarle la aprobación por adelantado antes de que usted consulte a otros proveedores en la red del plan. Esto se denomina darle una “remisión”. En el Capítulo 3, se brinda más información sobre cómo obtener una remisión y las situaciones en las que no necesita una remisión.
- Algunos de los servicios enumerados en el Cuadro de beneficios médicos están cubiertos *solo* si su médico u otro proveedor de la red obtienen aprobación por adelantado (a veces denominada “autorización previa”) de nosotros. Los servicios cubiertos que necesitan aprobación por adelantado están indicados en negrita en el Cuadro de beneficios médicos.





Otros puntos importantes que usted debe conocer sobre nuestra cobertura:




- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. Por algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan que lo que pagaría en Original Medicare. Por otros, paga *menos*. (Si desea conocer más sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare y usted 2019*. Puede verlo en Internet en <https://www.medicare.gov> o solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo bajo 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 visita cuando recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención médica recibida por la afección médica existente.
- Algunas veces, Medicare agrega cobertura en Original Medicare para servicios nuevos durante el año. Si Medicare agrega cobertura para algunos servicios durante 2019, ya sea Medicare o nuestro plan cubrirán estos servicios.






Verá esta manzana al lado de los servicios preventivos en el cuadro de beneficios.

Cuadro de beneficios médicos


Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
 <p>Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Una única ecografía de detección para las personas en riesgo. El plan cubre solamente este examen de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y obtiene una remisión de su médico, asistente médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínica.</p>	<p>No hay coseguros, copagos ni deducibles para los miembros elegibles para este examen preventivo.</p>
<p>Servicios de ambulancia</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 si se proporciona a un miembro cuya afección médica sea tal, que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona o si son autorizados por el plan. • 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 podrían poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente requerido. 	<p>Pueden aplicarse reglas de autorización a los servicios de ambulancia que no sean de emergencia.</p> <p>\$220 de copago por cada viaje de ambulancia terrestre de ida o de vuelta cubierto por Medicare.</p> <p>20% de coseguro para cada viaje de ambulancia aérea de ida o de vuelta cubierto por Medicare.</p>
 <p>Consulta anual de bienestar</p> <p>Si ha tenido la Parte B durante más de 12 meses, puede obtener una consulta anual de bienestar para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado, sobre la base de su salud actual y los factores de riesgo. Esto se cubre una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: Su primera consulta anual de bienestar no puede llevarse a cabo en el plazo de los 12 meses de su visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”. Sin embargo, no es necesario que haya tenido una visita de “Bienvenida a Medicare” para estar cubierto para una consulta anual de bienestar, después de tener la Parte B durante 12 meses.</p>	<p>No hay coseguros, copagos ni deducibles para la consulta anual de bienestar.</p> <p>Se puede aplicar un copago por separado si se proporciona una prueba de laboratorio de detección no preventiva u otros servicios no preventivos en el momento de una visita de bienestar anual.</p>
 <p>Densitometría ósea</p> <p>Para personas calificadas (generalmente, esto significa personas en riesgo de perder masa ósea o de padecer osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o más frecuentemente si fueran médicamente necesarios: procedimientos para identificar masa ósea, detectar pérdida ósea o determinar la calidad de los huesos, incluida la interpretación médica de los resultados.</p>	<p>No hay coseguros, copagos ni deducibles para la densitometría ósea cubierta por Medicare.</p>
 <p>Exámenes de detección del cáncer de seno (mamografías)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años de edad • Una mamografía de detección cada 12 meses para las mujeres de 40 años o más • Exámenes clínicos de senos una vez cada 24 meses 	<p>No hay coseguros, copagos ni deducibles para mamografías cubiertas.</p>

Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca</p> <p>Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento están cubiertos para los miembros que cumplen ciertas condiciones con una remisión del médico. El plan también cubre los programas intensivos de rehabilitación cardíaca, que generalmente son más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p> <p>Cigna-HealthSpring ofrece una variedad de programas de control de enfermedades (Disease Management, DM), que incluyen enfermedades respiratorias, a los miembros que califiquen. Se aplicarán limitaciones.</p> <p>Cigna-HealthSpring ofrece una variedad de programas de control de enfermedades (Disease Management, DM), que incluyen enfermedades respiratorias, a los miembros que califiquen. Se aplicarán limitaciones.</p>	<p>Pueden aplicarse reglas de autorización.</p> <p>Se requiere la remisión de su médico de atención primaria (PCP).</p> <p>\$10 de copago por cada visita de terapia de rehabilitación cardíaca cubierta por Medicare.</p> <p>\$10 de copago por cada visita de terapia de rehabilitación cardíaca intensiva cubierta por Medicare.</p> <p>Tendrá un copago cuando se brinden terapias múltiples en la misma fecha y el mismo lugar de servicio.</p>
<p> Consulta para reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para la enfermedad cardiovascular)</p> <p>Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudar a reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante esta visita, su médico puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), controlar su presión arterial y darle consejos para asegurarse de comer sano.</p>	<p>No hay coseguros, copagos ni deducibles para el beneficio preventivo de enfermedad cardiovascular con terapia conductual intensiva.</p>
<p> Pruebas de enfermedades cardiovasculares</p> <p>Análisis de sangre para la detección de enfermedad cardiovascular (o anomalías relacionadas con un riesgo elevado de enfermedad cardiovascular) una vez cada 5 años (60 meses).</p>	<p>No hay coseguros, copagos ni deducibles para pruebas de enfermedades cardiovasculares que estén cubiertas una vez cada 5 años.</p>
<p> Examen de detección de cáncer vaginal y de cuello uterino</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos están cubiertos una vez cada 24 meses • Si presenta alto riesgo de contraer cáncer de cuello uterino o de vagina, o está en edad de concebir y ha tenido una prueba de Papanicolaou con resultados anormales en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses 	<p>No hay coseguros, copagos ni deducibles para pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios quiroprácticos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solamente cubrimos la manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación (cuando uno o más huesos de su columna vertebral se mueven de su posición), si la recibe de un quiropráctico. 	<p>Se requiere la remisión de su médico de atención primaria (PCP).</p> <p>\$15 de copago para cada visita quiropráctica cubierta por Medicare.</p>

Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
 <p>Examen de detección de cáncer colorrectal</p> <p>Para personas mayores de 50 años, se cubren los siguientes exámenes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sigmoidoscopia flexible (o enema opaco de detección como una alternativa) cada 48 meses <p>Una de las siguientes cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prueba de detección de sangre en materia fecal con guayacol (gFOBT por su sigla en inglés) • Prueba inmunoquímica fecal (FIT por su sigla en inglés) <p>Examen de ADN para detección de cáncer colorrectal cada tres años. Ciertos exámenes de ADN tienen criterios específicos para que califiquen y se realicen. Hable con su médico sobre las opciones de exámenes.</p> <p>En el caso de las personas con alto riesgo de cáncer colorrectal, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colonoscopia de control (o enema opaco de detección como una alternativa) cada 24 meses <p>En el caso de las personas que no tienen alto riesgo de cáncer colorrectal, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colonoscopia de detección cada 10 años (120 meses), pero no en un plazo de 48 meses después de una sigmoidoscopia de detección <p>Además de los exámenes de detección de cáncer colorrectal cubiertos por Medicare, cubrimos los exámenes de diagnóstico cubiertos por Medicare y cualquier procedimiento quirúrgico (es decir, extirpación de pólipos) durante un examen colorrectal por un copago de \$0.</p>	<p>No hay coseguros, copagos ni deducibles para un examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare.</p>
<p>Servicios odontológicos</p> <p>En general, los servicios odontológicos preventivos (como limpieza, exámenes dentales de rutina y radiografías) no están cubiertos por Original Medicare. Cubrimos:</p> <p>Los siguientes servicios preventivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen bucal • Radiografía interproximal • Radiografía panorámica y de toda la boca • Profilaxis (limpiezas) <p>Los límites de frecuencia varían según el tipo de servicio cubierto.</p> <p>Los beneficios dentales preventivos y suplementarios se deben obtener de un proveedor de la red de DentaQuest. Los servicios que se obtienen fuera de la lista de vendedores de esta red no están cubiertos. Para más información acerca de sus beneficios dentales, puede consultar el material provisto por el proveedor dental de Cigna-HealthSpring, DentaQuest, o contáctelos al teléfono 1-866-913-0949.</p> <p>Este plan ofrece beneficios odontológicos adicionales como un beneficio opcional suplementario. Consulte la Sección 2.2 de este capítulo.</p>	<p>Se requiere autorización para los servicios que no sean de emergencia cubiertos por Medicare.</p> <p>\$40 de copago por los servicios odontológicos cubiertos por Medicare.</p> <p><i>\$0 de copago para:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – <i>Un examen cada seis meses</i> – <i>Una radiografía interproximal cada año calendario</i> – <i>Una radiografía panorámica o de toda la boca cada 36 meses</i> – <i>Una limpieza cada seis meses</i>
 <p>Examen de detección de depresión</p> <p>Cubrimos un examen para detectar depresión por año. El examen debe realizarse en un centro de atención primaria que pueda ofrecer tratamiento de seguimiento y remisiones.</p>	<p>No hay coseguros, copagos ni deducibles por una consulta anual para un examen de detección de depresión.</p>


Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
 <p>Examen de detección de diabetes</p> <p>Cubrimos este examen (incluso las pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión sanguínea alta (hipertensión), antecedentes de niveles de colesterol y triglicéridos anormales (dislipidemia), obesidad o antecedentes de azúcar (glucosa) en sangre alta. También se cubrirán las pruebas si reúne otros requisitos, como tener sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes. Sobre la base de los resultados de estas pruebas, puede ser elegible para un máximo de dos exámenes de detección de diabetes cada 12 meses.</p>	<p>No hay coseguros, copagos ni deducibles por los exámenes de detección de diabetes cubiertos por Medicare.</p>
<p>Capacitación para el auto-control de la diabetes, servicios para la diabetes y suministros</p> <p>Para todas las personas que padecen diabetes (ya sea que utilicen insulina o no). Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para controlar el nivel de glucosa en sangre: 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. • Para las personas con diabetes que sufren de enfermedad grave de pie diabético se cubre: 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. • La capacitación para el auto-control de la diabetes está cubierta bajo ciertas condiciones. <p>Nota: Las jeringas y agujas están cubiertas en virtud del beneficio de la Parte D. Consulte el Capítulo 6 de esta <i>Constancia de cobertura</i> para obtener información sobre la participación en los costos.</p>	<p>Se requiere la remisión de su médico de atención primaria (PCP) para la capacitación para el auto-control de la diabetes.</p> <p>0% o 20% de coseguro por los suministros para el control de la diabetes cubiertos por Medicare. Las marcas preferidas de tiras reactivas y monitores están cubiertas con una participación en los costos de \$0; las marcas no preferidas no están cubiertas. Comuníquese con el plan para obtener detalles. Por otros suministros de control (por ej. lancetas), aplica un coseguro del 20%.</p> <p>Es elegible para un monitor de glucosa cada dos años y 200 tiras reactivas de glucosa por cada período de 30 días.</p> <p>20% de coseguro por plantillas y calzado terapéutico cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por la capacitación para el auto-control de la diabetes cubierta por Medicare.</p>

Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados</p> <p>(Para obtener una definición de “equipo médico duradero”, consulte el Capítulo 10 de este folleto).</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen, entre otros: sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas hospitalarias ordenadas por un proveedor para utilizar en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de voz, equipo de oxígeno, nebulizadores y caminadores.</p> <p>Cubrimos todo el DME médicamente necesario cubierto por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no ofrece equipos de un fabricante o marca en particular, puede solicitarle que realice la orden especial para usted. La lista más actualizada de proveedores se encuentra disponible en nuestro sitio web www.cignahealthspring.com.</p>	<p>Pueden aplicarse reglas de autorización.</p> <p>20% de coseguro por los artículos cubiertos por Medicare.</p>
<p>Atención de emergencia</p> <p>La atención de emergencia se refiere a servicios que son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministrados por un proveedor calificado para proveer servicios de emergencia, y • Necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia. <p>Una emergencia médica se produce cuando usted o cualquier otra persona que no sea profesional con conocimientos promedio de salud y medicina, cree que usted tiene síntomas médicos que requieren atención médica de inmediato para evitar la pérdida de la vida, de una extremidad o del funcionamiento de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor agudo o afección médica que empeora rápidamente.</p> <p>La participación en los costos por los servicios de emergencia necesarios prestados fuera de la red es la misma que por estos mismos servicios prestados dentro de la red.</p> <p>Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios prestados para ayudar a que el doctor decida si el paciente necesita ser admitido como paciente internado o recibir el alta. Los servicios de observación pueden prestarse en el departamento de emergencias o en otra área del hospital. Para obtener información sobre la participación en los costos de los servicios de observación, consulte la sección “Cirugía para pacientes ambulatorios” en esta <i>Constancia de Cobertura</i>.</p> <p><i>La atención de emergencia está cubierta en todo el mundo.</i></p>	<p>\$90 de copago por visitas a la sala de emergencias cubiertas por Medicare</p> <p><i>Usted paga \$90 de copago por visitas a salas de emergencia en todo el mundo y transporte de emergencia en todo el mundo</i></p> <p><i>Límite combinado de \$50,000 (dólares estadounidenses) por año para los servicios de atención médica de urgencia y emergencia prestados fuera de los EE.UU. y sus territorios.</i></p> <p>El transporte de emergencia debe ser médicamente necesario.</p> <p>Si es hospitalizado dentro de las 24 horas siguientes por la misma afección, usted paga \$0 por la visita a la sala de emergencias.</p> <p>Si usted recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención como paciente internado después de que su afección de emergencia se haya estabilizado, debe recibir atención como paciente internado en el hospital fuera de la red autorizado por el plan, y su costo es la participación en los costos más alta que pagaría en un hospital de la red.</p>

Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Programas de educación para la salud y el bienestar</p> <p>Línea de información de Salud las 24 horas: Utilice la Línea de Información de Salud de Cigna-HealthSpring las 24 horas para hablar con un médico clínico. Disponible las 24 horas, 7 días a la semana los 365 días del año, donde obtendrá guía e información. Para acceder a la Línea de información de salud las 24 horas, llame al Servicio al cliente de Cigna-HealthSpring (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) y solicite que se lo conecte con la Línea de información de salud las 24 horas. Después del horario de atención, seleccione la opción Línea de información de Salud las 24 horas del menú telefónico de Atención al Cliente.</p> <p>El beneficio de acondicionamiento físico brinda varias opciones para ayudarlo a mantenerse activo. Usted es elegible para una membresía de gimnasio en un gimnasio participante donde puede aprovechar el equipo de ejercicio, los servicios en el sitio y, cuando estén disponible, clases grupales de ejercicios diseñadas para satisfacer las necesidades de los adultos mayores. Usted recibirá asesoramiento para el centro y los equipos. Si prefiere hacer ejercicio en la privacidad de su hogar, puede seleccionar entre una variedad de kits de ejercicios en el hogar. Puede seleccionar hasta dos opciones de kits de ejercicios en el hogar por año calendario.</p>	<p><i>\$0 de copago por estos programas de salud y bienestar:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Línea de información de Salud las 24 horas – Membresía en club de salud/clases para el buen estado físico
<p>Servicios de audición:</p> <p>Las evaluaciones de audición y equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico, están cubiertas como atención ambulatoria cuando son prestadas por un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.</p> <p>Los beneficios suplementarios cubren:</p> <ul style="list-style-type: none"> • hasta un examen de audición de rutina cada año • Evaluación de ajuste para audífonos • Audífonos <p>Las evaluaciones de los audífonos son parte del examen de audición de rutina una vez cada tres años. Se autorizan varios ajustes si son necesarios para asegurar que los audífonos estén ajustados correctamente. Los audífonos están limitados a aquellos de uso externo y no incluyen dispositivos auditivos.</p> <p>Se requiere que los miembros se contacten con el proveedor de audífonos de Cigna-HealthSpring para acceder a los beneficios de evaluación y ajuste de audífonos.</p> <p>Para más información acerca de los beneficios relacionados con la audición, consulte el Manual para Clientes de Cigna-HealthSpring o contáctese con el con proveedor de audífonos de Cigna-HealthSpring, al 1-866-872-1001.</p>	<p>Se requiere la remisión de su médico de atención primaria (PCP) para exámenes de audición cubiertos por Medicare y servicios que no sean de emergencia cubiertos por Medicare.</p> <p><i>\$0 de copago en el consultorio de un médico de atención primaria o \$20 de copago en todos los demás consultorios para exámenes de audición de diagnóstico cubiertos por Medicare.</i></p> <p>Se aplicará una participación en los costos del PCP/especialista por separado, si se prestan servicios adicionales que requieran participación en los costos.</p> <p><i>\$0 de copago por una prueba de audición de rutina cada año</i></p> <p><i>\$0 de copago para evaluaciones de ajuste para audífonos</i></p> <p><i>\$700 de asignación por audífono por oído cada tres años</i></p>
<p> Exámenes de detección de VIH</p> <p>Para las personas que soliciten un examen de detección de VIH o que se encuentren en mayor riesgo de contraer infección por VIH, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen de detección cada 12 meses <p>Para las mujeres embarazadas, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta tres exámenes de detección durante el embarazo 	<p>No hay coseguros, copagos ni deducibles para los miembros elegibles por el examen preventivo de detección de VIH cubierto por Medicare.</p>



Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Agencia de servicios de atención médica domiciliaria</p> <p>Antes de recibir los servicios de atención médica domiciliaria, un médico debe certificar que usted necesita los servicios de atención médica domiciliaria y pedirá que dichos servicios sean proporcionados por una agencia de atención médica domiciliaria. Debe estar confinado a su hogar, lo que significa que dejar su casa implica un esfuerzo importante.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería especializada y de un asistente médico domiciliario a tiempo parcial o intermitentes (para contar con cobertura conforme al beneficio de atención médica domiciliaria, sus servicios de enfermería especializada y de asistencia médica domiciliaria combinados, no deben superar en total las 8 horas por día y las 35 horas por semana) • Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipos y suministros médicos 	<p>Pueden aplicarse reglas de autorización.</p> <p>\$0 de copago por las visitas de atención médica en el hogar cubiertas por Medicare.</p>


Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención para pacientes terminales</p> <p>Puede recibir cuidados de cualquier programa de atención para pacientes terminales certificado por Medicare. Usted es elegible para el beneficio de atención para pacientes terminales cuando su médico y el director médico del centro de atención para pacientes terminales le han dado un diagnóstico terminal que certifique que usted es enfermo terminal y tiene 6 meses de vida o menos, si su enfermedad sigue su curso normal. Su médico en estos casos puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para control de los síntomas y alivio del dolor • Cuidados paliativos a corto plazo • Atención domiciliaria <p><u>Para los servicios de hospicio y para los servicios que están cubiertos por Medicare Parte A o B y están relacionados con su pronóstico terminal:</u> Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará por los servicios de hospicio relacionados con su pronóstico terminal. Mientras se encuentre en el programa de atención para pacientes terminales, su proveedor de cuidados paliativos para pacientes terminales le facturará a Original Medicare por los servicios que paga Original Medicare.</p> <p><u>Para los servicios que están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y no están relacionados con su pronóstico terminal:</u> Si necesita servicios que no son de urgencia o emergencia que están cubiertos en la Parte A o Parte B de Medicare y que no están relacionados con su pronóstico terminal, su costo para estos servicios depende de si usted usa un proveedor de la red del plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted solo paga el monto de participación en los costos del plan para los servicios dentro de la red • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, usted paga la participación en los costos conforme al Plan Privado de Pago por Servicio de Medicare (Original Medicare) <p><u>Para los servicios que están cubiertos por nuestro plan, pero no por la Parte A o B de Medicare:</u> nuestro plan continuará cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no están cubiertos por la Parte A o B, independientemente de si están relacionados o no con su pronóstico terminal. Usted paga el monto de participación en los costos de su plan por estos servicios.</p> <p>Nota: Si necesita atención que no sea de cuidados paliativos para pacientes terminales (cuidado que no está relacionado con su pronóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios.</p> <p>Nuestro plan cubre servicios de consulta de atención para pacientes terminales (solo una vez) para un enfermo terminal que no haya elegido el beneficio del programa de atención para pacientes terminales.</p>	<p>Cuando se inscribe en un programa de atención para pacientes terminales certificado por Medicare, es Original Medicare quien paga por sus servicios de cuidados paliativos para pacientes terminales y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su diagnóstico terminal, no nuestro plan.</p> <p>Usted debe recibir atención de un programa de atención para pacientes terminales certificado por Medicare. Debe consultar con su plan antes de elegir el programa o centro de atención para pacientes terminales.</p> <p><u>Consulta de atención para pacientes terminales</u></p> <p>Usted paga la participación en los costos correspondiente para el proveedor del servicio (por ejemplo, servicios de médicos). Consulte el beneficio aplicable en esta sección de esta <i>Constancia de cobertura</i>.</p>

Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p data-bbox="77 275 264 342"> Vacunas</p> <p data-bbox="77 359 824 390">Entre los servicios que cubre la Parte B de Medicare se incluyen:</p> <ul data-bbox="102 405 1092 625" style="list-style-type: none"><li data-bbox="102 405 440 436">• Vacuna contra la neumonía<li data-bbox="102 443 1081 510">• Vacunas contra la gripe, una vez cada temporada de gripe en otoño e invierno, con vacunas contra la gripe adicionales si son médicamente necesarias<li data-bbox="102 516 1092 548">• Vacuna contra la hepatitis B si presenta riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B<li data-bbox="102 554 1092 625">• Otras vacunas si está en riesgo y cumplen con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare	<p data-bbox="1117 317 1544 415">No hay coseguros, copagos ni deducibles por las vacunas contra la neumonía, la gripe y la hepatitis B.</p>

Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención hospitalaria para pacientes internados</p> <p>Incluye atención de condiciones agudas para pacientes internados, rehabilitación para pacientes internados, atención hospitalaria a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que usted es admitido formalmente en el hospital con la orden de un médico. El día anterior a recibir el alta es su último día como paciente internado.</p> <p>Su plan cubre los días 1 a 90 de atención hospitalaria para pacientes internados cada período de beneficios. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o habitación privada si fuese médicamente necesario) • Comidas, incluso dietas especiales • Servicios regulares de enfermería • Costos de las unidades de atención especial (como las unidades de cuidado intensivo o coronario) • Medicamentos • Pruebas de laboratorio • Radiografías y otros servicios radiológicos • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios • Uso de aparatos, como sillas de ruedas • Costos de quirófano y sala de recuperación • Terapia física, ocupacional, y del habla y del lenguaje • Servicios para pacientes internados por abuso de sustancias • En ciertas condiciones, se cubren los siguientes tipos de trasplantes: de córnea, riñón, riñón pancreático, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, célula madre e intestinal/multivisceral. En caso de 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. Los proveedores de trasplante pueden ser locales o fuera del área de servicios. Si nuestros servicios de trasplante de la red se encuentran fuera de la estructura de atención de la comunidad, usted puede elegir obtener dichos servicios en forma local o si los proveedores de trasplante locales están dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si nuestro plan proporciona servicios de trasplante en un sitio fuera de la estructura de atención para trasplantes de su comunidad y usted elige obtener los trasplantes en esa ubicación, coordinaremos o pagaremos los costos de hospedaje y transporte correspondientes a usted y un acompañante. 	<p>Pueden aplicarse reglas de autorización.</p> <p>Se requiere la remisión de su médico de atención primaria (PCP) únicamente para procedimientos por elección.</p> <p>Excepto en una emergencia, su médico debe informar al plan que usted ingresará a un hospital.</p> <p>Para cada estadía hospitalaria cubierta por Medicare, su copago es de:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Días 1-5: \$355 de copago por día – Días 6-90: \$0 de copago por día <p>Para cada hospitalización cubierta por Medicare, usted debe pagar la participación en los costos que aplique, comenzando el día 1 cada vez que es ingresado. No se aplica participación en los costos el día en que recibe el alta.</p> <p>Si ingresa nuevamente dentro de las 24 horas por el mismo diagnóstico, el beneficio continuará desde el ingreso original. Es posible que no deba ningún copago adicional. En algunos casos, el nuevo ingreso dentro de los 30 días puede tener como resultado la continuación de los beneficios del ingreso original, sujeta a una revisión de calidad médica por parte de Cigna-HealthSpring.</p>

Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> Sangre, que incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre entera y concentrados de eritrocitos comienza con la primera pinta de sangre que usted necesita. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. Servicios médicos <p>Nota: Para ser un paciente internado, su proveedor debe escribir una orden para ingresarlo de manera formal como paciente internado del hospital. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, podría ser considerado un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de ser un paciente internado o un paciente ambulatorio, debe consultarlo con el personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en un folleto de Medicare denominado “¿Es usted un paciente internado o un paciente ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡Pregunte!” Este folleto se encuentra disponible en el sitio web en https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas, los 7 días de la semana.</p>	<p>Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva vitalicia”. Estos son días “adicionales” que cubrimos. Si su estadía hospitalaria supera los 90 días, usted puede utilizar estos días adicionales. Pero cuando haya usado los 60 días adicionales, su cobertura hospitalaria para pacientes internados se limitará a 90 días. Existe un copago de \$0 por día de reserva vitalicia.</p> <p>Si usted recibe atención como paciente internado con autorización en un hospital fuera de la red una vez que su afección de emergencia ha sido estabilizada, su costo es la participación en los costos que pagaría en un hospital de la red.</p>
<p>Atención de salud mental para pacientes internados</p> <ul style="list-style-type: none"> Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de salud mental que requieren una estadía hospitalaria. Nuestro plan cubre hasta 190 días de atención de salud mental de por vida en un hospital psiquiátrico para pacientes internados. El límite de atención hospitalaria para pacientes internados no se aplica a los servicios mentales para pacientes internados que se prestan en un hospital general. 	<p>Pueden aplicarse reglas de autorización.</p> <p>Excepto en una emergencia, su médico debe informar al plan que usted ingresará a un hospital.</p> <p>Para cada estadía hospitalaria cubierta por Medicare, su copago es de:</p> <ul style="list-style-type: none"> Días 1-4: \$355 de copago por día Días 5-90: \$0 de copago por día <p>Para cada hospitalización cubierta por Medicare, usted debe pagar la participación en los costos que aplique, comenzando el día 1 cada vez que es ingresado. No se aplica participación en los costos el día en que recibe el alta.</p> <p>Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva vitalicia”. Estos son días “adicionales” que cubrimos. Si su estadía hospitalaria supera los 90 días, usted puede utilizar estos días adicionales. Pero cuando haya usado los 60 días adicionales, su cobertura hospitalaria para pacientes internados se limitará a 90 días. Existe un copago de \$0 por día de reserva vitalicia.</p>

Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Estadía para pacientes internados: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o centro de enfermería especializada (SNF) durante una hospitalización no cubierta</p> <p>Si agotó los beneficios de paciente hospitalizado o si la hospitalización no es razonable y necesaria, no cubriremos su hospitalización. No obstante, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que recibirá mientras se encuentre en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos • Pruebas de diagnóstico (como análisis de laboratorio) • Radiografías, radioterapia y terapia con radioisótopos, que incluyen materiales y servicios técnicos • Vendajes quirúrgicos • Tablillas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir las fracturas y las dislocaciones • 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 dichos dispositivos • Aparatos ortopédicos para pierna, brazo, espalda y cuello; bragueros y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos los ajustes, las reparaciones y los reemplazos requeridos debido a ruptura, desgaste, pérdida o cambio en la condición física del paciente • Terapia física, del habla y ocupacional 	<p>Usted paga los costos compartidos que apliquen para otros servicios como si se proporcionaran de forma ambulatoria. Consulte el beneficio aplicable en esta sección de esta <i>Constancia de cobertura</i>.</p>
<p> Terapia de nutrición médica</p> <p>Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedad renal (de riñón) (pero no en diálisis) o posterior a un trasplante de riñón cuando es remitido por su médico.</p> <p>Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año en que recibe los servicios de terapia de nutrición médica conforme a Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage u Original Medicare) y luego, 2 horas cada año. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, puede recibir más horas de tratamiento con una remisión del médico. Un médico puede recetar estos servicios y renovar su remisión en forma anual si su tratamiento es necesario en el próximo año calendario.</p>	<p>No hay coseguros, copagos ni deducibles para los miembros elegibles por los servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare.</p>
<p> Programa de prevención de diabetes de Medicare (MDPP, por sus siglas en inglés)</p> <p>Los servicios del MDPP estarán cubiertos para los beneficiarios de Medicare elegibles bajo todos los planes de salud de Medicare.</p> <p>MDPP es una intervención estructurada de cambio de conducta de salud que brinda capacitación práctica para un cambio alimentario a largo plazo, mayor actividad física y estrategias para resolver problemas para superar los desafíos relacionados con un estilo de vida saludable y bajar de peso de manera sostenida.</p>	<p>No hay coseguros, copagos ni deducibles para el beneficio del MDPP.</p>

Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare</p> <p>Estos medicamentos están cubiertos conforme a la Parte B de Original Medicare. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los medicamentos que generalmente no se los autoadministra el paciente y que se inyectan o se infunden mientras está recibiendo servicios médicos, en un hospital como paciente ambulatorio o en un centro de cirugía ambulatoria • Medicamentos que se administran mediante equipo médico duradero (como nebulizadores) que fueron autorizados por el plan • Factores de coagulación que se autoadministran mediante inyecciones en caso de tener hemofilia • Medicamentos inmunosupresores, si estaba inscrito en la Parte A de Medicare en el momento del trasplante de órgano • Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si está confinado a su hogar, tiene una fractura ósea que el médico haya certificado que está relacionada con osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse el medicamento • Antígenos • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y antieméticos • Ciertos medicamentos para diálisis domiciliaria, incluida la heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario, anestésicos tópicos y agentes estimulantes de la eritropoyesis (como Procrit® y Aranesp®) • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento domiciliario de enfermedades de deficiencia inmune primaria 	<p>Pueden aplicarse reglas de autorización.</p> <p>20% de coseguro por medicamentos de quimioterapia de la Parte B y otros medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare.</p>
<p> Examen de obesidad y terapia para promover la pérdida de peso sostenida</p> <p>Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si lo recibe en un ámbito de atención primaria, donde pueda coordinarse con su plan integral de prevención. Hable con su médico de atención primaria para conocer más detalles.</p>	<p>No hay coseguros, copagos ni deducibles para el examen preventivo y terapia para la obesidad.</p>



Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Pruebas de diagnóstico, y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías • Radioterapia (con radio y con isótopos) que incluye materiales y suministros técnicos • Suministros quirúrgicos, tales como vendajes • Tablillas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir las fracturas y las dislocaciones • Pruebas de laboratorio • Sangre, que incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre entera y concentrados de eritrocitos comienza con la primera pinta de sangre que usted necesita. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. • Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios 	<p>Pueden aplicarse reglas de autorización.</p> <p>Se requiere la remisión de su médico de atención primaria (PCP).</p> <p>Se aplicará una participación en los costos del PCP/especialista por separado, si se prestan servicios adicionales que requieran participación en los costos.</p> <p>\$0 o \$200 de copago por procedimientos y pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare. \$0 de copago por electrocardiograma y exámenes de diagnóstico de cáncer colorrectal. \$200 de copago por todos los demás procedimientos y pruebas de diagnóstico.</p> <p>\$0 de copago por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por servicios de sangre cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0 o \$200 de copago por los servicios radiológicos de diagnóstico cubiertos por Medicare (no incluye radiografías). \$0 de copago por mamografías y ecografías. \$200 de copago por todos los demás servicios radiológicos de medicina nuclear y diagnóstico.</p> <p>Si se realizan múltiples tipos de pruebas (como CT y PET) en el mismo día, se aplicarán múltiples copagos. Si se realizan múltiples pruebas del mismo tipo (por ej., CT de la cabeza y CT del pecho) en el mismo día, se aplicará un copago 20% de coseguro por servicios radiológicos terapéuticos cubiertos por Medicare.</p> <p>Un copago de \$10 por radiografías cubiertas por Medicare. No se requiere autorización.</p>



Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</p> <p>Cubrimos los servicios médicamente necesarios que obtiene en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en un departamento de emergencia o clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía ambulatoria • Pruebas de diagnóstico y laboratorio facturadas por el hospital • Atención de salud mental, incluso atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento para pacientes internados sería requerido sin ella. • Radiografías y otros servicios radiológicos facturados por el hospital • Suministros médicos, tales como tablillas y yesos • Ciertos medicamentos y productos biológicos que no puede administrarse por sí mismo <p>Nota: A menos que el proveedor haya escrito una orden para ingresarlo como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de participación en los costos para los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, podría ser considerado un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro si es un paciente ambulatorio, debe consultarlo con el personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en un folleto de Medicare denominado “¿Es usted un paciente internado o un paciente ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡Pregunte!” Este folleto se encuentra disponible en el sitio web en https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas, los 7 días de la semana.</p>	<p>Pueden aplicarse reglas de autorización.</p> <p>Se requiere la remisión de su médico de atención primaria (PCP).</p> <p>Usted paga la participación vigente en los costos por estos servicios. Consulte el beneficio aplicable en esta sección de esta <i>Constancia de cobertura</i>.</p> <p>Los medicamentos que se auto-administran (medicamentos que usted normalmente tomaría por su cuenta) no tienen cobertura para pacientes ambulatorios en un hospital. Llame al Servicio de Atención al Cliente para más información.</p>
<p>Atención de salud mental para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Servicios de salud mental proporcionados por un psiquiatra o 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, autorizado por el estado, según lo permitido conforme a las leyes estatales aplicables.</p> <p>Algunos proveedores ofrecen servicios de telesalud para la salud conductual. Para encontrar a estos proveedores puede visitar https://providersearch.hsconnectonline.com/OnlineDirectory en línea o llamar al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).</p>	<p>Pueden aplicarse reglas de autorización.</p> <p>\$35 de copago por cada visita de terapia individual o grupal cubierta por Medicare.</p> <p>\$35 de copago por cada consulta de terapia individual o grupal cubierta por Medicare con un psiquiatra.</p> <p>\$35 de copago por cada visita de salud conductual y de telesalud cubierta por Medicare.</p>

Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</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 son proporcionados en varios ámbitos para pacientes ambulatorios, como departamentos hospitalarios para pacientes ambulatorios, consultorios de terapeutas independientes y Centros integrales de rehabilitación para pacientes ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities, CORF).</p>	<p>Pueden aplicarse reglas de autorización.</p> <p>Se requiere la remisión de su médico de atención primaria (PCP).</p> <p>\$40 de copago por las visitas de terapia ocupacional cubiertas por Medicare.</p> <p>\$40 de copago por las visitas de fisioterapia y/o patología del habla y del lenguaje cubiertas por Medicare.</p> <p>Tendrá un copago cuando se brinden terapias múltiples (como PT, OT, ST) en la misma fecha y el mismo lugar de servicio.</p>
<p>Servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen: servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios, que incluye un programa de hospitalización parcial, evaluación, terapia y control de medicamentos para pacientes ambulatorios proporcionados por un médico, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermero practicante, asistente médico u otro profesional de atención médica del comportamiento calificado por Medicare, según lo permitido conforme a las leyes estatales aplicables.</p>	<p>Pueden aplicarse reglas de autorización.</p> <p>\$35 de copago por visitas individuales o grupales de tratamiento de pacientes ambulatorios por abuso de sustancias cubiertas por Medicare</p>


Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios proporcionados en centros de hospitalización para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria</p> <p>Nota: Si se realiza una cirugía en un hospital, debe verificar con su proveedor si será un paciente internado o ambulatorio. A menos que el proveedor escriba una orden para ingresarlo como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de participación en los costos para la cirugía de pacientes ambulatorios. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, podría ser considerado un “paciente ambulatorio”.</p>	<p>Pueden aplicarse reglas de autorización.</p> <p>Se requiere la remisión de su médico de atención primaria (PCP).</p> <p>\$0 o \$350 de copago por cada visita a un centro hospitalario para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare. \$0 de copago por cualquier procedimiento quirúrgico (como la extracción de pólipos) durante un examen colorrectal. \$350 de copago por todos los demás servicios para pacientes ambulatorios, que incluyen la observación y los servicios quirúrgicos para pacientes ambulatorios que no se prestan en un centro de cirugía ambulatoria.</p> <p>\$0 o \$275 de copago por cada visita a un centro de cirugía ambulatoria cubierta por Medicare. \$0 de copago por cualquier procedimiento quirúrgico (como la extracción de pólipos) durante un examen colorrectal. \$275 de copago por todos los demás servicios del centro de cirugía ambulatoria.</p>
<p>Servicios de hospitalización parcial</p> <p>La “hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo proporcionado como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o por un centro de salud mental de la comunidad, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización como paciente internado.</p>	<p>Pueden aplicarse reglas de autorización.</p> <p>\$40 de copago por los servicios del programa de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.</p>


Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios médicos, incluidas visitas al consultorio médico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención médica médicamente necesaria o servicios de cirugía prestados en un consultorio del médico, centro de cirugía ambulatoria certificado, departamento de hospital para pacientes ambulatorios o cualquier otra ubicación • Consulta, diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista • Exámenes de audición y equilibrio básicos realizados por su especialista, si su médico así lo requiere para ver si necesita tratamiento médico • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía • Atención odontológica que no sea de rutina (los servicios cubiertos están limitados a cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, fijación de fracturas de la mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación de enfermedad neoplásica maligna o servicios que estarían cubiertos cuando los proporciona un médico) • Medicare cubre servicios brindados por otros proveedores médicos, como asistentes médicos, enfermeros practicantes, trabajadores sociales, fisioterapeutas y psicólogos. Profesional médico se refiere a: <ul style="list-style-type: none"> – un médico que es doctor en medicina u osteópata; o – un asistente médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínica; o – un profesional médico (instructor sobre salud, dietista registrado o profesional de nutrición, u otro practicante certificado) o un equipo de dichos profesionales médicos, que trabajen bajo la supervisión directa de un médico 	<p>Se pueden aplicar reglas de autorización para visitas especializadas cubiertas por Medicare.</p> <p>Se requiere la remisión de su médico de atención primaria (PCP) para una visita al especialista.</p> <p>\$0 de copago por cada consulta al médico de atención primaria cubierta por Medicare.</p> <p>\$40 de copago por cada consulta al especialista cubierta por Medicare.</p> <p>\$0 de copago en el consultorio de un médico de atención primaria o \$40 de copago en el consultorio de un especialista para servicios de otro profesional de atención médica cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios de podología</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento médicamente necesario de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo, deformidades en juanetes o espolones en el talón) • Atención de podología de rutina para miembros con ciertas afecciones médicas que afectan las extremidades inferiores 	<p>Se requiere la remisión de su médico de atención primaria (PCP).</p> <p>Las visitas de podología cubiertas por Medicare son para la atención médicamente necesaria de los pies.</p> <p>Las visitas de podología cubiertas por Medicare son para la atención médicamente necesaria de los pies.</p> <p>\$35 de copago por cada consulta de podología cubierta por Medicare.</p>
<p>Comidas después de salir del hospital</p> <p>Después de recibir el alta de una estadía en el hospital (para cirugía o para una afección crónica), usted es elegible para recibir 14 comidas nutricionales entregadas en su hogar, con el objetivo de hacer que su transición a su hogar sea más cómoda y segura. Tras el alta del hospital por una estadía calificada el proveedor de la comida se comunicará con usted para determinar si desea acceder al beneficio y hacer los arreglos para la entrega. Esta entrega única se empaquetará en contenedores de espuma de poliestireno con hielo seco y se le entregará de forma gratuita. En algunos casos, el empleado de la compañía de comidas le entregará personalmente las comidas, que con mucho gusto le guardará las mismas, con su permiso. Los miembros son elegibles para recibir este beneficio hasta por 3 estadias hospitalarias calificadas por año. El beneficio solo se aplica al alta hospitalaria durante una hospitalización aguda y no se aplica a un alta de salud conductual.</p>	<p><i>\$0 de copago por el beneficio de la comidas luego de la hospitalización</i></p>


Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
 <p>Exámenes de detección de cáncer de próstata</p> <p>Para hombres mayores de 50 años, los servicios cubiertos incluyen los siguientes, una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen mediante tacto rectal • Examen para la detección de antígenos prostáticos específicos (Prostate Specific Antigen, PSA) 	<p>No hay coseguros, copagos ni deducibles para un examen PSA anual.</p>
<p>Dispositivos protésicos y suministros relacionados</p> <p>Dispositivos (que no sean odontológicos) que reemplacen total o parcialmente una función o parte del cuerpo. Estos incluyen, entre otros: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con los cuidados de colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, calzado protésico, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluso sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con los dispositivos protésicos, y reparación y/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>Pueden aplicarse reglas de autorización.</p> <p>20% de coseguro por los dispositivos protésicos cubiertos por Medicare y suministros médicos relacionados con prótesis, tabillitas y otros dispositivos</p>
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para los miembros que tienen una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (chronic obstructive pulmonary disease, COPD) de moderada a muy severa y una remisión para rehabilitación pulmonar del médico que trata la enfermedad respiratoria crónica. Cigna-HealthSpring ofrece un programa para la insuficiencia cardíaca congestiva (Congestive Heart Failure, CHF) a aquellos miembros que califiquen.</p> <p>Cigna-HealthSpring ofrece una variedad de programas de control de enfermedades (Disease Management, DM), que incluyen enfermedades respiratorias, a los miembros que califiquen. Se aplicarán limitaciones.</p> <p>Cigna-HealthSpring ofrece una variedad de programas de control de enfermedades (Disease Management, DM), que incluyen enfermedades respiratorias, a los miembros que califiquen. Se aplicarán limitaciones.</p>	<p>Pueden aplicarse reglas de autorización.</p> <p>Se requiere la remisión de su médico de atención primaria (PCP).</p> <p>\$10 de copago por cada visita de terapia de rehabilitación pulmonar cubierta por Medicare.</p> <p>Tendrá un copago cuando se brinden terapias múltiples en la misma fecha y el mismo lugar de servicio.</p>
 <p>Examen y asesoramiento para reducir el uso indebido de alcohol</p> <p>Cubrimos un examen de detección de uso indebido de alcohol para adultos con Medicare (incluso mujeres embarazadas) que abusan del alcohol, pero no son alcohólicos dependientes.</p> <p>Si el examen de detección de uso indebido de alcohol tiene resultado positivo, puede recibir hasta cuatro sesiones breves de asesoramiento presencial individual por año (si es competente y está atento durante el asesoramiento) proporcionadas por un médico o profesional de atención primaria calificado, en un ámbito de atención primaria.</p>	<p>No hay coseguros, copagos ni deducibles por el beneficio preventivo de asesoramiento y examen cubiertos por Medicare, para reducir el abuso del alcohol.</p>

Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
 <p>Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)</p> <p>Para las personas calificadas, una LDCT tiene cobertura cada 12 meses.</p> <p>Los miembros elegibles son: personas de entre 55 y 77 años que no tengan signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tengan antecedentes de haber fumado tabaco al menos 30 paquetes años o quienes fumen actualmente, o hayan dejado de fumar en los últimos 15 años, quienes reciban una orden escrita para una LDCT durante una consulta para el asesoramiento y la toma de decisiones compartidas sobre un examen de detección de cáncer de pulmón que cumpla con los criterios de Medicare para dichas consultas y acuda a un médico o un proveedor calificado no médico.</p> <p><i>Para exámenes de detección de cáncer de pulmón con LDCT después de la primera LDCT:</i> los miembros deben recibir una orden escrita para un examen de detección de cáncer de pulmón con LDCT, el cual puede ser realizado durante cualquier visita correspondiente a un médico o proveedor calificado no médico. Si un médico o proveedor calificado no médico opta por brindar una consulta para el asesoramiento y la toma de decisiones compartidas sobre un examen de detección de cáncer de pulmón para los exámenes de detección de cáncer de pulmón subsiguientes con LDCT, dicha consulta debe cumplir con los criterios de Medicare para este tipo de consultas.</p>	<p>No hay coseguros, copagos ni deducibles para la consulta para el asesoramiento y la toma de decisiones compartidas, o para la LDCT cubiertas por Medicare.</p>
 <p>Examen de detección de infecciones de transmisión sexual (Sexually Transmitted Infections, STI) y asesoramiento para prevenir las STI</p> <p>Cubrimos exámenes de detección de infecciones de transmisión sexual (STI) para clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estos exámenes están cubiertos para mujeres embarazadas y para ciertas personas que tienen mayor riesgo de contraer una STI cuando las pruebas son ordenadas por un proveedor de atención primaria. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo.</p> <p>También cubrimos hasta dos sesiones individuales y presenciales de asesoramiento conductual de alta intensidad de 20 a 30 minutos cada año, para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de contraer STI. Solamente cubriremos estas sesiones de asesoramiento como servicio preventivo, si son proporcionadas por un proveedor de atención primaria y se realizan en un ámbito de atención primaria, como el consultorio del médico.</p>	<p>No hay coseguros, copagos ni deducibles por el beneficio preventivo de exámenes de detección cubiertos por Medicare, para las infecciones de transmisión sexual (Sexually Transmitted Infections, STI) y el asesoramiento para prevenirlas.</p>

Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios para tratar enfermedades del riñón</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de educación sobre enfermedades del riñón para enseñar sobre la atención renal y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su atención. Para los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV cuando su médico los remite, cubriremos hasta seis sesiones de servicios de educación sobre las enfermedades renales de por vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando la persona se encuentra temporalmente fuera del área de servicios, tal como se explica en el Capítulo 3) • Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si ingresa como paciente internado en un hospital para recibir atención especial) • Capacitación para la autodiálisis (incluye capacitación para usted y para cualquier persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis domiciliarios) • Equipo y suministros para diálisis domiciliaria • Ciertos servicios de ayuda domiciliaria (por ejemplo, cuando sea necesario, visitas por parte de empleados capacitados en diálisis para controlar su diálisis domiciliaria, ayudar en casos de emergencia y controlar su equipo de diálisis y suministro de agua) <p>Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos conforme al beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte B, consulte la sección “Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare”.</p>	<p>Pueden aplicarse reglas de autorización para diálisis renal cubierta por Medicare.</p> <p>Se requiere la remisión de su médico de atención primaria (PCP).</p> <p>\$0 de copago por servicios de educación sobre enfermedades renales cubiertos por Medicare.</p> <p>20% de coseguro para diálisis renal cubierta por Medicare.</p>
<p>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)</p> <p>(Para obtener una definición de “atención en un centro de enfermería especializada”, consulte el Capítulo 10 de este folleto. Los centros de enfermería especializada algunas veces se denominan “SNF”).</p> <p>El plan cubre hasta 100 días de cada período de beneficios. No se requiere estadía hospitalaria previa. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o habitación privada si fuese médicamente necesario) • Comidas, incluso dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla • Medicamentos que se le administran como parte de su plan de atención (Esto incluye sustancias que están naturalmente presentes en el cuerpo, tales como factores de coagulación de la sangre) • Sangre, que incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre entera y concentrados de eritrocitos comienza con la primera pinta de sangre que usted necesita. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada • Suministros médicos y quirúrgicos proporcionados comúnmente por los SNF • Pruebas de laboratorio proporcionados comúnmente por los SNF • Radiografías y otros servicios radiológicos proporcionados comúnmente por los SNF • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, proporcionados comúnmente por los SNF • Servicios médicos/profesional médico 	<p>Pueden aplicarse reglas de autorización.</p> <p>Para las estadías en un SNF cubiertas por Medicare, el copago es de:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Días 1-20: copago de \$0 por día – Días 21-100: copago de \$172 por día <p>Para cada estadía en un SNF cubierta por Medicare, usted debe pagar la participación en los costos que aplique, comenzando el día 1 cada vez que es ingresado. Se aplica participación en los costos el día en que recibe el alta.</p>

Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (continuación)</p> <p>Por lo general, usted recibirá su atención de SNF en los centros de la red. Sin embargo, bajo ciertas condiciones que se enumeran a continuación, es posible que usted tenga que pagar una participación en los costos dentro de la red por un centro que no sea un proveedor de la red, si el centro acepta los montos de nuestro plan como pago.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una residencia de ancianos o una comunidad de atención continua para jubilados en la que estaba viviendo antes de ir al hospital (siempre y cuando proporcione atención de centro de enfermería especializada). • Un SNF en el que su cónyuge está viviendo en el momento en que usted se retira del hospital. 	
<p> Dejar de fumar y de consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o de consumir tabaco)</p> <p><u>Si consume tabaco, pero no tiene signos o síntomas de una enfermedad relacionada con el tabaco:</u> Cubrimos dos asesoramientos de intento para dejar el hábito en un período de 12 meses como servicio preventivo sin costo alguno para usted. Cada asesoramiento de intento incluye hasta cuatro visitas presenciales.</p> <p><u>Si consume tabaco y se le diagnosticó una enfermedad relacionada con el tabaco o usa medicamentos que pueden verse afectados por el tabaco:</u> Cubrimos los servicios de asesoramiento para dejar el hábito. Cubrimos dos asesoramientos de intento para dejar de fumar dentro de un período de 12 meses; no obstante, usted pagará la participación en los costos correspondiente. Cada asesoramiento de intento incluye hasta cuatro visitas presenciales.</p>	<p>No hay coseguros, copagos ni deducibles para los beneficios preventivos del tratamiento para dejar de fumar y de consumir tabaco cubierto por Medicare.</p>
<p>Terapia de ejercicios supervisados (Supervised exercise therapy, SET)</p> <p>SET se encuentra cubierta para la mayoría de los miembros que tienen enfermedad arterial periférica (PAD) y a quienes el médico responsable les recomendó el tratamiento. Se cubren hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa SET.</p> <p>El programa SET debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consistir en sesiones de 30-60 minutos de duración, que comprenden un programa terapéutico de entrenamiento con ejercicio para PAD en pacientes con claudicación • Llevarse a cabo en un entorno ambulatorio de un hospital o en un consultorio médico • Ser brindado por personal auxiliar calificado, necesario para asegurar que los beneficios superen los daños, y que estén capacitados en terapia de ejercicios para PAD • Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico o enfermero practicante/especialista en enfermería clínica que debe estar capacitado en técnicas básicas y avanzadas de soporte vital <p>SET puede estar cubierto por más de 36 sesiones durante 12 semanas por 36 sesiones adicionales durante un período prolongado si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.</p>	<p>Pueden aplicarse reglas de autorización.</p> <p>Se requiere la remisión de su médico de atención primaria (PCP).</p> <p>\$10 de copago por cada visita supervisada de terapia de ejercicios cubierta por Medicare</p> <p>Tendrá un copago cuando se brinden terapias múltiples con el mismo proveedor, en la misma fecha y en el mismo lugar de servicio.</p>

Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de urgencia</p> <p>Los servicios de urgencia son proporcionados para tratar una enfermedad, lesión o afección médica imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica de inmediato. Los servicios de urgencia pueden ser prestados por proveedores de la red o fuera de la red, cuando los proveedores de la red no están disponibles o no puede acceder a ellos momentáneamente.</p> <p>La participación en los costos por los servicios de urgencia necesarios prestados fuera de la red es la misma que por estos mismos servicios prestados dentro de la red.</p> <p><i>Los servicios de urgencia están cubiertos en todo el mundo.</i></p>	<p>\$45 de copago por las visitas de servicios de urgencia cubiertas por Medicare.</p> <p><i>Copago de \$90 para la atención médica de urgencia/emergencia en todo el mundo y transporte de emergencia en todo el mundo.</i></p> <p><i>Límite combinado de \$50,000 (dólares estadounidenses) por año para los servicios de atención médica de urgencia y emergencia prestados fuera de los EE.UU. y sus territorios.</i></p> <p>El transporte de emergencia debe ser médicamente necesario.</p> <p>Si es hospitalizado dentro de las 24 horas por la misma afección, usted paga \$0 por la visita de servicios de urgencia.</p>
<p> Atención oftalmológica</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones del ojo, incluso el tratamiento para degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre los exámenes oftalmológicos de rutina (refracciones del ojo) para anteojos/lentes de contacto. • Para las personas que tienen un alto riesgo de contraer glaucoma, cubriremos un examen de detección de glaucoma por año. Entre las personas que tienen alto riesgo de contraer glaucoma se encuentran: las personas con antecedentes familiares de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos de 50 años o más e hispano americanos de 65 años o más. • Para las personas con diabetes, los exámenes de detección de retinopatía diabética están cubiertos una vez por año. • 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 reservar el beneficio después de la primera cirugía y adquirir dos pares de anteojos después de la segunda cirugía). • Lentes correctivos/marcos (y sustituciones) necesarios después de una eliminación de cataratas sin implante de lente. <p>Para más información acerca de sus beneficios relacionados con la vista, contáctese con el proveedor oftalmológico de Cigna-HealthSpring, Superior Vision, al teléfono 1-888-886-1995.</p>	<p>\$0 o \$40 de copago por los exámenes cubiertos por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos, que incluyen un examen anual de detección de glaucoma para personas en riesgo. \$0 de copago por exámenes de detección de glaucoma y exámenes de retina para personas diabéticas. \$40 de copago por todos los demás servicios oftalmológicos cubiertos por Medicare.</p> <p>Se aplicará una participación en los costos del PCP/especialista por separado, si se prestan servicios adicionales que requieran participación en los costos.</p> <p>\$0 de copago por un par de anteojos con lentes/marcos estándar o un par de lentes de contacto estándar después de una cirugía de cataratas con inserción de lente intraocular.</p>

Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Consulta preventiva de “Bienvenida a Medicare”</p> <p>El plan cubre la consulta preventiva de “Bienvenida a Medicare” una única vez. La consulta incluye una revisión de su salud, así como educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesite (incluso ciertos exámenes de detección y vacunas), y remisiones para otra atención, si es necesario.</p> <p>Importante: Cubrimos la consulta preventiva de “Bienvenida a Medicare” solamente en el plazo de los primeros 12 meses que tenga la Parte B de Medicare. Cuando coordine la cita, informe al consultorio del médico que desea programar su consulta preventiva de “Bienvenida a Medicare”.</p>	<p>No hay coseguros, copagos ni deducibles para la consulta preventiva de “Bienvenida a Medicare”.</p>

Sección 2.2 Beneficios “opcionales suplementarios” adicionales que usted puede adquirir

Nuestro plan ofrece beneficios adicionales que no están cubiertos por Original Medicare ni incluidos en su paquete de beneficios como miembro del plan. Estos beneficios adicionales se denominan “**Beneficios opcionales suplementarios**”. Si desea estos beneficios opcionales suplementarios, debe inscribirse en éstos y puede tener que pagar una prima adicional por ellos. Los beneficios opcionales suplementarios descritos en esta sección están sujetos al mismo proceso de apelaciones que cualquier otro beneficio.

Cuadro de beneficios – sus servicios cubiertos bajo los Beneficios opcionales suplementarios	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Primas y otra información importante</p>	<p>Usted paga:</p> <p><i>\$46.10 todos los meses por los beneficios opcionales suplementarios, además de la prima de la Parte B de Medicare y su prima del plan.</i></p> <p><i>Esta prima no se tiene en cuenta para el monto máximo de sus costos directos.</i></p>
<p>Servicios odontológicos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes servicios integrales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reconstrucción – Empastes, coronas • Periodoncia – Raspado y alisado de la raíz, desbridamiento de toda la boca, mantenimiento • Extracciones • Prostodoncia – Dentadura postiza (solo removibles), parciales (solo removibles) • Cirugía bucal – Extracción de dientes impactados, Cierre de fistulas, Cierre de perforación senoidal, Alveoloplastia, Incisión y drenaje de abscesos, Extirpación de tejido hiperplásico <p>Existen limitaciones de la cantidad de servicios cubiertos dentro de una categoría de servicios.</p> <p>Los límites de frecuencia y la participación en los costos varían según el tipo de servicio cubierto.</p> <p>Los beneficios dentales integrales suplementarios se deben obtener de un proveedor de la red de DentaQuest. Los servicios que se obtienen fuera de la lista de vendedores de esta red no están cubiertos. Para más información acerca de sus beneficios dentales, puede consultar el material provisto por el proveedor dental de Cigna-HealthSpring, DentaQuest, o contáctelos al teléfono 1-866-913-0949.</p>	<p>\$0 de copago para:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Servicios de reconstrucción. – Periodoncia – Extracciones – Prostodoncia y cirugía bucal <p>El plan tiene un monto máximo de cobertura de \$1,000 por año para servicios odontológicos integrales. Los miembros son responsables de todos los costos sobre el monto máximo cubierto. Los montos que no se utilicen no se tienen en cuenta para próximos años de beneficios.</p>

Cuadro de beneficios – sus servicios cubiertos bajo los Beneficios opcionales suplementarios	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios oftalmológicos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anteojos y marcos • Lentes de contacto • Exámenes oftalmológicos de rutina <p>Los exámenes oculares de rutina y las gafas suplementarias deben obtenerse de un proveedor dentro de la red de proveedores de la visión de Cigna-HealthSpring, Superior Vision. Los servicios que se obtienen fuera de la lista de vendedores de esta red no están cubiertos.</p> <p>Para más información acerca de sus beneficios relacionados con la visión, consulte el Manual del Cliente Cigna-HealthSpring o contáctese con el proveedor de la visión de Cigna-HealthSpring, Superior Vision, al 1-888-886-1995.</p>	<p><i>\$0 de copago por hasta un examen de la vista de rutina suplementario cada año</i></p> <p><i>\$0 de copago para:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – <i>hasta un par de anteojos (lentes y marcos) cada año</i> – <i>hasta un par de lentes para anteojos cada año</i> – <i>hasta un marco para anteojos cada año</i> – <i>actualizaciones</i> – <i>lentes de contacto ilimitados hasta el límite de cobertura del plan</i> <p>Límite de cobertura del plan de \$250 para anteojos y accesorios suplementarios cada año.</p> <p>La asignación anual para anteojos y accesorios suplementarios aplicada sólo al valor minorista. Los impuestos aplicables no están cubiertos.</p> <p>La asignación específica del plan se puede aplicar a un par de anteojos y accesorios a elección del miembro, que incluye la combinación de opción de marco/lentes de anteojos, o lentes de contacto (que incluyen los cargos profesionales relacionados) en lugar de anteojos.</p>

Si desea comprar estos Beneficios opcionales suplementarios, llame al Servicio de Atención al Cliente y solicite un formulario de inscripción a los Beneficios opcionales suplementarios. Complete el formulario indicando si desea adquirir estos beneficios y devuélvala junto con el pago de la prima de los Beneficios opcionales suplementarios del primer mes a: **Cigna-HealthSpring, P.O. Box 742642, Atlanta, GA 30374-2642**. La fecha de entrada en vigencia de sus Beneficios opcionales suplementarios será el primer día del mes siguiente después de que hayamos recibido su formulario completado. Por ejemplo, si recibimos su formulario completado en cualquier momento en febrero, su Beneficio opcional suplementario comenzará el 1 de marzo. Usted puede discontinuar estos Beneficios opcionales suplementarios hacia el final de un mes mediante una notificación por escrito antes del final de ese mes a la siguiente dirección: Cigna-HealthSpring, P.O. Box 20012, Nashville, TN 37202. Los miembros pueden inscribirse y darse de baja solo *una vez* por año calendario. Si usted se da de baja de los Beneficios opcionales suplementarios durante el año y quiere volver a recibir los beneficios, deberá esperar hasta el comienzo del año próximo.

El pago de su prima opcional suplementaria debe haberse pagado en nuestra oficina el último día del mes. Si no recibimos el pago de su prima opcional suplementaria para el último día del mes, le enviaremos una notificación para informarle que sus Beneficios opcionales suplementarios terminarán si no recibimos el pago de su prima dentro de dos meses calendario. Usted no será dado de baja del plan, pero dejará de recibir los Beneficios opcionales suplementarios para los cuales debe pagar una prima adicional.

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

Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones)

Esta sección le informa qué servicios están “excluidos” de la cobertura de Medicare y, por lo tanto, este plan no cubre. Si un servicio está “excluido”, significa que este plan no lo cubre.

El siguiente cuadro enumera los servicios y artículos que no están cubiertos bajo ninguna condición o que están cubiertos solo bajo condiciones especiales.

Si recibe servicios que están excluidos (no están cubiertos), debe pagarlos usted mismo. No pagaremos los servicios médicos excluidos indicados en el siguiente cuadro excepto bajo las condiciones específicas enumeradas. La única excepción es: si, después de una apelación, se determina que un servicio del siguiente cuadro es un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para información sobre presentar una apelación contra una decisión que hemos tomado de no cubrir un servicio médico, consulte el Capítulo 7, Sección 5.3 en este folleto).

Todas las exclusiones o limitaciones de los servicios se describen en el Cuadro de beneficios o en el siguiente cuadro.

Incluso si usted recibe los servicios excluidos en un centro de emergencias, dichos servicios excluidos no estarán cubiertos y nuestro plan no pagará por ellos.

Sin cobertura bajo ninguna condición	Cubiertos solo bajo condiciones específicas	Servicios que no se consideren razonables y necesarios, conforme a las normas de Original Medicare
Procedimientos quirúrgicos y médicos, equipo y medicamentos experimentales.	✓	
Procedimientos quirúrgicos y médicos, equipo y medicamentos experimentales. Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos elementos y procedimientos que nuestro plan y Original Medicare determinan que no son generalmente aceptados por la comunidad médica.		✓ Pueden estar cubiertos por Original Medicare bajo un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. (Consulte el Capítulo 3, Sección 5, para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica).
Habitación privada en un hospital.		✓ Cubierto solo cuando es médicamente necesario.
Artículos personales en su habitación en un hospital o centro de enfermería especializada, tales como un teléfono o un televisor.	✓	
Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar.	✓	
*La atención de custodia es la atención proporcionada en una residencia de ancianos, en un centro de atención para pacientes terminales o en otro centro cuando usted no necesita atención médica especializada o atención de enfermería especializada.	✓	

Sin cobertura bajo ninguna condición	Cubiertos solo bajo condiciones específicas	Servicios que no se consideren razonables y necesarios, conforme a las normas de Original Medicare
Servicios de empleada doméstica, que incluyen asistencia doméstica básica, incluso quehaceres domésticos sencillos o preparación sencilla de comidas.	✓	
Cargos cobrados por sus familiares más cercanos o miembros de su grupo familiar por atención.	✓	
Cirugía o procedimientos cosméticos.		✓ Cubierta en caso de una lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro del cuerpo con malformación. Cubierta para todas las etapas correspondientes a la reconstrucción de un seno después de una mastectomía, y también para el seno no afectado para producir una apariencia simétrica.
Atención quiropráctica de rutina		✓ Cubre la manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación.
Podología de rutina		✓ Cobertura limitada proporcionada conforme a las pautas de Medicare. Por ejemplo, si usted sufre de diabetes.
Comidas con envío a domicilio		✓ Consulte las Comidas Post Hospitalarias en la Tabla de Beneficios Médicos para obtener más información.
Calzado ortopédico		✓ Si el calzado es parte de un aparato ortopédico para las piernas y está incluido en el costo del aparato ortopédico o si el calzado es para una persona que sufre de la enfermedad de pie diabético.
Dispositivos de apoyo para los pies		✓ Calzado ortopédico o terapéutico para personas que sufren de la enfermedad de pie diabético.

Sin cobertura bajo ninguna condición	Cubiertos solo bajo condiciones específicas	Servicios que no se consideren razonables y necesarios, conforme a las normas de Original Medicare
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otros accesorios para corregir la visión deficiente. (Consulte el Cuadro de beneficios médicos para conocer los servicios oftalmológicos cubiertos por nuestro plan)		✓ Examen oftalmológico y un par de anteojos (o lentes de contacto) cubiertos para personas después de una cirugía de cataratas.
Procedimientos de reversión de la esterilización, y/o suministros anticonceptivos sin receta	✓	
Acupuntura.	✓	
Servicios de naturopatía (utilizan tratamientos naturales o alternativos)	✓	

*La atención de custodia es atención personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como la atención que lo ayuda con las actividades de la vida diaria, como bañarse o vestirse.

Además de las exclusiones ya mencionadas, **los siguientes servicios y elementos dentales no están cubiertos por Original Medicare ni por nuestro plan:**

- Si un artículo o servicio dental no está mencionado en el cuadro de beneficios.
- La cobertura está limitada a los límites de frecuencia en el cuadro. Cualquier servicio provisto que sobrepase el límite de frecuencia no está cubierto.
- El miembro será responsable del costo de cualquier servicio que sobrepase el máximo anual del beneficio.
- Ajustes, reparaciones, realineado y rebase de dentaduras removibles o fijas.
- Cirugía oral y maxilofacial que incluye extracciones, coronectomía, alveoloplastia, vestibuloplastia, eliminación de lesiones/tumores.
- Servicio de endodoncia incluso tratamientos de conducto, pulpotomía, servicios de apicoectomía/perirradiculares.
- Restauraciones de amalgama, resina, inscrustaciones/recubrimientos.
- Coronas y servicios asociados de postes y pernos muñones, retención de soportes, reparación de coronas.
- Anestesia.
- Implantes, aditamentos protésicos y mantenimiento de implantes.
- Gastos dentales incurridos en relación a cualquier procedimiento dental comenzado antes de la fecha efectiva de cobertura se encuentran excluidos.

Si se ha inscrito para beneficios dentales opcionales suplementarios, **los siguientes servicios y elementos dentales no están cubiertos por Original Medicare ni por nuestro plan:**

- Si un artículo o servicio dental no está mencionado en el cuadro de beneficios.
- La cobertura está limitada a los límites de frecuencia en el cuadro. Cualquier servicio provisto que sobrepase el límite de frecuencia no está cubierto.
- El miembro será responsable del costo de cualquier servicio que sobrepase el máximo anual del beneficio.
- Periodoncia servicios quirúrgicos y complementarios excepto para mantenimiento y desbridamiento.
- Excluye prótesis inmediatas parciales flexibles removibles, prótesis fijas y todos los servicios asociados, incluso prótesis temporarias, acondicionamiento de tejidos y sobredentaduras.
- Rebase de dentaduras removibles o fijas. Recementación o reparación de dentaduras fijas.

- Cirugía oral y maxilofacial incluso Coronectomía, Vestibuloplastía, eliminación de lesiones/tumores.
- Servicio de endodoncia incluso tratamientos de conducto, pulpotomía, servicios de apicoectomía/perirradiculares.
- Restauraciones de incrustaciones/recubrimientos.
- Coronas de resina y titanio, $\frac{3}{4}$ coronas, retención de soportes, reparación de coronas.
- Anestesia.
- Implantes, aditamentos protésicos y mantenimiento de implantes.
- Gastos dentales incurridos en relación a cualquier procedimiento dental comenzado antes de la fecha efectiva de cobertura se encuentran excluidos.

CAPÍTULO 5

Cómo solicitar que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted ha recibido por servicios médicos cubiertos

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

SECCIÓN 1	Situaciones en las que debería solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo por sus servicios cubiertos	66
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.....	66
SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos que le realicemos un reembolso o que paguemos una factura que ha recibido	67
Sección 2.1	Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago.....	67
SECCIÓN 3	Consideraremos su solicitud de pago y la aprobaremos o rechazaremos	67
Sección 3.1	Verificamos si debemos cubrir el servicio y cuánto debemos	67
Sección 3.2	Si le informamos que no pagaremos toda o parte de la atención médica o el medicamento, puede presentar una apelación.....	67

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debería solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo por sus servicios cubiertos**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**

A veces, cuando recibe atención médica, puede ser necesario que pague el costo total enseguida. 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 (a menudo, devolverle el dinero se denomina “reembolsarlo”). Es su derecho ser reembolsado por nuestro plan cuando ha pagado más de su parte del costo por 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, nos debe 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 reciba atención médica de emergencia o urgencia de un proveedor que no se encuentra en la red de nuestro plan

Puede recibir servicios de emergencia de cualquier proveedor, independientemente de que el proveedor sea parte de nuestra red o no. Cuando recibe servicios de emergencia o urgencia de un proveedor que no es parte de nuestra red, usted es responsable de pagar su parte del costo, no el costo total. Debe solicitar al proveedor que le facture 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 le corresponde. Envíenos esta factura, junto con los documentos de cualquier pago que ya haya realizado.
 - Si se le debe algo al proveedor, le pagaremos directamente a él.
 - Si 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 de la red le envía una factura que usted cree que no debe pagar

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

- Solamente tiene que pagar su monto de participación en los costos cuando recibe los servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos a los proveedores que agreguen cargos por separado adicionales, llamados “facturación del saldo”. Esta protección (que usted nunca paga más que su monto de participación en los costos) se aplica, incluso si pagamos al proveedor menos de lo que cobra el proveedor por un servicio e incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor. Para obtener más información sobre la “facturación del saldo”, consulte el Capítulo 4, Sección 1.3.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red 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 que debía pagar conforme al plan.

3. Si está inscrito con carácter retroactivo en nuestro plan

A 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 puede haber sido incluso el año pasado).

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y realizó un pago directo por cualquiera de sus servicios cubiertos después de su fecha de inscripción, puede solicitarnos un reembolso de nuestra parte de los costos. Deberá enviarnos documentación para que manejemos el reembolso.

Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente para obtener información adicional sobre cómo solicitarnos un reembolso y los plazos para realizar la solicitud. (Los números de teléfono del Servicio de Atención al Cliente están impresos en la contraportada de este libro).

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

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos que le realicemos un reembolso o que 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 la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es una buena idea hacer una copia de su factura y recibos para sus registros.

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

- No tiene que utilizar el formulario, pero es útil para que procesemos la información más rápidamente.
- Descargue un ejemplar del formulario de nuestro sitio web (www.cigna.com/static/docs/medicare-2019/medical-reimbursement-claim-form.pdf) o llame al Servicio de Atención al Cliente y solicite el formulario. (Los números de teléfono del Servicio de Atención al Cliente están impresos en la contraportada de este libro).

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

Cigna-HealthSpring
Attn: Direct Member Reimbursement, Medical Claims
P.O. Box 20002
Nashville, TN 37202

Debe presentarnos su queja dentro de un plazo de 12 meses de la fecha en que recibió el servicio, el artículo o el medicamento.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro). Si no sabe qué monto debía pagar o 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 debemos cubrir el servicio y cuánto debemos

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

- Si decidimos que la atención médica está cubierta y ha seguido todas las reglas para obtener la atención, le pagaremos nuestra parte del costo. Si usted ya ha pagado por el servicio, le enviaremos por correo el reembolso de nuestra parte del costo. Si usted todavía no ha pagado por el servicio, enviaremos el pago por correo directamente al proveedor. (El Capítulo 3 explica las reglas que debe seguir para recibir sus servicios médicos cubiertos).
- Si decidimos que la atención médica *no* está cubierta, o usted no siguió todas las reglas, *no* le pagaremos nuestra parte del costo. En cambio, le enviaremos una carta que explique los motivos por los que no estamos enviando el pago que solicitó y sus derechos a apelar esa decisión.

Sección 3.2 Si le informamos que no pagaremos toda o parte de la atención médica o el medicamento, puede presentar una apelación

Si cree que hemos cometido un error en 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.

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

Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 7 de este folleto (*Qué 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 por leer 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 proporciona definiciones de términos tal como “apelación”. Luego, después de haber leído la Sección 4 puede acudir a la Sección 5.3 para obtener una explicación detallada de cómo recibir un reembolso por un servicio médico.

CAPÍTULO 6

Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan.....	71
Sección 1.1	Debemos proporcionarle información de manera que la entienda bien (en otros idiomas que no sean inglés, en braille, en impresión con letra grande o en otros formatos, etc.)	71
Sección 1.2	Debemos tratarlo con imparcialidad, respeto y consideración de su dignidad en todo momento	71
Sección 1.3	Debemos asegurarnos de que usted obtenga acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos.....	71
Sección 1.4	Debemos proteger la privacidad de su información de salud personal	72
Sección 1.5	Debemos proporcionarle información acerca del plan, la red de proveedores del plan y los servicios que están cubiertos para usted.....	72
Sección 1.6	Debemos respaldar su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica.....	73
Sección 1.7	Usted tiene derecho a presentar quejas y a solicitarnos que reconsideremos decisiones que hayamos tomado	74
Sección 1.8	¿Qué puede hacer si cree que lo están tratando injustamente o que no se respetan sus derechos?.....	75
Sección 1.9	Cómo obtener más información sobre sus derechos	75
SECCIÓN 2	Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan.....	75
Sección 2.1	¿Cuáles son sus responsabilidades?	75

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan

Sección 1.1 Debemos proporcionarle información de manera que la entienda bien (en otros idiomas que no sean inglés, en braille, en impresión con letra grande o en otros formatos, etc.)

Para obtener mayor información de nuestra compañía en la manera que más le convenga, llame al Servicio de Atención al Cliente (los números telefónicos se encuentran en la contraportada de este libro).

Nuestro plan cuenta con personal y servicio gratuito de intérprete de idiomas que podrá responder a las preguntas de los miembros que no hablen inglés y de los miembros que tengan alguna discapacidad. Además, podemos darle información en braille, en impresión con letra grande, o en otros formatos sin costo si así lo necesita. Es nuestra obligación darle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información de nuestra compañía en la manera que más le convenga, llame al Servicio de Atención al Cliente (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este folleto) o comuníquese con nuestro departamento de quejas por agravios para miembros (Member Grievances department); los números telefónicos están impresos en la información de contacto bajo el título "Quejas sobre su atención médica" en el Capítulo 2, Sección 1 de este libro.

Si tiene dificultades para conseguir información de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, puede presentar una queja por agravios comunicándose con nuestro departamento de quejas por agravios para miembros (Member Grievances department); los números telefónicos se encuentran impresos en la información de contacto bajo el título "Quejas sobre su atención médica" en el Capítulo 2, Sección 1 de este folleto. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles. La información de contacto está incluida en esta *Constancia de cobertura* o en este correo, o puede comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este libro) para solicitar más información.

Sección 1.2 Debemos tratarlo con imparcialidad, respeto y consideración de su dignidad en todo momento

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

Si desea obtener más información o tiene inquietudes sobre discriminación o trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a su Oficina de Derechos Civiles local.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención médica, comuníquese con nosotros al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro). Si tiene una queja, como un problema con el acceso para silla de ruedas, el Servicio de Atención al Cliente puede ayudarlo.

Sección 1.3 Debemos asegurarnos de que usted obtenga acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos

Como miembro de nuestro plan, usted tiene el derecho de elegir un proveedor de atención primaria (PCP) de la red del plan para que le proporcione y organice sus servicios cubiertos (en el Capítulo 3 se ofrece más información). Llame al Servicio de Atención al Cliente para obtener información sobre los médicos que aceptan pacientes nuevos (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro). Usted también tiene derecho a consultar a un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) y a proveedores de salud del comportamiento sin una remisión.

También tiene derecho a recibir atención que no es de emergencia si el consultorio de su PCP está cerrado. Si necesita hablar con su PCP u obtener atención médica cuando el consultorio del PCP está cerrado, y *no* se trata de una emergencia médica, llame al PCP al número de teléfono que se encuentra en su tarjeta de membresía. Siempre habrá un médico a su disposición para ayudarlo. El Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones (Telecommunications Relay Service, TRS) proporciona un servicio de transmisión para las personas sordas, las personas con dificultades auditivas y/o las personas con trastornos del habla y el lenguaje al marcar el 711. El TRS lo ayudará a comunicarse con su PCP.

Como miembro del plan, tiene derecho a obtener citas y servicios cubiertos de la red de proveedores del plan *en un tiempo razonable*. Esto incluye el derecho de recibir servicios oportunos de especialistas cuando necesita esa atención.

Si considera que no está recibiendo su atención médica dentro de un período de tiempo razonable, el Capítulo 7, Sección 9 de este libro le dice lo que puede hacer. (Si le hemos denegado su cobertura de atención médica y no está de acuerdo con nuestra decisión, en el Capítulo 7, Sección 4 se explica qué puede hacer).

La evaluación de nuevas tecnologías por parte del plan

Nos enorgullece brindar a nuestros clientes los mejores beneficios médicos y de farmacia disponibles. Nuestro Comité de farmacia y terapéutica, y nuestro Comité de pautas clínicas revisan cuidadosamente los nuevos medicamentos, los procedimientos médicos y conductuales, y los dispositivos como posibles ampliaciones de los beneficios para nuestros clientes. El Comité de Farmacia y Terapéutica está compuesto por médicos en ejercicio, farmacéuticos y nuestros Directores Médicos. Juntos, estos profesionales revisan nuevos medicamentos mientras evalúan las guías clínicas disponibles, la medicina basada en la evidencia y los estudios farmacoeconómicos. El Comité de pautas clínicas está compuesto por nuestros directores médicos, farmacéuticos y especialistas en salud conductual. Este comité evalúa las tecnologías médicas y conductuales revisando datos pertinentes que incluyen pautas basadas en evidencia, datos de seguridad, información relacionada de los CMS y otra información reguladora, y aportes de especialistas expertos. Basándose en estas revisiones, los comités luego votan sobre qué medicamentos, procedimientos médicos y conductuales y dispositivos ofrecer que se consideren efectivos y eficaces, y que brinden el mayor beneficio a nuestros clientes.

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 e información de salud personal. Protegemos su información de salud personal 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, así como 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 cómo se utiliza su información de salud. Le proporcionamos una notificación por escrito, denominada “Notificación de prácticas de privacidad”, 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 personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- 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 autorización por escrito*. La autorización por escrito la puede otorgar usted u otra persona a quien le haya otorgado poder legal para tomar decisiones por usted.
- 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, debemos brindarle a Medicare su información de salud. Si Medicare divulga su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con los estatutos y reglamentos 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 cobrar 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 alguna pregunta o inquietud acerca de la privacidad de su información de salud personal, llame al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro).

Sección 1.5 Debemos proporcionarle información acerca del plan, la red de proveedores del plan y los servicios que están cubiertos para usted

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a obtener diferentes tipos de información de nosotros. (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 otros idiomas además del inglés, impresión en letras grandes u otros formatos alternativos).

Si desea cualquiera de los siguientes tipos de información, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos 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 desempeño del plan, incluso cómo ha sido calificado por los miembros del plan y cómo se compara con otros planes de salud de Medicare.
- **Información sobre nuestros proveedores de la red.**
 - Por ejemplo, tiene derecho a que le proporcionemos información sobre las calificaciones de los proveedores de nuestra red y sobre cómo pagamos a los proveedores en nuestra red.
 - Para obtener una lista de los proveedores de la red del plan, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*.
 - Para obtener información más detallada acerca de nuestros proveedores, puede llamar al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o visitar nuestro sitio web, www.cignahealthspring.com.
- **Información sobre su cobertura y las 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 al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos 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 para usted, o si su cobertura está restringida de alguna forma, puede pedirnos una explicación por escrito. Usted tiene derecho a obtener esta explicación, incluso si ha recibido el servicio médico de un proveedor fuera de la red.
 - Si no está conforme o si no está de acuerdo con una decisión que tomemos sobre el servicio médico que está cubierto para usted, usted tiene derecho a solicitarnos un cambio de decisión. Puede solicitarnos que cambiemos la decisión presentando 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 folleto. Le proporciona detalles sobre cómo presentar una apelación si desea que cambiemos nuestra decisión. (En el Capítulo 7 también se informa sobre cómo presentar una queja acerca de la calidad de la atención médica, los tiempos de espera y otras inquietudes).
 - Si desea solicitarle a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde de una factura que usted ha recibido por atención médica, consulte el Capítulo 5 de este libro.

Sección 1.6 Debemos respaldar su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica

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

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

Usted también tiene derecho a participar completamente en 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 que le informen 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 que le informen 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 otra instalación médica, incluso si su médico le recomienda que no se retire. Por supuesto, si se niega a recibir tratamiento, usted acepta la responsabilidad total de lo que le ocurra a su cuerpo como resultado.
- **Recibir una explicación si se le niega la cobertura de atención médica.** Usted tiene el derecho de que le proporcionemos una explicación en caso de 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 contiene información acerca de 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 por sí mismas decisiones relacionadas con la atención médica 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 usted mismo.

Los documentos legales que puede usar para impartir instrucciones por adelantado en estas situaciones se denominan “**directrices anticipadas**”. Existen diferentes tipos de directrices anticipadas y diferentes formas de denominarlas. Los documentos denominados “**testamento en vida**” y “**poder para atención médica**” son ejemplos de directrices anticipadas.

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

- **Obtenga el formulario.** Si desea tener una directriz anticipada, puede obtener un formulario de su abogado, asistente social o alguna tienda de suministros de oficina. Algunas veces, puede obtener los formularios de directrices anticipadas solicitándolos a organizaciones que brindan información a las personas sobre Medicare.
- **Complételo y fírmelo.** Independientemente de dónde obtiene este formulario, tenga en cuenta que es un documento legal. Es recomendable que un abogado lo ayude a prepararlo.
- **Proporcione copias a las personas adecuadas.** Usted debe proporcionar una copia del formulario a su médico y a la persona que indica en el formulario como la que toma decisiones por usted, en el 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 directriz anticipada, **lleve una copia con usted al hospital.**

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

Recuerde que es su elección si desea completar una directriz 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 directriz anticipada.

¿Qué sucede si no se siguen sus instrucciones?

Si ha firmado una directriz anticipada y cree que un médico u hospital no han seguido las instrucciones, puede presentar una queja ante los Servicios Legales de Kansas (Kansas Legal Services) o el Colegio de Abogados de Missouri (The Missouri Bar) en Missouri.

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. Lo que necesita hacer para realizar el seguimiento de un problema o una inquietud depende de la situación. Usted podría necesitar solicitar a nuestro plan que tome una decisión de cobertura en su caso, presentar una apelación ante nosotros para cambiar una decisión de cobertura o presentar una queja. Independientemente de lo que haga (pedir una decisión de cobertura, presentar una apelación 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 al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos 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 cree que lo han tratado injustamente o no se han respetado sus derechos por motivos de raza, discapacidad, religión, género, 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, para TTY, al 1-800-537-7697, o llamar a su Oficina de Derechos Civiles local.

¿Se trata de otro tema?

Si cree 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:

- Puede **llamar al Servicio de Atención al Cliente** (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este libro).
- Puede **llamar al SHIP**. 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, 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 al Servicio de Atención al Cliente** (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este libro).
- Puede **llamar al SHIP**. 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 se encuentra disponible en: <https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534.pdf>).
 - O, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Usted tiene derecho a hacer recomendaciones con respecto a la política de derechos y responsabilidades del miembro de Cigna.

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades?

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

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las reglas que debe seguir para obtener dichos servicios cubiertos.** Utilice este libro de *Constancia de cobertura* para saber qué está cubierto en su caso y las reglas que debe seguir para obtener sus servicios cubiertos.
 - Los Capítulos 3 y 4 proporcionan los detalles sobre sus servicios médicos, incluso lo que está cubierto, lo que no está cubierto, las reglas que debe seguir y lo que debe pagar.
- **Si usted tiene cualquier otra cobertura de seguro de salud además de nuestro plan, o cobertura separada de medicamentos recetados, tiene que informarnos.** Llame al Servicio de Atención al Cliente para informarlo (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
 - Debemos seguir las reglas establecidas por Medicare para asegurarnos de que esté utilizando toda su cobertura en combinación cuando recibe sus servicios cubiertos de nuestro plan. Esto se llama "**beneficios de coordinación**" porque involucra coordinar los beneficios de salud que recibe de nuestro plan con cualquier otro beneficio que usted tenga disponible. Lo ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para obtener más información sobre la coordinación de beneficios, vaya al 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 del plan cuando reciba su atención médica.

- **Ayude a sus médicos y a otros proveedores a ayudarlo a usted al brindarles información, formularles preguntas y continuar con su atención médica.**
 - Para ayudar a sus médicos y a otros proveedores de salud a brindarle la mejor atención médica, aprenda lo más que pueda sobre sus problemas de salud y bríndeles la información necesaria sobre usted y su salud. Siga los planes y las instrucciones de tratamiento que acordaron usted y sus médicos.
 - Asegúrese de que sus médicos sepan todos los medicamentos que está usando, 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 considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de los otros pacientes. También esperamos que actúe de tal forma que ayude al correcto funcionamiento del consultorio de su médico, los hospitales y otros consultorios.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
 - A fin de reunir los requisitos para nuestro plan, debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare. Algunos miembros del plan pagarán una prima para la Parte A de Medicare. La mayoría de los miembros del plan deben pagar una prima de la Parte B de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
 - Para algunos de sus servicios médicos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo cuando reciba el servicio. Este será un copago (un monto fijo) o un coseguro (un porcentaje del costo total). El Capítulo 4 le informa 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 usted tenga, debe pagar el costo total.
 - Si no está de acuerdo con nuestra decisión de negar cobertura para un servicio, puede realizar una apelación. Consulte el Capítulo 7 de este libro para obtener información sobre cómo presentar una apelación.
- **Infórmenos si se muda.** Si se mudará, es importante que nos avise de inmediato. Llame al Servicio de Atención al Cliente (Los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro).
 - **Si se muda fuera del área de servicios de nuestro plan, no puede continuar siendo miembro de nuestro plan.** (El Capítulo 1 brinda información sobre nuestra área de servicios). Podemos ayudarlo a verificar si se muda fuera de nuestra área de servicios. Si se muda de nuestra área de servicios, tendrá un Período de inscripción especial cuando pueda inscribirse en cualquier plan de Medicare disponible en su nueva área. Podemos informarle si tenemos un plan en su nueva área.
 - **Si se muda dentro de nuestra área de servicios, aun así necesitamos saberlo** para poder mantener actualizado su registro de membresía y saber cómo comunicarnos con usted.
 - Si se muda, también es importante que lo informe al Seguro Social (o la Railroad Retirement Board). Puede encontrar los números telefónicos y la información de contacto para estas organizaciones en el Capítulo 2.
- **Llame al Servicio de Atención al Cliente para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes.** También son bienvenidas las sugerencias que pueda tener para mejorar nuestro plan.
 - Los números de teléfono del Servicio de Atención al Cliente están impresos en la contraportada de este folleto).
 - Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros, incluso nuestra dirección postal, consulte el Capítulo 2.

CAPÍTULO 7

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

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

ANTECEDENTES	80
SECCIÓN 1	Introducción
	80
Sección 1.1	Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud
	80
Sección 1.2	¿Qué sucede con los términos legales?.....
	80
SECCIÓN 2	Puede obtener ayuda de organizaciones gubernamentales que no estén relacionadas con nosotros ...
	80
Sección 2.1	Dónde obtener más información y asistencia personalizada.....
	80
SECCIÓN 3	¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema?
	81
Sección 3.1	¿Debe utilizar el proceso para las decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso para presentar quejas?.....
	81
DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES	81
SECCIÓN 4	Una guía sobre los elementos fundamentales de las decisiones de cobertura y apelaciones
	81
Sección 4.1	Solicitud de decisiones de cobertura y presentación de apelaciones: visión general
	81
Sección 4.2	Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación
	82
Sección 4.3	¿Qué sección de este capítulo proporciona los detalles de <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
	82
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)...
	83
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)
	85
Sección 5.4	Instrucciones detalladas: cómo se realiza una apelación de nivel 2
	87
Sección 5.5	¿Qué sucede si nos solicita que le paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por atención médica?.....
	88
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
	89
Sección 6.1	Durante su hospitalización, usted recibirá una notificación por escrito de Medicare que le informará sus derechos
	89
Sección 6.2	Instrucciones detalladas: cómo presentar una apelación de nivel 1 para modificar su fecha de alta del hospital
	90
Sección 6.3	Instrucciones detalladas: cómo presentar una apelación de nivel 2 para modificar su fecha de alta del hospital
	92
Sección 6.4	¿Qué sucede si se le pasa el plazo para presentar su apelación de nivel 1?
	93
SECCIÓN 7	Cómo solicitarnos que continuemos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto
	94
Sección 7.1	<i>Esta sección trata <u>únicamente</u> sobre tres servicios: servicios de atención médica domiciliaria, de atención en un centro de enfermería especializada o de un Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF)</i>
	94
Sección 7.2	Le diremos con anticipación cuándo finalizará su cobertura
	95

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

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	95
Sección 7.4	Instrucciones detalladas: cómo presentar una apelación de nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención médica durante un período más prolongado	97
Sección 7.5	¿Qué sucede si se le pasa el plazo para presentar su apelación de nivel 1?	97
SECCIÓN 8	Llevar su apelación a Nivel 3 y siguientes niveles	99
Sección 8.1	Niveles de apelación 3, 4 y 5 para las apelaciones de servicio médico	99
PRESENTACIÓN DE QUEJAS.....		100
SECCIÓN 9	Cómo presentar una queja acerca de la calidad de la atención, los tiempos de espera, el Servicio de Atención al Cliente u otras inquietudes	100
Sección 9.1	¿Qué tipos de problemas se manejan en el proceso de quejas?	100
Sección 9.2	El nombre formal para “presentación de una queja” es “presentación de una queja por agravios”	101
Sección 9.3	Instrucciones Detalladas: presentación de una queja	102
Sección 9.4	Usted también puede presentar quejas sobre la calidad de atención a la Organización de Mejora de Calidad	102
Sección 9.5	También puede decirle a Medicare acerca de su queja	103

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

Ambos procesos han sido aprobados por Medicare. Para garantizar la imparcialidad y el manejo inmediato de sus problemas, cada proceso cuenta con un conjunto de reglas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

¿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 las reglas y los procedimientos legales con palabras más simples en lugar de utilizar ciertos términos legales. Por ejemplo, este capítulo, en general, dice “presentar una queja”, en lugar de “presentar una queja por agravios”, “decisión de cobertura”, en lugar de “determinación de la organización” y “Organización de Revisión Independiente”, en lugar de “Entidad de Revisión Independiente”. También utiliza la menor cantidad de abreviaturas posible.

Sin embargo, puede ser útil (y algunas veces bastante importante) que usted conozca los términos legales correctos para la situación en la que está. Conocer los términos lo ayudará a comunicarse de manera más clara y precisa al manejar su problema, y a 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 tiene energía limitada. Otras veces, es posible que no tenga el conocimiento necesario para realizar el próximo paso.

Reciba 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 una persona que no esté relacionada 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 nosotros 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 a sus preguntas, brindarle más información y ofrecerle asesoramiento sobre lo que debe hacer.

Los servicios de los asesores de SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono en el Capítulo 2, Sección 3 de este libro.

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, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Puede visitar el sitio web de Medicare (<https://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 inquietud, solamente 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 es acerca de sus beneficios o cobertura?

(Esto incluye problemas sobre si determinados 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 es acerca de beneficios o cobertura.

Continúe con la siguiente sección de este capítulo, **Sección 4, “Una guía sobre los elementos fundamentales de las decisiones de cobertura y apelaciones”**.

No. Mi problema no es acerca de beneficios o cobertura.

Diríjase directamente a la **Sección 9** al final de este capítulo: **“Cómo presentar una queja sobre la calidad de cuidado, los tiempos de espera, servicio al cliente u otros asuntos”**.

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES**SECCIÓN 4 Una guía sobre los elementos fundamentales de las decisiones de cobertura y apelaciones****Sección 4.1 Solicitud de decisiones de cobertura y presentación de apelaciones: visión general**

El proceso de las decisiones de cobertura y las apelaciones se encarga de los problemas relacionados con sus beneficios y cobertura de servicios médicos, incluso 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 con respecto a sus beneficios y cobertura o acerca del monto que pagaremos por sus servicios médicos. Por ejemplo: su médico de la red del plan toma una decisión de cobertura (favorable) en su caso cuando usted recibe su atención médica o si su médico de la red lo remite con un especialista. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico en particular o se niega a prestarle la atención médica que usted considera que necesita. En otras palabras, si desea saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura en su caso.

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

Presentación de una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura 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 hayamos tomado.

Cuando apela a una decisión por primera vez, se llama Apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si seguimos todas las reglas correctamente. Su apelación es manejada por otros revisores diferentes de los que tomaron la decisión no favorable original. Cuando hayamos completado la revisión, le daremos a conocer nuestra decisión. Bajo ciertas circunstancias, las cuales explicamos más adelante, usted puede solicitar una “decisión de cobertura rápida” o acelerada, o una apelación rápida de una decisión de cobertura.

Si decimos que no a la totalidad o parte de su Apelación de Nivel 1, su caso automáticamente pasará a Apelación de Nivel 2. Una organización independiente que no está relacionada con nosotros realiza la apelación de nivel 2. Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de nivel 2, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación.

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

¿Le gustaría recibir ayuda? Los siguientes son los recursos que podría utilizar si decide solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Puede llamar al Servicio de Atención al Cliente** (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este libro).
- Para **obtener ayuda gratuita de una organización independiente** que no está conectada con nuestro plan, contacte a su SHIP (vea la Sección 2 de este capítulo).
- **Su médico puede realizar una solicitud por usted.** Para la atención médica, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de nivel 1 en su nombre. Si su apelación es rechazada en el nivel 1, será transferida automáticamente al nivel 2. Para solicitar cualquier apelación después del nivel 2, su médico debe ser designado como su representante.
- **Puede solicitar que una persona actúe en su nombre.** Si desea, puede designar a otra persona para que actúe por usted 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, familiar, su médico, otro proveedor u otra persona sean su representante, llame al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro) y solicite el formulario de “Designación de representante”. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf>). El formulario le otorga permiso a esa persona para actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y la otra persona que usted quiere que actúe en su nombre. Debe proporcionarnos una copia del formulario firmado.
- **Además, usted tiene derecho a contratar a un abogado para que actúe por usted.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado de su colegio de abogados local u otro servicio de remisión. 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.

Sección 4.3 ¿Qué sección de este capítulo proporciona los detalles de su situación?

Hay tres tipos diferentes de situaciones que involucran decisiones de cobertura y apelaciones. Debido a que cada situación tiene diferentes reglas y plazos, proporcionamos los detalles para cada una en una sección por separado:

- **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 que continuemos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto” (*Se aplica a los siguientes servicios únicamente:* servicios de atención médica domiciliaria, centro de enfermería especializada y Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF))

Si no está seguro sobre qué sección debe utilizar, llame al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro). Además, puede obtener ayuda o información a través de organizaciones gubernamentales, como el SHIP (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 apelaciones)? De no ser así, le recomendamos que la lea antes de comenzar esta sección.

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

Esta sección trata sobre sus beneficios de atención y servicios médicos. Estos beneficios están descritos en el Capítulo 4 de este libro: *Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)*. Para simplificar, generalmente nos referimos

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

a “cobertura de atención médica” o a “atención médica” en el resto de esta sección, en lugar de repetir “atención, 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 recibe cierta atención médica que desea y cree que dicha 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. Se le informó que la cobertura para cierta atención médica que ha estado recibiendo y que aprobamos anteriormente se reducirá o interrumpirá, y usted considera que reducir o interrumpir dicha atención médica podría dañar su salud.
- **NOTA: Si la cobertura que se interrumpirá es para los servicios de atención hospitalaria, de atención médica domiciliaria, de atención en un centro de enfermería especializada o 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 solicitarnos la cobertura de una hospitalización como paciente internado durante más tiempo si cree que el médico le está dando de alta demasiado pronto”.
 - Capítulo 7, Sección 7: *Cómo solicitarnos que continuemos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto.* Esta sección trata sobre tres servicios únicamente: servicios de atención médica domiciliaria, de atención en un centro de enfermería especializada y de un CORF.
 - En el caso de *todas las demás* situaciones que impliquen la notificación de que la atención médica que ha estado recibiendo se interrumpirá, utilice esta sección (Sección 5) como su guía para saber lo que debe hacer.

¿En qué situación se encuentra?

Si está en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
¿Desea saber si cubriremos la atención médica o los servicios que desea?	Puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura en su caso. Consulte la sección siguiente de este capítulo, Sección 5.2 .
¿Ya le informamos que no cubriremos o pagaremos un servicio médico de la forma en que usted desea que sea cubierto o pagado?	Puede presentar una apelación . (Esto significa que nos está solicitando que volvamos a considerarlo). Pase a la Sección 5.3 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 Sección 5.5 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 implica su atención médica, se denomina “**determinación de la organización**”.

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

Términos legales

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

Cómo solicitar cobertura para la atención médica que desea

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para presentar su solicitud de que autoricemos o brindemos 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 y busque la sección denominada *Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura acerca de su atención médica*.

En general, utilizamos los plazos estándar para comunicarle nuestra decisión

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

- **Sin embargo, podemos tomarnos hasta 14 días calendario** más si solicita más tiempo o si necesitamos información (tal como registros médicos de proveedores fuera de la red) que puede 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 del proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información acerca del proceso para presentar quejas, incluso quejas rápidas, vea la Sección 9 de este capítulo).

Si su salud lo requiere, solicítenos que le brindemos una “decisión de cobertura rápida”

- **Una decisión de cobertura rápida significa que le responderemos en un plazo de 72 horas.**
 - **Sin embargo, podemos tomar hasta 14 días calendario adicionales** si notamos que falta alguna información que podría beneficiarlo (tal como registros médicos de proveedores fuera de la red), o si usted necesita tiempo para hacernos llegar información para que revisemos. 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. (Para obtener más información acerca del proceso para presentar quejas, incluso quejas rápidas, vea la Sección 9 de este capítulo.) Lo llamaremos tan pronto como tomemos una decisión.
- **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:**
 - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si solicita cobertura de atención médica que *aún no ha recibido*. (No puede obtener una decisión de cobertura rápida si su solicitud es sobre el pago de atención médica que ya recibió).
 - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si el uso de los plazos estándares podría *causar daños graves a su salud o dañar su capacidad para desempeñarse*.
- **Si su médico nos informa que su salud requiere de una “decisión de cobertura rápida”, automáticamente aceptaremos proporcionarle una decisión de cobertura rápida.**
- Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el respaldo de su médico, decidiremos si su salud requiere que le proporcionemos una decisión de cobertura rápida.
 - Si decidimos que su afección médica no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta informándole al respecto (y, en su lugar, utilizaremos los plazos estándares).
 - Esta carta le informará que si su médico solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente le proporcionaremos una decisión de cobertura rápida.
 - Además, la carta le indicará cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. (Para obtener más información acerca del proceso para presentar quejas, incluso quejas rápidas, vea 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 de cobertura 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 la decisión de cobertura, se lo notificaremos por escrito.

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

- 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 acerca del proceso para presentar quejas, incluso quejas rápidas, vea la Sección 9 de este capítulo.)
- Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas (o, si existe un período extendido, para el final de dicho período), usted tiene el derecho de presentar una apelación. La Sección 5.3, que aparece a continuación, brinda información sobre cómo presentar una apelación.
- **Si nuestra respuesta es positiva con respecto a una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura de atención médica que hemos acordado brindarle en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud. Si extendemos el período necesario para tomar nuestra decisión de cobertura, proporcionaremos o autorizaremos la cobertura para el final de dicho período extendido.
- **Si nuestra respuesta es negativa con respecto a una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una explicación detallada por escrito que explique el motivo de nuestro rechazo.

Plazos para una “decisión de cobertura estándar”

- En general, para una decisión de cobertura estándar, le daremos una respuesta **en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud**.
 - Podemos tomarnos hasta 14 días calendario más (“un período extendido”) en ciertas circunstancias. Si decidimos utilizar más días para tomar la decisión de cobertura, 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 acerca del proceso para presentar quejas, incluso quejas rápidas, vea la Sección 9 de este capítulo).
 - Si no le damos una respuesta en un plazo de 14 días calendario (o, si existe un período extendido, para el final de dicho período), usted tiene el derecho de presentar una apelación. La Sección 5.3, que aparece a continuación, brinda información sobre cómo presentar una apelación.
- **Si nuestra respuesta es positiva con respecto a una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que hemos acordado brindarle en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud. Si extendemos el período necesario para tomar nuestra decisión de cobertura, proporcionaremos o autorizaremos la cobertura para el final de dicho período extendido.
- **Si nuestra respuesta es negativa con respecto a una parte o la totalidad de 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 el derecho de presentar una apelación para solicitarnos que reconsideremos (y posiblemente cambiemos) esa decisión. Presentar una apelación significa intentar obtener nuevamente la cobertura de atención médica que desea.
- Si decide presentar una apelación, significa que pasa al nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la Sección 5.3 que aparece a continuación).

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)

Términos legales

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 de una respuesta rápida, usted debe solicitar una “apelación rápida”.

Qué debe hacer

- **Para comenzar una apelación, usted, su médico o representante deben comunicarse con nosotros.** Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros por cualquier motivo relacionado con su apelación, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección denominada *Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre su atención médica*.
- **Si solicita una apelación estándar, realice dicha apelación por escrito al presentar una solicitud.**
 - Si alguna persona apela nuestra decisión en su nombre que no sea su médico, su apelación debe incluir un formulario de Designación de representante que autorice a esta persona a representarlo. (Para obtener el formulario, llame al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro) y solicite el formulario de "Designación de representante". También está disponible en el sitio web de Medicare en <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf>.) Aunque podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar o completar nuestra revisión hasta recibirlo. Si no recibimos el formulario en el plazo de los 44 días calendario de recibida su solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será rechazada. Si esto sucede, le enviaremos una notificación por escrito para explicarle su derecho a solicitar que la Organización de Revisión Independiente revise nuestra decisión de rechazar su apelación.
- **Si solicita una apelación rápida, hágalo por escrito o llámenos** al número telefónico que figura en el Capítulo 2, Sección 1 (*Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre su atención médica*).
- **Usted debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 60 días calendario** a partir de 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 deja pasar este plazo y tiene un buen motivo para hacerlo, es posible que le proporcionemos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de buen motivo para no cumplir el plazo pueden ser que tuvo una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información errónea o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información relacionada con la decisión médica y agregar más información para respaldar su apelación.**
 - Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de la información relacionada con su apelación.
 - Si lo desea, usted y su médico pueden brindarnos información adicional para respaldar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una "apelación rápida" (puede hacer una solicitud llamándonos por teléfono)**Términos legales**

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

- Si presenta una apelación contra una decisión que tomamos sobre la cobertura de atención médica que todavía no ha recibido, usted y/o su médico deberán decidir si usted necesita una "apelación rápida".
- Los requisitos y procedimientos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que para obtener una "decisión de cobertura rápida". Para solicitar una apelación rápida, siga las instrucciones para solicitar una decisión de cobertura rápida. (Estas instrucciones se detallan 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 nuestro plan revisa su apelación, volvemos a examinar atentamente toda la información sobre su solicitud de cobertura de atención médica. Lo hacemos para ver si cumplimos con todas las reglas cuando rechazamos 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 una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación**. Le daremos una respuesta más pronto 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.

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

- 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 automáticamente su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que 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 positiva con respecto a una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que hemos acordado proporcionarle en el plazo de las 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa para una parte o la totalidad de lo que usted solicitó**, automáticamente enviaremos su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2.

Plazos para una “apelación estándar”

- Si usamos los plazos estándares, debemos darle una respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de recibir su apelación, si su apelación es sobre la cobertura para servicios que todavía no ha recibido. Le daremos una respuesta más pronto si así lo requiere su estado de 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 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 acerca del proceso para presentar quejas, incluso quejas rápidas, vea la Sección 9 de este capítulo).
 - 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 el que 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 positiva con respecto a parte o todo lo que solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que hemos acordado brindarle en un plazo de 30 días calendario después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa para una parte o la totalidad de lo que usted solicitó**, automáticamente enviaremos su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2.

Paso 3: Si nuestro plan rechaza una parte o la totalidad de su apelación, su caso será enviado automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarse de que estamos siguiendo todas las reglas cuando rechazamos su apelación, **debemos enviar su apelación a la “Organización de Revisión Independiente”**. Al hacerlo, significa que su apelación pasa al siguiente nivel del proceso de apelaciones, que es el nivel 2.

Sección 5.4 Instrucciones detalladas: cómo se realiza 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 nuestra decisión para su primera apelación. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe cambiarse.

Términos legales

El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” es “**Entidad de Revisión Independiente**”. A veces, se la denomina “**IRE**”.

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 sobre su apelación. Esta información se denomina “expediente del caso”. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su expediente del caso.**
- 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 examinarán atentamente 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 tenía 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 tenía una apelación estándar a nuestro plan en el nivel 1, recibirá automáticamente una apelación estándar en el nivel 2. La organización de revisión debe proporcionarle una respuesta a su apelación de nivel 2 **en el plazo de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación.
 - Sin embargo, si la Organización Independiente de Revisión necesita juntar más información que podría beneficiarlo, **puede tomar 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 una parte o la totalidad de lo que 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 después de recibir la decisión que tomó la organización de revisión para solicitudes estándar o en un plazo de 72 horas después de que el plan recibió la decisión de la organización de revisión para solicitudes aceleradas.
- **Si esta organización rechaza una parte o la totalidad de 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 “mantener la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”).
 - Si la Organización de Revisión Independiente “mantiene la decisión”, usted tiene derecho a una apelación de nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación en el nivel 3, el valor en dólares de la cobertura de atención médica que solicita debe cumplir con un monto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura que solicita es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación, lo que significa que la decisión del nivel 2 es definitiva. La notificación por escrito que recibe de la Organización de Revisión Independiente le informará cómo averiguar el monto en dólares para continuar con el proceso de apelaciones.

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 (lo cual representa 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 o un representante que actúa en calidad de árbitro trata la apelación de nivel 3. La Sección 8 en este capítulo contiene más información acerca de los Niveles 3, 4, y 5 del proceso de apelaciones.

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

Si usted quiere solicitarnos un pago por atención médica comience leyendo el Capítulo 5 de este libro: *Solicitar que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos cubiertos*. El Capítulo 5 describe las situaciones en las que podría necesitar solicitar un reembolso o que se pague una factura que usted recibió de un proveedor. También se explica cómo enviarnos los documentos en los que se nos solicita que realicemos el pago.

Al solicitar un reembolso, nos pide que tomemos 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 siguió 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 siguió todas las reglas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo de su atención médica en el plazo de los 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 *positiva* con respecto a su solicitud de decisión de cobertura).
- Si la atención médica *no* está cubierta o usted *no* siguió todas las reglas, no le enviaremos el pago. En cambio, le enviaremos una carta en la que se le informe que no pagaremos los servicios y las razones detalladas por las que no lo haremos. (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 Sección 5.3. Consulte dicha sección para ver las instrucciones detalladas. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación de reembolso, debemos proporcionarle nuestra respuesta en el plazo 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 enviar el pago que solicitó a usted o al proveedor en 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 en un plazo de 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 es ingresado 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 la cobertura de su atención hospitalaria, incluidas las limitaciones en esta cobertura, consulte el Capítulo 4 de este libro: *Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)*.

Durante su estadía hospitalaria cubierta, 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 usted abandona el hospital se denomina su “**fecha de alta**”.
- Cuando se haya decidido su fecha de alta, su médico o el personal del hospital se lo harán saber.
- Si cree que le están pidiendo que abandone el hospital demasiado pronto, puede solicitar una estadía hospitalaria más larga, y su solicitud será evaluada. Esta sección brinda información sobre cómo solicitarlo.

Sección 6.1 Durante su hospitalización, usted recibirá una notificación por escrito de Medicare que le informará sus derechos

Durante su estadía hospitalaria cubierta, 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 trabajador social o enfermera) debe entregársela en el plazo de los dos días de su ingreso. Si no recibe la notificación, pídale a un empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a los Servicios de atención al miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, 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, incluidos los siguientes:

- Su derecho de recibir los servicios cubiertos por Medicare durante su estadía hospitalaria y después de esta, según lo indicó su médico. Esto incluye el derecho de saber cuáles son estos servicios, quién los pagará y dónde los puede obtener.
- Su derecho de participar en cualquier decisión sobre su estadía hospitalaria y saber quién la pagará.
- Dónde informar sus inquietudes sobre la calidad de la atención hospitalaria.
- Su derecho a apelar la decisión de ser dado de alta si cree que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto.

Términos legales

La notificación por escrito de Medicare le informa cómo puede **“solicitar una revisión inmediata”**. Solicitar una revisión inmediata es una manera formal y legal de solicitar un retraso en su fecha de alta para que así cubramos su atención en el hospital durante más tiempo. (La Sección 6.2 a continuación explica 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 alguien actúe como su representante).
- El hecho de firmar la notificación *solo* indica que 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 de manera que tenga a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o cómo informar una inquietud sobre la calidad de la atención), en caso de que la necesite.

- Si usted firma la notificación más de dos días antes de su fecha de alta, recibirá otro ejemplar antes de que programen su alta.
- Para examinar un ejemplar de esta notificación por adelantado, puede llamar al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede verlo en Internet en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html>.

Sección 6.2 Instrucciones detalladas: cómo presentar una apelación de nivel 1 para modificar su fecha de alta del hospital

Si desea solicitar que cubramos sus servicios hospitalarios como paciente internado 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.

- **Siga 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 preguntas o necesita ayuda en algún momento, llame al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro). O llame a su SHIP, una organización gubernamental que provee asistencia personalizada (consulte 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 en su caso.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad para su estado y solicite una “revisión rápida” de su alta del hospital. Debe actuar de manera rápida.

¿Qué es una Organización para la mejora de la calidad?

- Es una organización conformada por un grupo de médicos y de 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 con Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta del hospital de las personas que tienen Medicare.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- La notificación que recibió por escrito (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) le indica cómo comunicarse con esta organización. (O bien, puede encontrar el nombre, la dirección y el 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 de manera rápida:

- 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 cumple con este plazo, se le permite permanecer en el hospital *después* de su fecha de alta *sin pagar por ello* mientras espera la decisión acerca de su apelación que tomará la Organización para la mejora de la calidad.
 - Si *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 se le pasa el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad sobre su apelación, puede presentar la apelación directamente a nuestro plan. Para más detalles sobre esta otra manera de presentar una apelación, vea 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 (para abreviar los llamaremos “los revisores”) 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 brindado.
- Antes del mediodía del día después de que los revisores hayan informado a nuestro plan acerca de su apelación, usted también recibirá una notificación por escrito que proporciona su fecha de alta planificada y explica en detalle los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (médicamente adecuado) que usted sea dado de alta en esa fecha.

Términos legales

Esta explicación por escrito se denomina “**Notificación detallada del alta**”. Puede obtener un modelo de esta notificación llamando al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O también puede consultar un modelo de la notificación en Internet en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html>

Paso 3: En el plazo de un día después de haber recopilado toda la información necesaria, la Organización para la mejora de la calidad le dará una respuesta con respecto a su apelación.**¿Qué sucede si la respuesta es positiva?**

- Si la organización de revisión *acepta* su apelación, **debemos seguir proporcionando sus servicios hospitalarios para paciente internado cubiertos, siempre que estos servicios sean médicamente necesarios.**

- Usted tendrá que continuar pagando su parte de los costos (tal como deducibles o copagos, si estos se aplican). 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, **la cobertura para los servicios hospitalarios para paciente internado finalizará** al mediodía del día después de que la Organización para la mejora de la calidad le da la respuesta a su apelación.
- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación y usted decide permanecer en el hospital, entonces **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 su apelación pasa al “nivel 2” del proceso de apelaciones.

Sección 6.3 Instrucciones detalladas: cómo presentar una apelación de nivel 2 para modificar su fecha de alta del hospital

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 le solicita a la Organización para la mejora de la calidad que vuelva a considerar la decisión que tomaron con respecto a la primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de nivel 2, es posible que tenga que pagar el costo total de su estadía después de su fecha de alta planificada.

A continuación se detallan los pasos del 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** a partir del día en que la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación de nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si permaneció en el hospital después de la fecha en la que finalizó la cobertura para 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 volverán a examinar atentamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario de haber recibido su solicitud para una segunda revisión, 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 después de la fecha en que la Organización para la mejora de la calidad rechazó su primera apelación. **Debemos seguir proporcionando cobertura para su atención hospitalaria para paciente internado 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 “mantener la decisión”.
- La notificación que reciba le informará, por escrito, lo que puede hacer si desea seguir con el proceso de revisión. Le ofrecerá los detalles sobre cómo pasar al próximo nivel de apelación, el cual está a cargo de un Juez de Derecho Administrativo o abogado adjudicador.

Capítulo 7. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**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 (lo cual representa un total de cinco niveles de apelación). Si la organización de revisión rechaza su apelación de nivel 2, puede decidir aceptar esa decisión o seguir con el nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es revisada por un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador.
- La Sección 8 en este capítulo contiene más información acerca de los Niveles 3, 4, y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 6.4 ¿Qué sucede si se le pasa el plazo para presentar su apelación de nivel 1?**En su lugar, puede presentar una apelación ante nosotros**

Como se encuentra explicado en la Sección 6.2, usted debe actuar rápido para contactar a la Organización de Mejora de Calidad para comenzar su primera apelación del alta del hospital. (“Rápidamente” significa antes de que abandone el hospital y sin superar su fecha de alta planificada). Si se le pasa el plazo para comunicarse 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 no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad, puede presentar una apelación ante nosotros solicitando una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que utiliza plazos rápidos en lugar de los plazos estándares.

Términos legales

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 comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección denominada *Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre su atención médica*.
- **Esto significa que usted nos está solicitando** que le demos una respuesta utilizando los plazos “rápidos” y no los plazos “estándares”.

Paso 2: Realizamos una “revisión rápida” de su fecha de alta planificada, comprobando si era médicamente adecuada.

- Durante esta revisión, examinamos toda la información sobre su estadía hospitalaria. 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 que debía abandonar el hospital era justa y si se siguieron todas las reglas.
- En esta situación, utilizaremos los plazos “rápidos” en lugar de los estándar para darle la respuesta acerca de esta revisión.

Paso 3: Le comunicamos la decisión en un plazo de 72 horas después de que usted solicite una “revisión rápida” (“apelación rápida”).

- **Si decimos que sí a su apelación rápida**, significa que estamos de acuerdo con usted en que todavía debe estar en el hospital después del alta, y continuaremos brindándole servicios cubiertos para pacientes internados por todo el tiempo que 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**, eso significa que consideramos que la fecha de alta planificada era médicamente adecuada. Nuestra cobertura para sus servicios hospitalarios para paciente internado finaliza a partir del día 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 siguiendo todas las reglas cuando rechazamos su apelación rápida, **debemos enviar su apelación a la “Organización de Revisión Independiente”**. Cuando hacemos esto, significa que usted pasará *automáticamente* al nivel 2 del proceso de apelaciones.

Instrucciones detalladas: Proceso para 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, una **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su “apelación rápida”. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe cambiarse.

Términos legales

El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” es “**Entidad de Revisión Independiente**”. A veces, se la denomina “**IRE**”.

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

- Debemos enviar la información para su apelación de nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente en un plazo de 24 horas después de que le informamos que rechazamos su primera apelación. (Si usted cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar una queja. El proceso de quejas es diferente del 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 examinarán atentamente toda la información relacionada con su apelación del 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 para paciente internado mientras sean médicamente necesarios. 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 de Derecho Administrativo o juez adjudicador.

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 (lo cual representa un total de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su apelación de nivel 2, usted decide si quiere aceptar su decisión o continuar con el nivel 3 y presentar una tercera apelación.
- La Sección 8 en este capítulo contiene más información acerca de los Niveles 3, 4, y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos que continuemos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto.

Sección 7.1 *Esta sección trata únicamente sobre tres servicios: servicios de atención médica domiciliaria, de atención en un centro de enfermería especializada o de un Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF)*

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 aprender más acerca de los requisitos para ser considerado "centro de enfermería especializada", vea el Capítulo 10, *Definiciones de palabras importantes*).

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

- **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 más información acerca de este tipo de centro, vea el Capítulo 10, *Definiciones de palabras importantes*).

Cuando recibe cualquiera de estos tipos de atención médica, usted tiene el derecho de 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, incluida su parte del costo y todas las limitaciones en la cobertura que se pueden 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 nuestra parte del costo de su atención*.

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

Sección 7.2 Le diremos con anticipación cuándo finalizará su cobertura

1. **Usted recibe una notificación por escrito.** Al menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención médica, usted recibirá una notificación.
 - La notificación por escrito 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, y que continúe cubriéndola durante un período más prolongado.

Términos legales

Respecto a 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 manera formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura respecto a cuándo interrumpir su atención. (La Sección 7.3. a continuación le dice cómo solicitar una apelación rápida).

La notificación por escrito se denomina “**Notificación de no cobertura de Medicare**”. Para obtener un ejemplar de modelo, llame al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o al 1-800-MEDICARE (1-800-63-34227), las 24 horas, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). También puede ver un ejemplar en Internet, en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.html>

2. **Usted debe firmar la notificación por escrito 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 autorización por escrito para que una persona actúe como su representante).
 - El hecho de firmar la notificación *solo* indica que recibió la información sobre cuándo se interrumpirá su cobertura. **Firmarla no significa que usted está de acuerdo** con el plan en que es el 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.

- **Siga 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 cree 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 preguntas o necesita ayuda en algún momento, llame al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro). O llame a su SHIP, una organización gubernamental que provee asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante una Apelación de Nivel 1, la Organización de Mejora de Calidad hace una revisión de su apelación y decide si cambiar 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. Debe actuar de manera rápida.

¿Qué es una Organización para la mejora de la calidad?

- Es una organización conformada por un grupo de médicos y de 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 por escrito que recibió le informa cómo comunicarse con esta organización. (O bien, puede encontrar el nombre, la dirección y el 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?

- Solicite a esta organización una "apelación rápida" (que haga una revisión independiente) de si es médicamente apropiado 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 después de que haya recibido la notificación por escrito que le informa cuándo dejaremos de cubrir su atención médica.*
- Si se le pasa el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad sobre su apelación, puede presentar la apelación directamente a nosotros. Para obtener detalles acerca de esta otra manera de presentar su apelación, vea 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 (para abreviar los llamaremos "los revisores") 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.
- Para el final del día los revisores nos informan acerca de su apelación, y también recibirá nuestra notificación por escrito que le explica en detalle las razones para finalizar nuestra cobertura de sus servicios.

Términos legales
Esta notificación explicativa se denomina la "Explicación detallada de no cobertura".

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

¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, entonces **debemos continuar proporcionando sus servicios cubiertos siempre que sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que continuar pagando su parte de los costos (tal como deducibles o copagos, si estos se aplican). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos (consulte el Capítulo 4 de este libro).

¿Qué sucede 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 nuestra parte de los costos de esta atención médica a partir de la fecha que figura en la notificación.
- Si decide continuar obteniendo los servicios de atención médica domiciliaria, de atención en un centro de enfermería especializada o de un Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de esta fecha cuando su cobertura termina, 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 después de que finalice la cobertura de la atención, puede presentar otra apelación.
- Presentar otra apelación significa que su apelación pasa al “nivel 2” del proceso de apelaciones.

Sección 7.4 Instrucciones detalladas: cómo presentar una apelación de nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención médica durante un período más prolongado

Si la Organización para la mejora de la calidad rechazó su apelación y usted decide seguir recibiendo atención médica después de que finalice la cobertura de la atención, puede presentar una apelación de nivel 2. Durante una apelación de nivel 2, usted le solicita a la Organización para la mejora de la calidad que vuelva a considerar la decisión que tomaron con respecto a la primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de nivel 2, es posible que tenga que pagar el costo completo por su atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o en un Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en la que le comunicamos que finalizaría su cobertura.

A continuación se detallan los pasos del 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 solo si sigue recibiendo atención médica después de la fecha en que finaliza la cobertura de la 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 volverán a examinar atentamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario de haber recibido su solicitud de apelación, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y se la informarán.**¿Qué sucede si la organización de revisión acepta su apelación?**

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención médica que recibió desde la fecha en que le comunicamos que finalizaría 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 con respecto a su apelación de nivel 1 y no la modificarán.
- La notificación que reciba le informará, por escrito, lo que puede hacer si desea seguir con el proceso de revisión. Le ofrecerá los detalles sobre cómo pasar al próximo nivel de apelación, el cual está a cargo de un Juez de Derecho Administrativo o abogado adjudicador.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, usted deberá decidir 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, puede decidir si desea aceptar esa decisión, o pasar al nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es revisada por un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador.
- La Sección 8 en este capítulo contiene más información acerca de los Niveles 3, 4, y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 7.5 ¿Qué sucede si se le pasa el plazo para presentar su apelación de nivel 1?**En su lugar, puede presentar una apelación ante nosotros**

Como se explica en la Sección 7.3, usted debe actuar con rapidez para contactar la Organización de Mejora de Calidad para comenzar su primera apelación (dentro de un día o dos, a lo sumo). Si se le pasa el plazo para comunicarse 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 no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad, puede presentar una apelación ante nosotros solicitando una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que utiliza plazos rápidos en lugar de los plazos estándares.

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

Términos legales
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 comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección denominada *Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre su atención médica*.
- **Esto significa que usted nos está solicitando** que le demos una respuesta utilizando los plazos “rápidos” y no los plazos “estándares”.

Paso 2: Realizamos una “revisión rápida” de la decisión que tomamos sobre cuándo interrumpir 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 estándar para darle la respuesta acerca de esta revisión.

Paso 3: Le comunicamos la decisión en un plazo de 72 horas después de que usted solicite una “revisión rápida” (“apelación rápida”).

- **Si aprobamos su apelación rápida**, significa que estamos de acuerdo con usted en que necesita servicios por 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 informamos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de dicha fecha.
- Si continuó recibiendo los servicios de atención médica domiciliaria, de atención en un centro de enfermería especializada o 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 irá *automáticamente* al próximo nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que estamos siguiendo todas las reglas cuando rechazamos su apelación rápida, **debemos enviar su apelación a la “Organización de Revisión Independiente”**. Cuando hacemos esto, significa que usted pasará *automáticamente* al nivel 2 del proceso de apelaciones.

Instrucciones detalladas: Proceso para 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, una **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su “apelación rápida”. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe cambiarse.

Términos legales
El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” es “ Entidad de Revisión Independiente ”. A veces, se la denomina “ IRE ”.

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

- Debemos enviar la información para su apelación de nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente en un plazo de 24 horas después de que le informamos que rechazamos su primera apelación. (Si usted cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar una queja. El proceso de quejas es diferente del 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 examinarán atentamente 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 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, puede decidir si desea aceptar esa decisión o pasar al nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es revisada por un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador.
- La Sección 8 en este capítulo contiene más información acerca de los Niveles 3, 4, y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Llevar su apelación a Nivel 3 y siguientes niveles

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

Esta sección puede ser adecuada en su caso si ha presentado una apelación de nivel 1 y una apelación 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.

Apelación de nivel 3	Un juez (denominado Juez de derecho administrativo) o un representante que actúa en calidad de árbitro y que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.
----------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

- **Si el Juez de derecho administrativo acepta 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 el derecho de apelar una decisión de nivel 3 que sea favorable para usted.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del juez o el abogado adjudicador.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de nivel 4 con todos los documentos anexos. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de nivel 4 antes de autorizar o proporcionar el servicio en disputa.
- **Si el Juez de derecho administrativo o el abogado adjudicador rechaza su apelación, puede que el proceso de apelación haya terminado o no.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones termina.

- 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, la notificación que reciba usted le informará qué hacer a continuación si elige seguir con su apelación.

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

- **Si la respuesta es positiva o si el Consejo 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 el derecho de apelar una decisión de nivel 4 que sea favorable para usted.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo de Apelaciones.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo notificaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones puede o no haber terminado.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones termina.
 - Si no desea aceptar la decisión, podría continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo 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 reglas le permiten continuar, la notificación por escrito también le informará con quién comunicarse y qué hacer a continuación si elige continuar con su apelación.

Apelación de nivel 5 Un juez del Tribunal federal de distrito revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

PRESENTACIÓN DE QUEJAS

SECCIÓN 9 Cómo presentar una queja acerca de la calidad de la atención, los tiempos de espera, el Servicio de Atención al Cliente u otras inquietudes

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

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

Esta sección 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, los tiempos 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”

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No está conforme con la calidad de la atención médica que ha recibido (incluso la atención médica en el hospital)?
Respeto de su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Considera que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información sobre usted que cree que debería ser confidencial?
Falta de respeto, servicio de atención al cliente malo u otros comportamientos negativos	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien ha sido grosero o le faltó el respeto? • ¿No está conforme con la manera en que lo ha tratado nuestro personal del Servicio de Atención al Cliente? • ¿Cree que ha sido alentado para abandonar el plan?
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está teniendo dificultades para obtener citas, o esperando demasiado para obtenerlas? • ¿Médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud le han hecho esperar demasiado? o bien, ¿por nuestro personal del Servicio de Atención al Cliente u otro personal del plan? <ul style="list-style-type: none"> ○ Los ejemplos incluyen esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera, cuando obtiene un medicamento recetado o en el consultorio médico.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está insatisfecho con la limpieza o las condiciones de una clínica, hospital o consultorio médico?
Información que obtiene de nosotros	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cree que no le proporcionamos una notificación que es obligatorio que hagamos? • ¿Cree que la información por escrito que le proporcionamos es difícil de comprender?
<p>Cumplimiento de plazos (Estos tipos de quejas están todos relacionados con el <i>carácter oportuno</i> de nuestras acciones relacionadas con las decisiones de cobertura y apelaciones)</p>	<p>El proceso de solicitar una decisión de cobertura y hacer apelaciones se explica en la Sección 4-8 de este capítulo. Si está solicitando una decisión o presentando una apelación, usted utiliza dicho proceso, no el proceso de quejas.</p> <p>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 ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si nos ha solicitado una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, y nuestra respuesta fue negativa, 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 nosotros tomamos pasa por una revisión y se nos informa que debemos cubrir o reembolsarle a usted por ciertos servicios médicos, hay plazos que aplican. Si cree que no estamos cumpliendo con estos plazos, puede presentar una queja. • Cuando no le proporcionamos una decisión a tiempo, debemos presentar su caso a la Organización de Revisión Independiente. Si no lo hacemos en el plazo requerido, puede presentar una queja.

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

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 una queja por agravios”.

Sección 9.3 Instrucciones Detalladas: presentación de una queja

Paso 1: Comuníquese con nosotros inmediatamente, ya sea por teléfono o por escrito.

- **Por lo general, el primer paso es llamar al Servicio de Atención al Cliente.** Si hay algo más que necesita hacer, el Servicio de Atención al Cliente le informará. Llame al 1-800-668-3813, (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Nuestro horario es desde el 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora local; sábado de 8 a.m. a 5 p.m. hora local. Puede utilizarse el servicio de mensajes los fines de semana, después del horario laboral y en los feriados federales.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no está conforme), puede presentarnos su queja por escrito y enviárnosla.** Si presenta su queja por escrito, responderemos a su queja por escrito.
- **Presente su queja por escrito** a la siguiente dirección: Cigna-HealthSpring, Attn: Member Grievances, P.O. Box 2888, Houston, TX 77252-2888 o puede enviar su queja por correo electrónico a: membergrievances@healthspring.com.
Para las quejas por agravios estándar recibidas por escrito, le responderemos por escrito dentro de los 30 días calendario desde la recepción de su queja por escrito. Para quejas aceleradas por agravios, debemos decidir y notificarle dentro de las 24 horas (consulte “queja rápida” más adelante).
- **Ya sea que llame o escriba, debe comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente 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 de “decisión de cobertura rápida” o “apelación rápida”, automáticamente le proporcionaremos una “queja rápida”.** Si tiene una “queja rápida”, significa que le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas.

Términos legales

Lo que en esta sección se denomina “queja rápida” también se denomina “queja acelerada por agravios”.

Paso 2: Investigamos su queja y le damos una 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 rápidamente, eso haremos.
- **La mayoría de las quejas se responden en el lapso de 30 días calendario.** Si necesitamos más información y el retraso es por su propio beneficio, o si usted solicita más tiempo, podemos tomarnos hasta 14 días calendario más (un total de 44 días) para responder a su queja. Si decidimos utilizar más días para tomar una decisión, se lo notificaremos por escrito.
- **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, ya sea si estamos de acuerdo con la queja o no.

Sección 9.4 Usted también puede presentar quejas sobre la calidad de atención a la Organización de Mejora de Calidad

Puede presentar su queja sobre la calidad de la atención médica que recibió ante nosotros 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* presentar la queja ante 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, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la mejora de la calidad en 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 presentar su queja sobre la calidad de la atención médica ante nosotros y, además, ante la Organización para la mejora de la calidad.

Sección 9.5 También puede decirle a Medicare acerca de su queja

Puede enviar una queja sobre nuestro plan directamente a Medicare. Para enviar una queja a Medicare, ingrese en <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>. Medicare toma sus quejas en serio y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si tiene algún otro comentario o inquietudes, o si cree que el plan no está tratando su problema, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-4862048.



CAPÍTULO 8

*Cómo finalizar su
membresía en el plan*

Capítulo 8. Cómo finalizar su membresía en el plan

SECCIÓN 1	Introducción	106
Sección 1.1	Este capítulo se centra en la finalización de su membresía en nuestro plan	106
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede usted finalizar su membresía en nuestro plan?	106
Sección 2.1	Puede finalizar su membresía durante el Período de inscripción anual	106
Sección 2.2	Puede finalizar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage	106
Sección 2.3	En ciertas situaciones, puede finalizar su membresía durante un Período de inscripción especial	107
Sección 2.4	¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?	107
SECCIÓN 3	¿Cómo finaliza su membresía en nuestro plan?	107
Sección 3.1	Por lo general, usted finaliza su membresía al inscribirse en otro plan	107
SECCIÓN 4	Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos a través de nuestro plan	108
Sección 4.1	Hasta que finalice su membresía, usted todavía es miembro de nuestro plan	108
SECCIÓN 5	Cigna deberá finalizar su membresía en el plan en determinadas situaciones	108
Sección 5.1	¿Cuándo debemos finalizar su membresía en el plan?	108
Sección 5.2	<u>No podemos</u> pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud	109
Sección 5.3	Usted tiene derecho a presentar una queja si finalizamos su membresía en nuestro plan	109

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Este capítulo se centra en la finalización de su membresía en nuestro plan

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 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 finalicemos su membresía. La Sección 5 le informa sobre las situaciones en que debemos finalizar su membresía.

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

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

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 de inscripción abierta de Medicare Advantage. En ciertas situaciones, usted también puede ser elegible para abandonar el plan en otros momentos del año.

Sección 2.1 Puede finalizar su membresía durante el Período de inscripción anual

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

- **¿Cuándo es el Período de inscripción anual?** Se realiza del 15 de octubre al 7 de diciembre.
- **¿A qué tipo de plan puede cambiarse durante el Período de inscripción anual?** Puede optar por mantener su cobertura actual o realizarle cambios para el próximo año. Si decide pasarse a un nuevo plan, 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.
- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Su membresía finalizará cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

Sección 2.2 Puede finalizar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Usted tiene la posibilidad de realizar *un* cambio a su cobertura de salud durante el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

- **¿Cuándo es el Período de solicitud de baja de inscripción anual en Medicare Advantage?** Esto se lleva a cabo todos los años del 1 de enero al 31 de marzo.
- **¿A qué tipo de plan puede cambiarse durante el Período de solicitud de baja de inscripción anual en Medicare Advantage?** Durante este período, usted puede:
 - Cambiar a otro plan Medicare Advantage. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos recetados o uno que no cubra los medicamentos recetados).
 - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si decide cambiar a Original Medicare durante este período, usted tiene hasta el 31 de marzo para asociarse a un plan de Medicare de medicamentos recetados para agregar cobertura de medicamentos.

- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Su membresía finalizará el primer día del mes posterior a su inscripción en un plan diferente de Medicare Advantage o cuando obtengamos su solicitud para cambiarse a Original Medicare. Si además elige inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

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

En ciertas situaciones, los miembros de nuestro plan pueden reunir los requisitos para finalizar su membresía en otros momentos 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 se aplica en su caso, usted puede ser elegible para 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 (<https://www.medicare.gov>):
 - Generalmente, cuando se haya mudado.
 - Si tiene Medicaid.
 - Si violamos nuestro contrato con usted.
 - Si está recibiendo atención en una institución, como una residencia de ancianos o un hospital de cuidados a largo plazo (LTC).
 - Si se inscribe en el programa de atención todo incluido para la tercera edad (Program of Allinclusive 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 es elegible para un Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para 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 a que se reciba 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 al Servicio de Atención al Cliente** (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este libro).
- Puede encontrar la información en el Manual **Medicare y usted 2019**.
 - Todas las personas con Medicare reciben un ejemplar del manual *Medicare y Usted* cada otoño. Los nuevos usuarios de Medicare lo reciben en un plazo de un mes después de su primera inscripción.
 - También puede descargar un ejemplar del 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, 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?

Sección 3.1 Por lo general, usted finaliza su membresía al inscribirse en otro plan

Generalmente, para finalizar su membresía en nuestro plan, usted simplemente se inscribe en otro plan Medicare durante uno de los períodos de inscripción (consulte la Sección 2 de este capítulo para obtener información sobre los períodos de inscripción).

Sin embargo, si desea cambiarse de nuestro plan a Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare, debe solicitar ser dado de baja de nuestro plan. Existen dos maneras en las que puede solicitar ser dado de baja:

- Puede presentarnos una solicitud por escrito. Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro).
- – o – Puede comunicarse con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

En la tabla a continuación se explica cómo debe finalizar su membresía en nuestro plan.

Si quisiera cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
<ul style="list-style-type: none"> • Otro plan de salud de Medicare. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inscribirse en el nuevo plan de salud Medicare. Automáticamente, se dará de baja su membresía en nuestro plan cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
<ul style="list-style-type: none"> • Original Medicare <i>con</i> un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. Automáticamente, se dará de baja su membresía en nuestro plan cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
<ul style="list-style-type: none"> • Original Medicare <i>sin</i> un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Envíenos una solicitud por escrito para ser dado de baja. Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro). • Además, puede comunicarse con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana y solicitar que den de baja su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Se le dará de baja de nuestro plan cuando comience su cobertura en Original Medicare.

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

Sección 4.1 Hasta que finalice su membresía, usted todavía es miembro de nuestro plan

Si abandona nuestro plan, es posible que transcurra cierto tiempo hasta que su membresía finalice y su nueva cobertura de Medicare entre en vigencia. (Consulte la Sección 2 para obtener información sobre cuándo comienza su nueva cobertura). Durante este tiempo, usted debe continuar recibiendo su atención médica a través de nuestro plan.

- **Si es hospitalizado el día en que finaliza su membresía, por lo general, su estadía hospitalaria estará cubierta por nuestro plan hasta que le den de alta** (incluso si le dan de alta después del comienzo de su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 Cigna deberá finalizar su membresía en el plan en determinadas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos finalizar su membresía en el plan?

Cigna deberá finalizar su membresía en el plan ante cualquiera de las siguientes circunstancias:

- Si usted ya no tiene la Parte A o B de Medicare.
- Si se muda fuera del área de servicios.
- Si permanece fuera de nuestra área de servicios durante más de seis meses.
 - Si se muda o realiza un viaje largo, necesita llamar al Servicio de Atención al Cliente para averiguar si el lugar al que se muda o viaja se encuentra en el área de nuestro plan. (Los números de teléfono del Servicio de Atención al Cliente están impresos en la contraportada de este libro).
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si no es ciudadano de los Estados Unidos o no tiene permanencia legal en los Estados Unidos.

- Si nos proporciona información incorrecta intencionalmente cuando se inscribe en nuestro plan y dicha información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos hacer que abandone nuestro plan por este motivo, a menos que primero obtengamos permiso de Medicare).
- Si se comporta continuamente de una 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, a menos que primero obtengamos permiso de Medicare).
- Si permite que otra persona utilice su tarjeta de membresía para obtener atención médica. (No podemos hacer que abandone nuestro plan por este motivo, a menos que primero obtengamos permiso de Medicare).
 - 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 al **Servicio de Atención al Cliente** para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro).

Sección 5.2 No podemos pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud

No se le permite a Cigna pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿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, los 7 días de la semana.

Sección 5.3 Usted tiene derecho a presentar una queja si finalizamos su membresía en nuestro plan

Si finalizamos su membresía en nuestro plan, debemos informarle por escrito los motivos de tal decisión. Además, debemos explicarle cómo puede presentar una queja por agravios o queja sobre nuestra decisión de finalizar su membresía. Puede ver en el Capítulo 7, Sección 9 más información acerca de cómo presentar una queja.



CAPÍTULO 9

Avisos legales

Capítulo 9. Avisos legales

SECCIÓN 1	Aviso sobre la ley aplicable	112
SECCIÓN 2	Aviso sobre no discriminación.....	112
SECCIÓN 3	Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare	112
SECCIÓN 4	Aviso sobre la subrogación y recuperación de terceros	112
SECCIÓN 5	Informar fraude, pérdidas y abuso.....	113

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley aplicable

Muchas leyes se aplican a esta *Constancia de cobertura*, y es posible que algunas disposiciones adicionales se apliquen porque lo exige 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, es posible que se apliquen otras leyes federales y, en ciertas circunstancias, las leyes del estado donde usted vive.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

No discriminamos por motivos de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, antecedentes de reclamaciones, antecedentes médicos, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica. Todas las organizaciones que proporcionan planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido 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, la Sección 1557 de la Ley de cuidado de salud a bajo precio, todas las otras leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley y norma que se aplique por cualquier otro motivo.

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos de Medicare para los cuales Medicare no es el pagador primario. Según las reglamentaciones de CMS en el Código de Reglamentaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), título 42 secciones 422.108, y 423.462, Cigna, como una organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que la Secretaría ejerce conforme a las reglamentaciones de CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del CFR título 42, y las reglas establecidas en esta sección reemplazan a cualquier ley estatal.

SECCIÓN 4 Aviso sobre la subrogación y recuperación de terceros

Si realizamos algún pago a usted o en su nombre por los servicios cubiertos (consulte el Capítulo 10 para obtener una definición), tenemos derecho a estar completamente subrogados (un principio legal que le permite al plan recibir un reembolso por ciertos pagos que efectuamos en su nombre, en determinadas circunstancias) a todos los derechos que tenga en contra de cualquier persona, entidad o asegurador que pueda ser responsable del pago de los gastos médicos o los beneficios relacionados con su lesión, enfermedad o afección. Tenemos derecho a ejercer los mismos derechos de subrogación y recuperación que están disponibles para el programa Medicare conforme a las normas de pagador secundario de Medicare. Podemos ejercer todo derecho de recuperación que esté disponible para el programa Medicare conforme al Código de los Estados Unidos (United States Code, U.S.C) 42 § 1395mm(e)(4), U.S.C 42 §1395w-22(a)(4), Código de Reglamentaciones Federales (Code of Federal Regulations, C.F.R) 42 Parte 411 y C.F.R. 42 parte 422.

Una vez que hayamos realizado un pago por los servicios cubiertos, tendremos un gravamen en el importe de cualquier indemnización, liquidación u otra adjudicación o recuperación que usted pueda recibir o que pueda tener derecho a recibir, incluso, entre otros, lo siguiente:

1. Cualquier adjudicación, liquidación, beneficio u otro importe pagado conforme a la ley de compensación de los trabajadores o adjudicación;
2. Todos los pagos realizados directamente por o en nombre de un injuriador de terceros o persona, entidad o asegurador responsable de indemnizar al injuriador de terceros;
3. Toda adjudicación, pago, liquidación, liquidación estructurada u otros beneficios o importes pagados de arbitraje conforme a la política de cobertura para conductores no asegurados o asegurados por menos del valor real; o bien, cualquier otro pago designado, reservado o, de lo contrario, que se pretende que se le pague a usted como compensación, indemnización por su lesión, enfermedad o afección padecida como resultado de la negligencia o responsabilidad de un tercero.

Usted acepta colaborar con nosotros y con cualquiera de nuestros representantes designados, y tomar todas las medidas o pasos necesarios para asegurar su gravamen/intereses, incluso, entre otros, lo siguiente:

1. Responder completamente a las solicitudes de información sobre cualquier accidente o lesión;
2. Responder completamente a nuestras solicitudes de información y proporcionar cualquier información relevante que hayamos solicitado; y

3. Participar completamente en todas las fases de cualquier medida legal que pudiéramos necesitar para proteger nuestros derechos, incluso, entre otros, participar en el descubrimiento, asistir a declaraciones, comparecer y testificar en un juicio.

Además, usted acepta no hacer nada para afectar nuestros derechos, incluso, entre otros, designar cualquier derecho o causa de acción que pueda tener en contra de cualquier persona o entidad relacionada con su lesión, enfermedad o afección sin nuestro consentimiento previo por escrito. Su falta de colaboración será considerada un incumplimiento o violación de sus obligaciones y podemos iniciar cualquier acción legal disponible en su contra para proteger nuestros derechos.

También tenemos derecho a recibir un reembolso completo de todos los pagos de beneficios que realizamos a usted o en su nombre y que son responsabilidad de cualquier persona, organización o asegurador. Nuestro derecho de reembolso es separado de nuestro derecho de subrogación y está limitado solo por el importe de los beneficios reales pagados conforme al plan. Usted debe pagarnos inmediatamente todo importe que recupere mediante juicio, liquidación, adjudicación, recuperación o, de lo contrario, de cualquier tercero, o su asegurador, en la medida en que pagamos o proporcionamos beneficios para su lesión, enfermedad o afección durante su inscripción en este plan.

Nuestros derechos de subrogación y reembolso serán nuestra principal prioridad, a pagarse antes de cualquier otra reclamación. Nuestros derechos de subrogación y reembolso no se verán afectados, reducidos ni eliminados por la doctrina “hecha completa” ni por cualquier otra doctrina que pudiera aplicarse.

No estamos obligados a buscar la subrogación ni el reembolso de nuestro propio beneficio o en su nombre. Nuestros derechos conforme a esta *Constancia de cobertura* no se verán afectados, reducidos ni eliminados por nuestra falta de intervención en cualquier acción legal que usted inicie relacionada con su lesión, enfermedad o afección médica.

Si usted está en desacuerdo con cualquier decisión o acción que tomemos en conexión con la subrogación y la recuperación de provisiones de terceros expuesta anteriormente, usted debe seguir el procedimiento explicado en el Capítulo 9 de este libro: *Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*.

SECCIÓN 5 Informar fraude, pérdidas y abuso

El fraude relacionado con la atención médica es una violación de las leyes federales y/o estatales. Si usted tiene información de o sospecha sobre un fraude de seguro de salud, infórmelo llamando a nuestra Línea Directa de Ética y Cumplimiento al 1-800-472-8348. No es obligatorio que se identifique cuando brinda la información. La línea directa es anónima.

CAPÍTULO 10

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 10. Definiciones de palabras importantes

Centro de cirugía ambulatoria: un centro de cirugía ambulatoria es una entidad que funciona exclusivamente con el propósito de prestar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y cuya estadía en el centro no se espera que exceda las 24 horas.

Período de inscripción anual: momento fijo cada otoño cuando los miembros pueden cambiar sus planes de medicamentos o de salud, o cambiarse a Original Medicare. El Período de inscripción anual es del 15 de octubre al 7 de diciembre.

Apelación: medida que usted toma si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar una solicitud para cobertura de los servicios de atención médica o el pago de servicios que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo. Por ejemplo, puede solicitar una apelación si no pagamos por un artículo o servicios que usted cree que debería poder recibir. El Capítulo 7 explica las apelaciones, incluido el proceso para presentar una apelación.

Facturación del saldo: situación en la que un proveedor (como un médico u hospital) factura a un paciente más que el monto de participación en los costos permitido por el plan. Como miembro de nuestro plan, usted solamente tiene que pagar los montos de participación en los costos de nuestro plan cuando obtiene los servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le "facturen el saldo" ni que le cobren de otro modo más que el monto de la participación en los costos que su plan dice que usted debe pagar.

Período de beneficios: la forma en que Original Medicare mide su uso de los servicios del centro de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF) y del hospital. Un período de beneficios comienza el día en que usted acude a un hospital o centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no haya recibido ninguna atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si usted acude al hospital o centro de enfermería especializada luego de haber terminado un período de beneficios, comenzará un nuevo período de beneficios. No hay límite en la cantidad de períodos de beneficios.

Centros de Servicios Medicare y Medicaid (CMS): agencia federal que administra Medicare. El Capítulo 2 explica cómo comunicarse con los CMS.

Coseguro: Un monto que se le puede exigir que pague como su parte del costo por los servicios. El coseguro generalmente es un porcentaje (por ejemplo, 20%).

Queja: el nombre formal para "presentación de una queja" es "presentación de una queja por agravios". El proceso de quejas *solo* se utiliza para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención médica, los tiempos de espera y el servicio de atención al cliente que recibe. Consulte también "Queja por agravios" en este listado de definiciones.

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, incluidos terapia física, servicios psicológicos o sociales, terapia respiratoria, terapia ocupacional, servicios de patología del lenguaje y el habla y servicios de evaluación del entorno hogareño.

Copago: un monto que se le puede requerir pagar como su parte del costo por un servicio o suministro médico, como una visita al doctor, visita al hospital como paciente ambulatorio, o una receta médica. Un copago es un monto fijo, más que un porcentaje. Por ejemplo, usted puede pagar \$10 o puede pagar \$20 por una visita al doctor o una receta.

Costo compartido: el costo compartido se refiere a montos que un miembro tiene que pagar cuando se reciben servicios. Los costos compartidos incluyen cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pago: (1) cualquier monto deducible que un plan puede imponer antes de que los servicios sean cubiertos; (2) cualquier monto de "copago" fijo que requiere un plan cuando se recibe un servicio específico; o (3) cualquier monto "coseguro", un porcentaje del monto total pagado por un servicio que el plan requiere cuando se recibe un servicio específico.

Servicios cubiertos: 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 prevé que pague, en promedio, al menos la misma cantidad que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. Las personas que cuentan con este tipo de cobertura cuando se vuelven elegibles para Medicare generalmente pueden mantener esa cobertura sin pagar una sanción, si deciden inscribirse en una cobertura de medicamentos recetados de Medicare posteriormente.

Atención de custodia: atención proporcionada en una residencia de ancianos, a través de un programa de atención para pacientes terminales o en otro centro cuando usted no necesita atención médica especializada o atención de enfermería especializada. La atención de custodia es atención personal que puede ser ofrecida por personas que no tienen habilidad o capacitación profesional, por ejemplo, ayudar con actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse, comer, levantarse o pararse de una cama o silla, moverse y utilizar el baño. También puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas hacen por sí mismas, como ponerse gotas en los ojos. Medicare no paga la atención de custodia.

Servicio de Atención al Cliente: departamento dentro de nuestro plan que es responsable de responder sus preguntas sobre su membresía, beneficios, agravios y apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente.

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

Dar de baja o desafilarse: proceso de finalizar su membresía en nuestro plan. El hecho de dar de baja la membresía puede ser voluntario (por propia decisión) o involuntario (por decisión ajena).

Equipo médico duradero (DME): determinado equipo médico que su médico solicita por razones médicas. Por ejemplo, caminadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de voz, equipo de oxígeno, nebulizadores, o camas hospitalarias ordenadas por un proveedor para utilizar en el hogar.

Emergencia: sucede una emergencia médica cuando usted, o cualquier otra persona que no sea profesional y tenga conocimientos promedio de salud y medicina, cree que usted tiene síntomas médicos que requieren atención médica de inmediato para evitar la pérdida de vida, de una extremidad o del funcionamiento de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor agudo o afección médica que empeora rápidamente.

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 tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Constancia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC) e Información sobre divulgación: 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: 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.

Agravios: un tipo de queja que usted hace acerca de nosotros, incluso una queja sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no implica disputas sobre pagos o cobertura.

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

Centro de atención para pacientes terminales: un miembro que tiene 6 meses de vida o menos tiene derecho a elegir un centro de atención para pacientes terminales. Nosotros, su plan, debemos brindarle una lista de los centros de atención para pacientes terminales de su área geográfica. Si usted elige un centro de atención para pacientes terminales y continúa pagando las primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Puede continuar recibiendo todos los servicios médicamente necesarios así como los beneficios suplementarios que ofrecemos. El centro de atención para pacientes terminales le brindará tratamiento especial para su estado.

Hospitalización como paciente internado: sucede cuando ha sido formalmente ingresado en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, podría ser considerado un "paciente ambulatorio".

Asociación de Médicos Independientes (Independent Physician Association, IPA): un grupo de médicos de atención primaria y especializada que trabajan juntos en la coordinación de sus necesidades médicas. Consulte el Capítulo 1, Sección 5.1, para obtener más información sobre las Asociaciones de Médicos Independientes (IPA).

Período de inscripción inicial: cuando es elegible por primera vez para Medicare, el período de tiempo cuando se puede inscribir para la Parte A y la Parte B de Medicare. Por ejemplo, si es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su Período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes que cumpla 65 años, incluso el mes en que cumple 65, y finaliza 3 meses después del mes que cumplió 65 años.

Subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS): consulte "Ayuda adicional".

Monto máximo directo: lo máximo que paga de manera directa durante el año calendario por los servicios de la Parte A y la Parte B cubiertos de la red. Los montos que paga por sus primas de la Parte A y la Parte B de Medicare no cuentan para el monto máximo de pago directo. Consulte el Capítulo 4, Sección 1.2 para obtener información sobre el monto máximo de su pago directo.

Medicaid (o Medical Assistance): un programa estatal y federal conjunto que ayuda con los costos médicos para 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 atención médica están cubiertos si reúne los requisitos para Medicare y Medicaid. Consulte el Capítulo 2, Sección 6, para obtener información sobre cómo comunicarse con Medicaid en su estado.

Grupo médico: asociación de médicos de atención primaria (PCP), especialistas y/o proveedores auxiliares (tales como terapeutas y radiólogos) que el plan contrata para proporcionar atención médica como una unidad. Los grupos médicos pueden ser de especialidad única (p. ej., todos PCP) o de múltiples especialidades (p. ej., PCP y especialistas). Consulte el Capítulo 1, Sección 5.1, para obtener información sobre los grupos médicos.

Medicamento necesario: servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con las normas aceptadas de práctica médica.

Medicare: programa federal de seguros de salud para personas de 65 años o más, 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 requieren diálisis o un trasplante de riñón). Las personas con Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de Original Medicare, un plan PACE o un plan Medicare Advantage.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: un tiempo establecido cada año en que los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción al plan y cambiarse a Original Medicare o realizar cambios en su cobertura de la Parte D. Período de inscripción abierta es del 1 de enero hasta el 31 de marzo de 2019.

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 (HMO), un plan de una Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO), un Plan Privado de Pago 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 a través del plan, y no se pagan conforme a Original Medicare. En la mayoría de los casos, los planes de 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**. Nuestro plan no ofrece cobertura Medicare de medicamentos recetados. Todas las personas que tengan la Parte A y Parte B de Medicare son elegibles para inscribirse en cualquier plan de salud de Medicare que se ofrezca en su área, excepto las personas con enfermedad renal en etapa terminal (salvo que se apliquen ciertas excepciones).

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por la Parte A y Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluso nuestro plan, deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare.

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare es ofrecido por una compañía privada que tiene contratos con Medicare para proporcionar los beneficios de la Parte A y Parte B a las personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes de Costos de Medicare, los Programas piloto/de demostración y los Programas de atención todo incluido para la tercera edad (Programs of Allinclusive 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 no cubiertos por la Parte A ni la Parte B de Medicare.

Póliza “Medigap” (Seguro suplementario de Medicare): seguro suplementario de Medicare vendido por compañías de seguro privadas para llenar los “vacíos” de Original Medicare. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Miembro (miembro de nuestro plan o “miembro del plan”): una 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).

Proveedor de la red: “proveedor” es el término general que utilizamos para referirnos a los médicos, otros profesionales de atención médica, hospitales y otros centros de atención médica que están autorizados o certificados por Medicare y el estado para proporcionar servicios de atención médica. Los denominamos “**proveedores de la red**” cuando tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago en su totalidad y, en algunos casos, para coordinar y proporcionar los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Nuestro plan paga a los proveedores de la red según los acuerdos que tiene con ellos o si los

proveedores acuerdan ofrecerle a usted servicios cubiertos por el plan. También podemos referirnos a los proveedores de la red como “proveedores del plan”.

Beneficios opcionales suplementarios: beneficios no cubiertos por Medicare que pueden adquirirse por una prima adicional y que no están incluidos en su paquete de beneficios. Si elige tener beneficios opcionales suplementarios, quizás deba pagar una prima adicional. Debe elegir de manera voluntaria los beneficios opcionales suplementarios para poder recibirlos.

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

Original Medicare (“Medicare tradicional” o Medicare “Pago por Servicio”): Original Medicare es ofrecido por el gobierno 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.

Proveedor o centro fuera de la red: proveedor o un centro con el que no hemos acordado coordinar o proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados por nuestro plan, no pertenecen a nuestro plan ni son dirigidos por nuestro plan, o no tienen un contrato para proporcionarle servicios cubiertos a usted. La utilización de proveedores o centros fuera de la red se explica en este libro en el Capítulo 3.

Costos directos: consulte la definición de “participación en los costos” descrita anteriormente. El requerimiento de un miembro de costo compartido para pagar una porción de los servicios recibidos también se llama como el requisito de costo “directo” del miembro.

Plan PACE: un plan PACE (programa de atención todo incluido para la tercera edad) combina servicios médicos, sociales y de cuidados prolongados (LTC) para personas frágiles, con el fin de ayudarles a mantenerse independientes y viviendo en su comunidad (en lugar de mudarse a una residencia de ancianos) durante el mayor tiempo posible, mientras reciben la atención de alta calidad que necesitan. Las personas inscritas a los planes PACE reciben sus beneficios de Medicare y de Medicaid a través de dicho plan.

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

Parte D: programa voluntario de beneficios para medicamentos recetados de Medicare. (Para simplificar, nos referiremos al programa de beneficios de medicamentos recetados como Parte D).

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO): plan Medicare Advantage que cuenta con una red de proveedores contratados que han acordado brindar tratamiento a los miembros del plan por un monto de pago 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 cuanto a los costos directos por los servicios recibidos de los proveedores de la red (preferidos) y un límite mayor en cuanto a los costos directos combinados totales por los servicios recibidos de los proveedores de la red (preferidos) y 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 salud o medicamentos recetados.

Médico de atención primaria (PCP): es el médico u otro proveedor al que primero consulta para la mayoría de sus problemas de salud. Se asegura de que usted obtenga la atención que necesita para mantenerse saludable. También puede hablar con otros médicos y proveedores de atención médica sobre su atención y remitirlo. En muchos planes de salud de Medicare, debe consultar a su médico de atención primaria antes de ver a otro proveedor de atención médica. Consulte el Capítulo 3, Sección 2.1, para obtener información sobre los médicos de atención primaria.

Autorización previa: aprobación por adelantado para recibir servicios. Algunos servicios médicos de la red están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene “autorización previa” de nuestro plan. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están indicados en el Cuadro de beneficios que se encuentra en el Capítulo 4.

Dispositivos protésicos y ortopédicos: dispositivos médicos recetados por su médico u otro proveedor de atención médica. Los artículos cubiertos incluyen, entre otros: aparatos ortopédicos para brazo, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para sustituir una parte interna o función del cuerpo, como suministros para ostomía, y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO): grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica pagados por el gobierno federal para revisar y mejorar la atención médica proporcionada a los pacientes de Medicare. Consulte el Capítulo 2, Sección 4, para obtener información sobre cómo comunicarse con la QIO en su estado.

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

Área de servicios: área geográfica donde un plan de salud acepta miembros si limita la membresía sobre la base del lugar donde viven las personas. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede utilizar, generalmente también es el área donde puede recibir los servicios de rutina (que no son de emergencia). El plan puede darle de baja si usted se muda permanentemente fuera del área de servicios del plan.

Atención en Centro de enfermería especializada (SNF): atención de enfermería especializada y servicios de rehabilitación proporcionados de forma diaria y continua en un centro de enfermería especializada. Ejemplos de 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: momento fijo cuando los miembros pueden cambiar sus planes de medicamentos o de salud, o regresar a Original Medicare. Situaciones en las que puede ser elegible para un Período Especial de Inscripción Incluyen: si se muda fuera del área de servicio, si se muda a un centro de cuidado, o si violamos nuestro contacto con usted.

Plan de necesidades especiales: tipo especial de plan Medicare Advantage que brinda una atención médica más enfocada para grupos de personas específicos, como aquellos que cuentan con Medicare y Medicaid, que viven en una residencia de ancianos o que tienen algunas afecciones médicas crónicas.

Ingreso de seguridad suplementario (Supplemental Security Income, SSI): beneficio mensual pagado por el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados que padecen discapacidad, ceguera o tienen 65 años o más. Los beneficios de SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Servicios de urgencia: los servicios de urgencia son proporcionados para tratar una enfermedad, lesión o afección médica imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica de inmediato. Los servicios de urgencia pueden ser prestados por proveedores de la red o fuera de la red, cuando los proveedores de la red no están disponibles o no puede acceder a ellos momentáneamente.



Notificación Contra la Discriminación: La Discriminación es Contra la Ley

Cigna-HealthSpring cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Cigna-HealthSpring no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Cigna-HealthSpring:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes capacitados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con Customer Service al 1-800-668-3813, 8 a.m.– 8 p.m., 7 días de la semana.

Si considera que Cigna-HealthSpring no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona:

Cigna-HealthSpring
Attn: Customer Grievances
PO Box 2888
Houston, TX 77252-2888
Teléfono: 1-800-668-3813 (TTY 711) Fax: 1-888-586-9946.

Puede presentar el reclamo escrito por correo postal o fax. Si necesita ayuda para hacerlo, Customer Service está a su disposición para brindársela.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

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

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Todos los productos y servicios de Cigna se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de Cigna Corporation. El nombre de Cigna, los logotipos, y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc. ATTENTION: If you speak languages other than English, language assistance services, free of charge are available to you. Call 1-800-668-3813 (TTY 711), 8 a.m.–8 p.m., 7 days a week. ATENCIÓN: si usted habla un idioma que no sea inglés, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-668-3813 (TTY 711), 8 a.m.–8 p.m., 7 días de la semana. Cigna-HealthSpring tiene contrato con Medicare para planes PDP, planes HMO y PPO en ciertos estados, y con ciertos programas estatales de Medicaid. La inscripción en Cigna-HealthSpring depende de la renovación de contrato.

INT_17_49135S 09302016

Multi-language Interpreter Services

English – ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge are available to you. Call **1-800-668-3813** (TTY 711).

Spanish – ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-800-668-3813** (TTY 711).

Chinese – 注意: 如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 **1-800-668-3813** (TTY 711)。

Vietnamese – CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **1-800-668-3813** (TTY 711).

French Creole – ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele **1-800-668-3813** (TTY 711).

Korean – 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-800-668-3813** (TTY 711)번으로 전화해 주십시오.

Polish – UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer **1-800-668-3813** (TTY 711).

French – ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1-800-668-3813** (ATS 711).

Arabic – ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم **1-800-668-3813** (TTY 711).

Russian – ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-800-668-3813** (телетайп 711).

Tagalog – PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa **1-800-668-3813** (TTY 711).

Farsi/Persian – توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با **1-800-668-3813** (TTY: 711) تماس بگیرید.

German – ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: **1-800-668-3813** (TTY 711).

Portuguese – ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para **1-800-668-3813** (TTY 711).

Italian – ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero **1-800-668-3813** (TTY 711).

Japanese – 注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。 **1-800-668-3813** (TTY 711)まで、お電話にてご連絡ください。

Navajo – Díí baa akó nínizin: Díí saad bee yánífti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiiik'eh, éí ná hólq, kojí' hódíílnih **1-800-668-3813** (TTY 711).

Gujarati – ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો **1-800-668-3813** (TTY 711).

Urdu توجه دین: اگر آپ اردو زبان بولتے ہیں تو آپ کے لئے زبان معاون خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں **1-800-668-3813** (TTY 711)

Servicio de Atención al Cliente de Cigna-HealthSpring

Medio	Servicio de Atención al Cliente Información de contacto
TELÉFONO	1-800-668-3813 Las llamadas a este número son gratuitas. Atención al cliente está disponible del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora local; sábado de 8 a.m. a 5 p.m. hora local. Puede utilizarse el servicio de mensajes los fines de semana, después del horario laboral y en los feriados federales. El Servicio de Atención al Cliente cuenta también con servicio gratuito de intérprete de idiomas para aquellas personas que no hablan inglés.
TTY	711 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. Atención al cliente está disponible del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora local; sábado de 8 a.m. a 5 p.m. hora local. Puede utilizarse el servicio de mensajes los fines de semana, después del horario laboral y en los feriados federales.
FAX	1-888-766-6403
CORREO POSTAL	Cigna-HealthSpring, Attn: Member Services, 2800 North Loop West, Houston, TX 77092 LetUsHelpYou@healthspring.com
SITIO WEB	www.cignahealthspring.com

Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud

El Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud es un programa estatal que obtiene dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento local gratuito sobre seguros médicos a las personas que tienen Medicare.

Consulte el Capítulo 2, Sección 3 de esta *Constancia de cobertura* para obtener información sobre el SHIP de su estado.

Declaración de divulgación sobre la Ley PRA En cumplimiento con la Ley de reducción de trámites (*Paperwork Reduction Act*) de 1995, no se le exige a ninguna persona que responda a la recopilación de información, excepto que exhiba un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto de los EE.UU. (OMB, por sus siglas en inglés). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es el 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Todos los productos y servicios de Cigna se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de Cigna Corporation, incluyendo Cigna-Health and Life Insurance Company, Cigna-HealthCare of South Carolina, Inc., Cigna-HealthCare of North Carolina, Inc., Cigna-HealthCare of Georgia, Inc., Cigna-HealthCare of Arizona, Inc., Cigna-HealthCare of St. Louis, Inc., HealthSpring Life & Health Insurance Company, Inc., HealthSpring of Florida, Inc., Bravo Health Mid-Atlantic, Inc., y Bravo Health Pennsylvania, Inc. El nombre de Cigna, los logotipos, y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc.