

**1 de enero – 31 de diciembre de 2012**

## **Evidencia de Cubierta:**

### **Sus Beneficios y Servicios de Salud de Medicare como Afiliado de AHM\_Básico (HMO)**

Este manual le provee los detalles sobre su cubierta de salud de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2012. Le explica cómo obtener la cubierta de cuidado de salud que usted necesita. Esto es un documento legal importante. Favor de mantenerlo en un lugar seguro.

Este plan, *AHM\_Básico (HMO)*, es ofrecido por *American Health Medicare*. (Cuando en esta *Evidencia de Cubierta* hablamos de “nosotros” o “nuestro” esto significa *American Health Medicare*. Cuando hablamos de “el plan” o “nuestro plan” esto significa *AHM\_Básico (HMO)*.)

*American Health Medicare es una organización Medicare Advantage con un contrato con Medicare.*

Esta información está disponible libre de costo en otros idiomas. Favor de comunicarse con Servicio al Cliente al 1-888-620-1919 para información adicional. (Usuarios de TTY (audio-impedidos) deben llamar al 1-866-620-2520.) El horario es de lunes a domingo de 8:00 AM a 8:00 PM. Servicio al Cliente tiene disponible servicios de interpretes libre de costo para afiliados que no hablan español.

This information is available for free in other languages. Please contact our Customer Services number at 1-888-620-1919 for additional information. (TTY users should call 1-866-620-2520). Hours are Monday to Sunday from 8:00 AM to 8:00 PM. Customer Services has free language interpreter services available for non-English speakers.

Esta información está disponible en formatos alternos tales como Braille, letra agrandada o cinta de audio

Beneficios, prima, deducibles, copagos y/o coaseguros pueden cambiar el 1<sup>ro</sup> de enero de 2013

H5774\_1027\_12\_05\_S  
File & Use 09172011

**Evidencia de Cubierta del 2012**  
**Tabla de Contenido**

Esta lista de capítulos y números de páginas es solo un punto de partida. Para más ayuda en encontrar la información que usted necesita, vaya a la primera pagina de un capítulo. **Encontrara una lista detallada de temas en el comienzo de cada capítulo.**

**Capítulo 1. Comenzando como afiliado ..... 1**

Informa lo que significa estar en un plan de salud de Medicare y cómo utilizar este manual. Explica los materiales que le enviaremos, la prima de su plan, la tarjeta de afiliado del plan y cómo mantener actualizado su registro de afiliado.

**Capítulo 2. Recursos y números de contacto importantes ..... 11**

Le indica cómo comunicarse con nuestro plan (*AHM\_Clásico (HMO)*) y con otras organizaciones incluyendo Medicare, el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP), la Organización para el Mejoramiento de Calidad, Seguro Social, Medicaid (el programa de seguro de salud estatal para personas con bajos ingresos), programa que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos recetados, y la Junta de Retiro Ferroviario.

**Capítulo 3. Utilizando la cubierta del plan para sus servicios médicos..... 23**

Explica información importante que usted debe saber acerca de la obtención de atención médica como afiliado de nuestro plan. Los temas incluyen el uso de proveedores de la red del plan y cómo obtener atención en caso de emergencia.

**Capitulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (que está cubierto y que usted paga) ..... 38**

Le proporciona detalles acerca de los tipos de atención médica que están cubiertos y los que *no* están cubiertos para usted como afiliado del plan. Le informa cuánto pagará de la parte que le corresponde del costo de la atención médica cubierta.

**Capítulo 5. Pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos cubiertos ..... 68**

Informa cuándo y cómo enviarnos una factura cuando desea que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo de sus servicios.

**Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades ..... 73**

Explica los derechos y responsabilidades que tiene como afiliado de nuestro plan. Le informa lo que puede hacer si piensa que sus derechos no están siendo respetados.

**Capítulo 7. Que hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cubierta, apelaciones, quejas)..... 83**

Informa paso a paso lo que debe hacer si tiene problemas o inquietudes como afiliado de nuestro plan.

- Explica cómo solicitar decisiones de cubierta y realizar apelaciones si tiene problemas para recibir la atención médica o los medicamentos recetados que considera que están cubiertos por nuestro plan. Esto incluye la solicitud de excepciones a las normas o restricciones adicionales a su cubierta de medicamentos recetados, y la solicitud de continuar la cubierta de cuidado de hospital y ciertos tipos de servicios médicos si considera que la cubierta está terminando antes de tiempo.

Explica cómo presentar quejas acerca de la calidad de la atención, tiempos de espera, servicio de atención al cliente y otras inquietudes.

**Capítulo 8. Terminando su afiliación con el plan ..... 126**

Informa cuándo y cómo puede terminar su membresía del plan. Explica situaciones en las que nuestro plan requiere terminar su membresía.

**Capítulo 9. Notificaciones Legales ..... 135**

Incluye avisos sobre la ley vigente y la no discriminación.

**Capítulo 10. Definiciones a palabras importantes..... 137**

Explica los términos básicos de este manual.

## **Capítulo 1. Comenzando como afiliado**

<b>SECCION 1</b>	<b>Introducción .....</b>	<b>3</b>
Sección 1.1	Está afiliado a <i>AHM_Básico (HMO)</i> , el cual es un plan Medicare HMO (Por sus siglas en inglés) .....	3
Sección 1.2	¿Qué contiene la <i>Evidencia de Cubierta</i> ? .....	3
Sección 1.3	¿De qué habla este Capítulo? .....	3
Sección 1.4	¿Qué sucede si es un afiliado nuevo en AHM_Básico (HMO)? .....	3
Sección 1.5	Información legal acerca de la <i>Evidencia de Cubierta</i> .....	4
<b>SECCION 2</b>	<b>¿Qué lo hace elegible para afiliarse al plan? .....</b>	<b>4</b>
Sección 2.1	Sus requisitos de elegibilidad.....	4
Sección 2.2	¿Qué son la Parte A y la Parte B de Medicare? .....	4
Sección 2.3	Este es el área de servicio de AHM_Básico (HMO) .....	5
<b>SECCION 3</b>	<b>¿Qué otros materiales le enviaremos? .....</b>	<b>5</b>
Sección 3.1	Su tarjeta de identificación del plan – Utilicela para obtener su cuidado con cubierta.....	5
Sección 3.2	El <i>Directorio de Proveedores</i> : Su guía para todos los proveedores en la red del plan.....	6
<b>SECCION 4</b>	<b>La prima mensual de AHM_Básico (HMO).....</b>	<b>7</b>
Sección 4.1	¿Cuánto es su prima mensual en este plan? .....	7
<b>SECCION 5</b>	<b>Favor de mantener actualizado su expediente del plan .....</b>	<b>8</b>
Sección 5.1	Como asegurarse de que tenemos su información más actualizada .....	8
<b>SECCION 6</b>	<b>Protegemos la privacidad de su información de salud .....</b>	<b>9</b>
Sección 6.1	Nos aseguramos de que su información de salud este protegida .....	9

**SECCION 7 Como funcionan otros seguros con nuestro plan ..... 9**

Sección 7.1 ¿Qué plan paga primero cuando usted tiene otro seguro? .....9

---

## **SECCION 1      Introducción**

---

<b>Sección 1.1</b>	<b>Está afiliado a <i>AHM_Básico (HMO)</i>, el cual es un plan Medicare HMO (Por sus siglas en inglés)</b>
--------------------	--

Usted tiene cubierta de Medicare y ha escogido obtener su cuidado de salud de Medicare a través de nuestro plan, *AHM\_Básico (HMO)*.

Hay diferentes tipos de planes de salud de Medicare. *AHM\_Básico (HMO)* es un plan Medicare Advantage HMO (HMO significa Organización de Cuidado Coordinado). Como todos los planes de salud de Medicare, este plan HMO de Medicare es aprobado por Medicare y manejado por una compañía privada.

<b>Sección 1.2</b>	<b>¿Qué contiene la <i>Evidencia de Cubierta</i>?</b>
--------------------	---

Esta *Evidencia de Cubierta* le habla sobre cómo obtener su cubierta de cuidado médico de Medicare a través de nuestro plan. Además le explica cuáles son sus derechos y responsabilidades, qué está cubierto y qué usted paga como afiliado a nuestro plan.

Este plan, *AHM\_Básico (HMO)*, es ofrecido por *American Health Medicare*. (Cuando en esta *Evidencia de Cubierta* hablamos de “nosotros” o “nuestro” esto significa *American Health Medicare*. Cuando hablamos de “el plan” o “nuestro plan” esto significa *AHM\_Básico (HMO)*.)

Las palabras “cubierta” y “servicios cubiertos” se refieren al cuidado y servicio médico que está disponible para usted como afiliado a *AHM\_Básico (HMO)*.

<b>Sección 1.3</b>	<b>¿De qué habla este Capítulo?</b>
--------------------	-------------------------------------

Vea el Capítulo 1 de esta *Evidencia de Cubierta* para conocer sobre:

- ¿Qué lo hace elegible para afiliarse al plan?
- ¿Cuál es el área de servicio del plan?
- ¿Qué materiales le enviaremos?
- ¿Cuál es la prima del plan y Cómo la puede pagar?
- ¿Cómo mantener actualizada la información de su afiliación?

<b>Sección 1.4</b>	<b>¿Qué sucede si es un afiliado nuevo en <i>AHM_Básico (HMO)</i>?</b>
--------------------	--

Si usted es un nuevo afiliado, es importante que conozca cómo se opera el plan – cuales son las reglas y qué servicios están disponibles para usted. Le exhortamos a que saque un poco de tiempo para leer esta *Evidencia de Cubierta*.

Si usted está confundido o preocupado, o simplemente tiene preguntas, favor de comunicarse con el Departamento de Servicios al Cliente del plan (la información de contacto está en la parte posterior de este manual).

## **Sección 1.5 Información legal acerca de la *Evidencia de Cubierta***

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

Esta *Evidencia de Cubierta* es parte de nuestro contrato con usted en cuanto a cómo *AHM\_Básico (HMO)* cubre su cuidado. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de afiliación y cualquier notificación que haya recibido acerca de cambios a su cubierta o condiciones que puedan afectar su cubierta. Estas notificaciones algunas veces pueden ser llamadas “anejos” o “fe de errata”.

Este contrato tiene efectividad los meses en los cuales usted este afiliado a *AHM\_Básico (HMO)* entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2012

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

Medicare (Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid) deberán aprobar a *AHM\_Básico (HMO)* cada año. Puede continuar recibiendo su cubierta de Medicare como afiliado a nuestro plan siempre y cuando nosotros escojamos continuar ofreciendo el plan por ese año y los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid renueven su aprobación del plan

---

## **SECCION 2 ¿Qué lo hace elegible para afiliarse al plan?**

---

### **Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad**

*Usted es elegible para afiliarse a nuestro plan siempre y cuando:*

- Resida en el área geográfica de servicio (la sección 2.3 a continuación describe nuestra área de servicio)
- -- y -- tiene derecho a recibir la Parte A de Medicare
- -- y -- está suscrito a la Parte B de Medicare
- -- y -- no padece de Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD, por sus siglas en inglés), con excepciones limitadas, tales como si desarrolla ESRD cuando ya está afiliado al plan o si estaba afiliado a un plan diferente que fue eliminado.

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

Cuando usted originalmente se suscribe a Medicare, recibe información de cómo obtener la Parte A y la Parte B de Medicare. Recuerde:

- Generalmente, la Parte A de Medicare cubre aquellos servicios provistos por proveedores en instituciones tales como hospitales, facilidades de enfermería diestra o agencias de cuidado de salud en el hogar.
- La Parte B de Medicare es para la mayoría de los otros servicios médicos (tales como servicios de médicos y otros servicios ambulatorios) y ciertos artículos (tales como equipo médico durable y suministros).

<b>Sección 2.3</b>	<b>Este es el área de servicio de AHM_Básico (HMO)</b>
--------------------	--

Aunque Medicare es un programa Federal, *AHM\_Básico (HMO)* está disponible solo para aquellos individuos que residan en el área de servicio del plan. Para permanecer afiliado a nuestro plan, debe residir en esta área de servicio. El área de servicio se describe a continuación.

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

Si usted planifica mudarse del área de servicio, favor de comunicarse con Servicios al Cliente. Cuando se mude, tendrá un Periodo Especial de Afiliación que le permitirá cambiarse a Medicare Original o afiliarse a un plan de salud o de medicamentos de Medicare que esté disponible en su nueva localización.

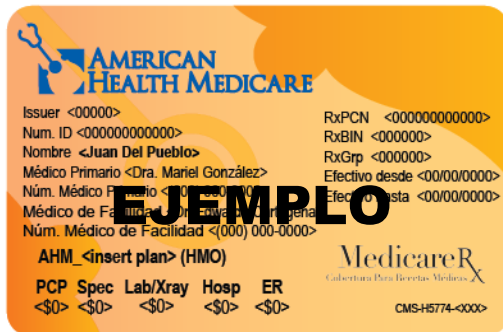
---

<b>SECCION 3</b>	<b>¿Qué otros materiales le enviaremos?</b>
------------------	---

---

<b>Sección 3.1</b>	<b>Su tarjeta de identificación del plan – Utilícela para obtener su cuidado con cubierta</b>
--------------------	---

Mientras usted este afiliado a nuestro plan, debe utilizar su tarjeta de identificación del plan en cualquier momento que obtenga servicios cubiertos por el plan. A continuación un ejemplo de la tarjeta de identificación del plan:



Mientras este afiliado a nuestro plan, **no debe utilizar su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare** para obtener cubierta de servicios médicos (con la excepción de estudios de investigación clínica rutinarios y servicios de hospicio). Mantenga su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en un lugar seguro, en caso de que la pueda necesitar luego.

**Esto es muy importante ya que:** si usted obtiene cubierta de servicios utilizando su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en vez de utilizar su tarjeta de identificación de *AHM\_Básico (HMO)* mientras está afiliado al plan, puede que tenga que pagar el costo completo usted mismo.

Si su tarjeta de identificación del plan se pierde, es robada o dañada, llame a Servicios al Cliente lo antes posible y le enviaremos una tarjeta nueva.

### Sección 3.2 El Directorio de Proveedores: Su guía para todos los proveedores en la red del plan

Cada año que usted pertenezca al plan, le enviaremos un *Directorio de Proveedores* nuevo o una actualización a su *Directorio de Proveedores*. Este directorio contiene todos los proveedores que pertenecen a nuestra red.

#### ¿Qué son “proveedores de la red”?

**Proveedores de la red** son médicos y otros profesionales en el cuidado de la salud, grupos médicos, hospitales y otras facilidades de cuidados de salud que han llegado a un acuerdo para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago. Hemos coordinado para que estos proveedores ofrezcan servicios cubiertos a los afiliados de nuestro plan.

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

Es importante que conozca que proveedores forman parte de nuestra red ya que, con excepciones limitadas, mientras este afiliado a nuestro plan usted deberá utilizar los proveedores de nuestra red para obtener su cuidado y servicio médico. Las únicas excepciones son emergencias, cuidado urgente necesario cuando la red de proveedores no esté disponible (generalmente cuando se encuentre fuera del área de servicio), servicios de diálisis fuera de área, y aquellos casos en que *AHM\_Básico (HMO)* autorice el uso de proveedores fuera de la red. Vea el Capítulo 3 (*Utilizando la cubierta del plan para servicios médicos*) para información mas específica acerca de emergencias, fuera de la red y cubierta fuera de la red.

Si usted no tiene una copia del *Directorio de Proveedores*, puede solicitarle una a Servicios al Cliente. Además, puede pedirle más información a Servicios al Cliente sobre nuestros proveedores de la red y sus calificaciones. Puede ver nuestro *Directorio de Proveedores* en nuestra página de internet <http://www.ahmpr.com>

---

## SECCION 4 La prima mensual de AHM\_Básico (HMO)

---

<b>Sección 4.1 ¿Cuánto es su prima mensual en este plan?</b>
--

Usted no paga una prima mensual separada por *AHM\_Básico (HMO)*. Debe continuar pagando su prima por la Parte B de Medicare (a menos que su prima por la Parte B sea pagada por Medicaid o por otra agencia).

### Muchos afiliados deberán pagar otras primas de Medicare

Según explicamos en la Sección 2, para poder ser elegible a nuestro plan, usted debe tener derecho a recibir la Parte A de Medicare y estar suscrito a la Parte B. Por esta razón, algunos afiliados pagarán una prima por la Parte A de Medicare y la mayoría pagará una prima por la Parte B.

- Su copia de *Medicare & Usted 2012* le provee información sobre estas primas en la sección llamada “Costos de Medicare 2012”. Esto le explica como la prima de la Parte B va a diferenciar entre personas con diferentes ingresos.
- Todo beneficiario de Medicare recibe una copia cada año en el otoño de *Medicare & Usted*. Aquellos nuevos beneficiarios de Medicare, recibirán su copia durante el mes en que originalmente se suscribieron. Además, puede descargar una copia de *Medicare & Usted 2012* desde la página de internet de Medicare (<http://www.medicare.gov>). O, puede ordenar por teléfono una copia impresa llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

---

## **SECCION 5 Favor de mantener actualizado su expediente del plan**

---

<b>Sección 5.1</b>	<b>Como asegurarse de que tenemos su información más actualizada</b>
--------------------	--

Su expediente del plan tiene la información de su formulario de afiliación, incluyendo su dirección y su número de teléfono. El mismo muestra la cubierta específica de su plan incluyendo su Médico Primario.

Los médicos, hospitales y otros proveedores en la red de proveedores del plan necesitan tener información correcta sobre usted. **Dichos proveedores de la red utilizan su expediente del plan para saber qué servicios están cubiertos para usted.** Por esta razón, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

### **Déjenos saber acerca de estos cambios:**

- Cambios a su nombre, su dirección o número de teléfono
- Cambios a cualquier otro seguro de salud que pueda tener (tales como de patrono, el de su cónyuge, compensación de trabajadores o Medicaid )
- Si usted tiene algún reclamo por responsabilidad, tales como por un accidente de automóvil
- Si usted a sido ingresado a un hogar de cuidado
- Si la persona responsable por usted (tal como su representante autorizado) cambia
- Si está participando en un estudio de investigación clínica.

Si alguna de esta información cambia, déjenos saber llamando a Servicios al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la parte posterior de este manual).

### **Lea la información que le enviamos acerca de algún otro seguro que usted pueda tener**

Medicare requiere que recolectemos información sobre usted y algún otro seguro médico o de medicamentos que usted pueda tener. Esto es así ya que, debemos coordinar cualquier cubierta que usted tenga con los beneficios bajo nuestro plan. (Para más información de cómo funciona nuestra cubierta cuando usted tiene otro seguro, vea la Sección 7 de este Capítulo).

Una vez al año, le enviaremos una carta que enumera cualquier otro seguro médico o de medicamentos del cual nosotros conozcamos que usted tenga. Favor de leer esta información cuidadosamente. Si esta información está correcta, usted no necesita más nada. Si la información está incorrecta o si usted tiene otra cubierta que no aparece en la lista, favor de llamar a Servicios al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la parte posterior de este manual).

---

## **SECCION 6      Protegemos la privacidad de su información de salud**

---

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

Leyes Federales y estatales protegen la privacidad de sus expedientes médicos y su información de salud. Nosotros protegemos su información de salud según es requerido por estas leyes.

Para más información de cómo protegemos su información de salud, favor de ver el Capítulo 6 Sección 1.4 de este manual.

---

## **SECCION 7      Como funcionan otros seguros con nuestro plan**

---

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

Cuando usted tiene otro seguro (como cubierta de salud grupal de su patrono), existen reglas expuestas por Medicare que deciden si nuestro plan o su otro seguro pagará primero. El seguro que paga primero se llama el “pagador primario” y paga hasta los límites de su cubierta. El que paga segundo se llama el “pagador secundario” y sólo paga si hay costos que no fueron cubiertos por el pagador primario. Puede que el pagador secundario no pague todos los costos descubiertos.

Las siguientes reglas pueden aplicar a cubiertas de salud grupales de su patrono o unión:

- Si usted tiene cubierta de retiro, Medicare paga primero.
- Si su cubierta de salud grupal está basado en el empleo actual tanto suyo como de un familiar, quien paga primero dependerá de su edad, el tamaño del patrono y si usted tiene Medicare basado en su edad, incapacidad, o Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD):
  - Si usted tiene menos de 65 años, está incapacitado y usted o un miembro de su familia aún trabaja, su plan paga primero si su patrono tiene 100 o más empleados o al menos un patrono en un plan de múltiples patronos tiene más de 100 empleados.
  - Si usted tiene más de 65 años y su cónyuge aún trabaja, el plan paga primero si el patrono tiene 20 empleados o más o al menos un patrono en un plan de múltiples patronos tiene 20 empleados o más.
- Si usted tiene Medicare por ESRD, su plan de seguro grupal pagará primero por los primeros 30 meses en que usted es elegible a Medicare.

Estos tipos de cubierta usualmente pagan primero por servicios relacionados a cada tipo de:

- Seguro sin responsabilidad ( incluyendo seguro de automóvil)
- Seguro de responsabilidad ( incluyendo seguro de automóvil)
- Beneficios de Pulmón Negro
- Compensación de trabajadores

Medicaid y TRICARE nunca pagan primero por servicios cubiertos por Medicare. Sólo pagan luego de que Medicare, planes de salud grupales de patrono y/o Medigap hayan pagado.

Si usted tiene otro seguro, déjele saber a su médico, hospital y farmacia. Si usted tiene preguntas acerca de quién paga primero, o necesita actualizar su otra información de seguro, llame a Servicios al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la parte posterior de este manual). Es posible que tenga que darle su número de identificación de afiliado a otras aseguradoras (una vez haya confirmado su identidad) así sus facturas serán pagadas correctamente y a tiempo.

## **Capítulo 2. Recursos y números de contacto importantes**

<b>SECCION 1 Contactos de AHM_Básico (HMO) (Cómo contactarnos incluyendo cómo contactar a Servicios al Cliente).....</b>	<b>12</b>
<b>SECCION 2 Medicare (Cómo obtener ayuda e información directa del programa Federal de Medicare) .....</b>	<b>16</b>
<b>SECCION 3 Programa de Asistencia en Seguros de Salud del Estado (Ayuda, información, y respuestas a sus preguntas de Medicare – libre de costo) .....</b>	<b>18</b>
<b>SECCION 4 Organización para el Mejoramiento de Calidad (pagado por Medicare para verificar la calidad del cuidado de personas con Medicare).....</b>	<b>18</b>
<b>SECCION 5 Seguro Social.....</b>	<b>19</b>
<b>SECCION 6 Medicaid (un programa estatal y Federal que ayuda a ciertas personas de escasos recursos y bajos ingresos con sus costos médicos) .....</b>	<b>20</b>
<b>SECTION 7 Cómo contactar a la Junta de Retiro Ferroviario .....</b>	<b>21</b>
<b>SECTION 8 ¿Tiene usted un “seguro grupal” o algún otro seguro de salud de su patrono?.....</b>	<b>22</b>

---

## **SECCION 1      Contactos de AHM\_Básico (HMO)** **(Cómo contactarnos incluyendo cómo contactar a Servicios al Cliente)**

---

### **Cómo contactar el Departamento de Servicios al Cliente del plan**

Para ayuda con reclamaciones, facturas, o preguntas sobre su tarjeta de afiliado, favor de escribir o llamar al Departamento de Servicios al Cliente de *AHM\_Básico (HMO)*. Con gusto le ayudaremos.

<b>Servicios al Cliente</b>	
<b>LLAME</b>	1-888-620-1919  Las llamadas a este número son gratis. Lunes a domingo de 8:00 AM a 8:00 PM.  Servicios al Cliente también ofrece servicios de intérprete gratis disponibles para las personas que no hablan inglés.
<b>TTY</b>	1-866-620-2520  Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas con dificultades auditivas o del habla.  Las llamadas a este número son gratis. Lunes a domingo de 8:00 AM a 8:00 PM.
<b>FAX</b>	787-620-0931
<b>ESCRIBA A</b>	American Health Medicare PO Box 11320 San Juan, Puerto Rico 00922
<b>PAGINA DE INTERNET</b>	<a href="http://www.ahmpr.com">www.ahmpr.com</a>

### **Cómo contactarnos cuando está solicitando una decisión de cubierta en cuanto a su cuidado médico**

Una decisión de cubierta es una decisión que tomamos acerca de sus beneficios y cubierta o sobre la cantidad que pagaremos por sus servicios médicos. Para más información en cuanto

a solicitar una decisión de cubierta por su cuidado médico, vea el Capítulo 7 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cubierta, apelaciones y quejas)*).

Puede comunicarse con nosotros si tiene preguntas acerca del proceso para decisiones de cubierta.

<b>Decisiones de Cubierta por Cuidado Médico</b>	
<b>LLAME</b>	1-888-620-1919  Las llamadas a este número son gratis. Lunes a domingo de 8:00 AM a 8:00 PM.  Servicios al Cliente también ofrece servicios de intérprete gratis disponibles para las personas que no hablan inglés.
<b>TTY</b>	1-866-620-2520  Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas con dificultades auditivas o del habla.  Las llamadas a este número son gratis. Lunes a domingo de 8:00 AM a 8:00 PM.
<b>FAX</b>	787-620-0931
<b>ESCRIBA A</b>	American Health Medicare PO Box 11320 San Juan, Puerto Rico 00922
<b>PAGINA DE INTERNET</b>	<a href="http://www.ahmpr.com">www.ahmpr.com</a>

### **Cómo contactarnos cuando va a someter una apelación por su cuidado médico**

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cubierta que hemos tomado. Para más información sobre cómo someter una apelación por su cuidado médico, vea el Capítulo 7 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cubierta, apelaciones y quejas)*).

<b>Apelaciones por Cuidado Médico</b>	
<b>LLAME</b>	1-888-620-1919  Las llamadas a este número son gratis. Lunes a domingo de 8:00 AM a 8:00 PM.
<b>TTY</b>	1-866-620-2520  Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas con dificultades auditivas o del habla.  Las llamadas a este número son gratis. Lunes a domingo de 8:00 AM a 8:00 PM.
<b>FAX</b>	787-993-3261
<b>ESCRIBA A</b>	American Health Medicare Departamento de Querellas y Apelaciones PO Box 11320 San Juan, Puerto Rico 00922
<b>PAGINA DE INTERNET</b>	<a href="http://www.ahmpr.com">www.ahmpr.com</a>

### **Cómo contactarnos cuando a va someter una queja por su Cuidado Médico**

Usted puede someter una queja sobre nosotros o uno de los proveedores de nuestra red, incluyendo una queja sobre la calidad de su cuidado. Este tipo de quejas no conlleva problemas por cubierta o pago. (Sí su problema es en cuanto a la cubierta del plan o un pago, deberá ver la sección anterior sobre cómo someter una apelación.) Para mas información de cómo someter una queja por su cuidado médico, vea el Capítulo 7 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cubierta, apelaciones y quejas)*).

<b>Quejas por Cuidado Médico</b>	
<b>LLAME</b>	1-888-620-1919  Las llamadas a este número son gratis. Lunes a domingo de 8:00 AM a 8:00 PM.
<b>TTY</b>	1-866-620-2520  Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas con dificultades auditivas o del habla.  Las llamadas a este número son gratis. Lunes a domingo de 8:00 AM a 8:00 PM.
<b>FAX</b>	787-993-3261
<b>ESCRIBA A</b>	American Health Medicare Departamento de Querellas y Apelaciones PO Box 11320 San Juan, Puerto Rico 00922

**A donde enviar una solicitud pidiéndonos que paguemos por nuestra parte del costo de un cuidado médico que ha recibido**

Para mas información acerca de situaciones en que usted pueda pedirnos un reembolso o que paguemos una factura que haya recibido de un proveedor, vea el Capítulo 5 (*Solicitar que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos cubiertos*).

**Nota:** Si nos envía una solicitud de pago y le denegamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión, refiérase al Capítulo 7 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cubierta, apelaciones y quejas)*) para más información.

<b>Solicitud de Pagos</b>	
<b>LLAME</b>	1-888-620-1919  Las llamadas a este número son gratis. Lunes a domingo de 8:00 AM a 8:00 PM.

<b>Solicitud de Pagos</b>	
<b>TTY</b>	1-866-620-2520  Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas con dificultades auditivas o del habla.  Las llamadas a este número son gratis. Lunes a domingo de 8:00 AM a 8:00 PM.
<b>FAX</b>	787-620-0931
<b>ESCRIBA A</b>	American Health Medicare PO Box 11320 San Juan, Puerto Rico 00922
<b>PAGINA DE INTERNET</b>	www.ahmpr.com

---

## **SECCION 2 Medicare** (Cómo obtener ayuda e información directa del programa Federal de Medicare)

---

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

La agencia Federal a cargo de Medicare es Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (a veces llamado “CMS”, por sus siglas en inglés). Esta agencia tiene contrato con organizaciones Medicare Advantage, incluyendo a nosotros.

<b>Medicare</b>	
<b>LLAME</b>	1-800-MEDICARE, o 1-800-633-4227  Llamadas a este número son libres de costo.  24 horas al día, 7 días a la semana.
<b>TTY</b>	1-877-486-2048  Este número requiere un equipo de teléfono especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas y para hablar.  Llamadas a este número son libres de costo.

## Medicare

### INTERNET

<http://www.medicare.gov>

Esta es la página de internet oficial del gobierno para Medicare. Le ofrece información actualizada acerca de Medicare y sus asuntos actuales. Tiene además, información acerca de hospitales, hogares de cuidado, médicos, agencias de salud en el hogar y facilidades de diálisis. La página incluye manuales que usted puede imprimir directamente de su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado seleccionando “Ayuda y Apoyo” y luego escogiendo “Número de Teléfonos y Páginas de Internet Útiles”.

La página de internet de Medicare contiene información detallada sobre su elegibilidad y opciones de afiliación a Medicare con las siguientes herramientas:

- **Herramienta de Elegibilidad a Medicare:** Provee información sobre el estatus de elegibilidad a Medicare. Seleccione “Conozca si es Elegible”.
- **Buscador de Plan de Medicare:** Provee información personalizada acerca de los planes de medicamentos recetados y planes de salud de Medicare y Medigap (Seguro Suplementario de Medicare) disponibles en el área. Seleccione “Planes de Salud y de Medicamentos” y entonces escoja “Comparar Planes de Salud y Medicamentos” o “Comparar Pólizas de Medigap”. Estas herramientas proveen un *estimado* de lo que los gastos de su bolsillo pudiesen ser en diferentes planes de Medicare.

Si usted no tiene computadora, su biblioteca local o centro para envejecientes puede ayudarlo a visitar alguna página de internet utilizando alguna de sus computadoras. O, puede llamar a Medicare al número mencionado anteriormente y explicarles la información que está buscando. Ellos le ayudarán a encontrar la información en internet, a imprimirla y a enviársela.

---

### **SECCION 3 Programa de Asistencia en Seguros de Salud del Estado (Ayuda, información, y respuestas a sus preguntas de Medicare – libre de costo)**

---

El Programa de Asistencia en Seguros de Salud del Estado (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa del gobierno con consejeros adiestrados en cada estado. En Puerto Rico, el SHIP es la Oficina de la Procuradora de las Personas de Edad Avanzada.

La Oficina de la Procuradora de las Personas de Edad Avanzada es independiente (no está conectada a ninguna compañía de seguros o plan de salud). Es un programa estatal que obtiene dinero del gobierno Federal para darle consejería local libre de costo sobre seguros de salud a las personas con Medicare.

Los consejeros de la Oficina de la Procuradora de las Personas de Edad Avanzada pueden ayudarlo con sus problemas y preguntas de Medicare. Lo pueden ayudar a entender cuáles son sus derechos en Medicare, ayudarlo con sus quejas en cuanto a cuidado médico o tratamiento y ayudarlo a resolver problemas con sus facturas de Medicare. Los consejeros de la Oficina de la Procuradora de las Personas de Edad Avanzada también pueden ayudarlo a conocer cuáles son sus opciones de planes de Medicare y contestar sus preguntas acerca del cambio entre planes.

<b>Oficina del Procurador de las Personas Pensionadas y de la Tercera Edad (Puerto Rico SHIP)</b>	
<b>LLAME</b>	(787) 721-6121
<b>ESCRIBA A</b>	Oficina del Procurador de las Personas Pensionadas y de la Tercera Edad PO Box 19179 San Juan, Puerto Rico 00919-1179
<b>PAGINA DE INTERNET</b>	<a href="http://www.oppte.pr.gov">www.oppte.pr.gov</a>

---

### **SECCION 4 Organización para el Mejoramiento de Calidad (pagado por Medicare para verificar la calidad del cuidado de personas con Medicare)**

---

Hay una Organización para el Mejoramiento de Calidad en cada estado. En Puerto Rico, La Organización para el Mejoramiento de Calidad se llama Organización Profesional de Investigación para el Mejoramiento de Calidad (QIPRO).

QIPRO tiene un grupo de médico y otros profesionales del cuidado de la salud, por quienes paga el gobierno Federal. Esta organización pagada por Medicare para verificar y ayudar a mejorar la calidad de cuidado de las personas con Medicare. QIPRO es una organización independiente. No está conectada a nuestro plan.

Debe de contactar a QIPRO si tiene alguna de las siguientes situaciones:

- Tiene una queja acerca de la calidad del cuidado que ha recibido.
- Usted entiende que la cubierta por su hospitalización está terminando demasiado rápido.
- Usted entiende que la cubierta por su cuidado de salud en el hogar, facilidad de enfermería diestra o Facilidad de Rehabilitación Comprensiva Ambulatoria (CORF por sus siglas en inglés) está terminando demasiado rápido.

<b>Organización Profesional de Investigación para el Mejoramiento de Calidad (QIPRO)</b>	
<b>LLAME</b>	787-641-1240 ext.6221 o 6222 durante horas laborables  787-340-2660 los fines de semana
<b>ESCRIBA A</b>	Organización de Mejoramiento de Calidad Ponce de León Avenue # 2 Suite 605 Mercantil Plaza San Juan, P.R.00918-1696

---

## **SECCION 5 Seguro Social**

---

La Administración del Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y manejar la afiliación de Medicare. Los ciudadanos estadounidenses que tienen 65 años o más, o tiene alguna incapacidad o Enfermedad Renal en Etapa Terminal y cumple con ciertas condiciones son elegibles para Medicare. Si ya está recibiendo cheques de Seguro Social, su afiliación a Medicare es automática. Si no está recibiendo cheques de Seguro Social, debe afiliarse a Medicare. El Seguro Social maneja el proceso de afiliación a Medicare. Para solicitar Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar su oficina local.

<b>Administración del Seguro Social</b>	
<b>LLAME</b>	1-800-772-1213  Llamadas a este número son libres de costo.  Disponible de 7:00 am a 7:00 pm, de lunes a viernes.  Puede utilizar los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y llevar a cabo algunas transacciones 24 horas al día.
<b>TTY</b>	1-800-325-0778  Este Número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas y al hablar  Llamadas a este número son libres de costo.  Disponible de 7:00 am a 7:00 pm, de lunes a viernes.
<b>INTERNET</b>	<a href="http://www.ssa.gov">http://www.ssa.gov</a>

---

## **SECCION 6      Medicaid** (un programa estatal y Federal que ayuda a ciertas personas de escasos recursos y bajos ingresos con sus costos médicos)

---

Medicaid es un programa del gobierno Federal y estatal que ayuda con los costos médicos de ciertas personas de bajo ingreso y escasos recursos. Algunas personas con Medicare también son elegibles a Medicaid.

Además, Medicaid ofrece unos programas que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, tales como su prima de Medicare. Estos programas ayudan a las personas de bajos ingresos y escasos recursos a ahorrar dinero cada año:

- **Beneficiario de Medicare Cualificado (QMB por sus siglas en inglés):** Ayuda a pagar la prima de Medicare Parte A y Parte B y otros costos compartidos (como deducibles, coaseguros y copagos).
- **Beneficiario Específico de Bajo Ingreso de Medicare (SLMB por sus siglas en inglés) e Individuo Cualificado (QI por sus siglas en inglés):** Ayuda a pagar la prima de la

Parte B.

- **Incapacitados Cualificados & Individuos Trabajadores (QDWI por sus siglas en inglés):** Ayuda a pagar la prima de la Parte A.

Para conocer más sobre Medicaid y sus programas, debe comunicarse con el Programa de Asistencia Médica.

<b>Programa de Asistencia Médica</b>	
<b>LLAME</b>	787-765-1230
<b>ESCRIBA A</b>	Departamento de Salud Programa de Asistencia Médica P.O. Box 70184 San Juan, P.R. 00936-8184

---

## **SECTION 7      Cómo contactar a la Junta de Retiro Ferroviario**

---

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

<b>Junta de Retiro Ferroviario</b>	
<b>LLAME</b>	1-877-772-5772
	Llamadas a este número son libres de costo.
	Disponible de 9:00 am a 3:30 pm, de lunes a viernes
	Si usted tiene un teléfono de tono, hay servicios de información automatizada y grabada disponible 24 horas al día, incluyendo fin de semanas y días festivos

<b>Junta de Retiro Ferroviario</b>	
<b>TTY</b>	1-312-751-4701  Este Número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas y al hablar  Llamadas a este número <i>no</i> son gratis.
<b>INTERNET</b>	<a href="http://www.rrb.gov">http://www.rrb.gov</a>

---

## **SECTION 8      ¿Tiene usted un “seguro grupal” o algún otro seguro de salud de su patrono?**

---

Si usted (o su cónyuge) recibe beneficios de su patrono, grupo de retiro (o de su cónyuge), llame al administrador de beneficios de su patrono/unión o a Servicios al Cliente si usted tiene alguna pregunta. Puede preguntar acerca de sus beneficios, prima o periodo de afiliación (o el de su cónyuge).

Si usted tiene otra cubierta de medicamentos recetados a través de su patrono, grupo de retiro (o el de su cónyuge) favor de contacta el **administrado de beneficio de ese grupo**. El administrado de beneficios le puede ayudar a determinar cómo su cubierta de medicamentos actual funcionara con nuestro plan.

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

<b>SECCION 1 Cosas que debe saber sobre cómo obtener su cubierta de cuidado médico como afiliado a nuestro plan .....</b>	<b>25</b>
Sección 1.1 ¿Qué son “proveedores de la red” y “servicios cubiertos”? .....	25
Sección 1.2 Reglas básicas para obtener cuidado médico cubierto por el plan.....	25
<b>SECCION 2 Utilice proveedores de la red del plan para obtener su cuidado médico .....</b>	<b>27</b>
Sección 2.1 Usted debe escoger un Médico Primario (PCP por sus siglas en inglés) para que provea y supervise su cuidado médico .....	27
Sección 2.2 ¿Qué tipo de cuidado médico puede obtener sin preautorización de su PCP?.....	28
Sección 2.3 Como obtener cuidado de especialista y otros proveedores de la red.....	29
Sección 2.4 Cómo obtener cuidado de proveedores fuera de la red.....	29
<b>SECCION 3 Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o una necesidad de cuidado urgente.....</b>	<b>30</b>
Sección 3.1 Obtener cuidado cuando tiene una emergencia médica.....	30
Sección 3.2 Obtener cuidado cuando tiene una necesidad urgente .....	31
<b>SECCION 4 ¿Qué sucede si se le factura directamente por el costo completo de su servicios cubiertos?.....</b>	<b>32</b>
Sección 4.1 Puede pedirle al plan que pague su parte del costo compartido por sus servicios cubiertos.....	32
Sección 4.2 Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan, usted debe pagar el costo completo .....	32
<b>SECCION 5 ¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando usted forma parte de un “estudio de investigación clínica”?.....</b>	<b>33</b>
Sección 5.1 ¿Qué es un “estudio de investigación clínica? .....	33

Sección 5.2	¿Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica, Quién paga por que? .....	34
<b>SECCION 6</b>	<b>Reglas para obtener cuidado cubierto en una “institución religiosa de cuidado de salud no médico” .....</b>	<b>35</b>
Sección 6.1	¿Qué es una institución religiosa de cuidado de salud no médico? .....	35
Sección 6.2	¿Qué cuidado de una institución religiosa de cuidado de salud no médico esta cubierto por nuestro plan?.....	35
<b>SECCION 7</b>	<b>Reglas para la posesión de equipo médico duradero .....</b>	<b>36</b>
Sección 7.1	¿Será usted el dueño de su equipo medico duradero luego de haber hecho cierta cantidad de pagos bajo nuestro plan? .....	36

---

## **SECCION 1      Cosas que debe saber sobre cómo obtener su cubierta de cuidado médico como afiliado a nuestro plan**

---

Este capítulo le habla sobre las cosas que debe saber en cuanto a utilizar el plan para obtener su cubierta de cuidado médico. Le ofrece definiciones a de términos y explica las reglas que debe seguir para obtener tratamiento médico, servicios, y otro cuidado médico cubierto por nuestro plan.

Para los detalles sobre que cuidado médico está cubierto por el plan y cuanto usted paga como costo compartido cuando recibe este cuidado, utilice los beneficios que aparecen en la tabla del siguiente capítulo, Capítulo 4 (*Tabla de Beneficios Médicos, lo que está cubierto y lo que usted paga*).

<b>Sección 1.1      ¿Qué son “proveedores de la red” y “servicios cubiertos”?</b>
---

Aquí hay algunas definiciones que lo pueden ayudar a entender cómo se obtiene cuidado y servicio con cubierta como afiliado a nuestro plan:

- **“Proveedores”** son médicos y otros profesionales del cuidado de la salud licenciados por el Estado para proveer cuidados y servicios médicos. El término “proveedores” también puede incluir hospitales y otras facilidades para el cuidado de la salud.
- **“Proveedores de la red”** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales, y otras facilidades para el cuidado de la salud que han llegado a un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y la cantidad de su costo compartido como pago. Hemos coordinado con estos proveedores para que le ofrezcan servicios con cubierta a los afiliados de nuestro plan.
- **“Servicios cubiertos”** incluye todo el cuidado médico, servicios de cuidado de salud, suministros y equipo que está cubierto por nuestro plan. Sus servicios cubiertos para cuidado médico están enumerados en la Tabla de Beneficios del Capítulo 4.

<b>Sección 1.2      Reglas básicas para obtener cuidado médico cubierto por el plan</b>
---

Como plan de salud de Medicare, *AHM\_Básico (HMO)* debe cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Original y debe seguir las reglas de cubierta de Medicare Original.

Por lo general *AHM\_Básico (HMO)* cubrirá su cuidado médico siempre y cuando:

- **El cuidado que reciba este incluido en la tabla de beneficios del plan** (esta tabla esta en el Capítulo 4 de este manual).

- **El cuidado que reciba se ha considerado medicamento necesario.** “Medicamento necesario” significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o tratamiento de su condición médica y cumplen con los estándares aceptados por la práctica médica.
- **Usted tiene un proveedor de cuidado primario (PCP) que es parte de la red, provee y supervisa su cuidado.** Como afiliado a nuestro plan, usted debe escoger un PCP (para mayor información sobre este tema, vea la Sección 2.1 en este capítulo).
  - En la mayoría de las situaciones, su PCP deberá proveerle una preautorización antes de que pueda utilizar otro proveedor en la red de proveedores del plan, tales como especialistas, hospitales, facilidades de enfermería diestra o agencias para el cuidado de salud en el hogar. A esto se le llama “darle un referido”. Para más información, vea la Sección 2.3 de este capítulo.
  - No se requiere un referido de su PCP para cuidado de emergencia o cuidado urgente necesario. Además, hay otros tipos de cuidados que usted puede obtener sin necesidad de una preautorización de su PCP (para mas información vea la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Debe recibir su cuidado con un proveedor de la red del plan** (para más información acerca de este tema, vea la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, el cuidado que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no es parte de la red de proveedores de nuestro plan) no estará cubierto. *A continuación, tres excepciones:*
  - El plan cubre cuidado de emergencia o cuidado urgente necesario que usted obtiene con un proveedor fuera de la red. Para más información sobre esto y para ver lo que significa emergencia y cuidado urgente necesario, vea la Sección 3 de este capítulo.
  - Si usted necesita cuidado médico que Medicare requiere que nuestro plan cubra y los proveedores de nuestra red no pueden proveer este cuidado, usted puede obtenerlo de un proveedor fuera de la red. En esta situación, usted pagará lo mismo que pagaría si obtuviese su cuidado con el proveedor de la red. Para más información de cómo obtener una preautorización para un proveedor fuera de la red, vea la Sección 2.4 en este capítulo.
  - Servicios de diálisis del riñón que usted obtiene en una facilidad de diálisis certificada por Medicare cuando esta temporeraamente fuera del área de servicio del plan.

---

## **SECCION 2      Utilice proveedores de la red del plan para obtener su cuidado médico**

---

<b>Sección 2.1      Usted debe escoger un Médico Primario (PCP por sus siglas en inglés) para que provea y supervise su cuidado médico</b>
--

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

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

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

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

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

### **¿Cómo usted escoge un PCP?**

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

## ¿Cómo usted obtiene cuidados de su PCP?

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

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

## Cambiar de PCP

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

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

<b>Sección 2.2</b>	<b>¿Qué tipo de cuidado médico puede obtener sin preautorización de su PCP?</b>
--------------------	---

Puede obtener los servicios enumerados a continuación sin necesidad de una preautorización de su PCP

- Cuidado rutinario para la salud de la mujer, el cual incluye examen de los senos, mamografías (rayos X de los senos), prueba de Papanicolaou y exámenes pélvicos; Siempre y cuando lo obtenga de un proveedor de la red.
- Vacunas contra la influenza y vacunas contra la pulmonía; Siempre y cuando lo obtenga de un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia de proveedores de la red y proveedores fuera de la red.
- Cuidado urgente necesario de proveedores de la red y proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no están accesibles, por ejemplo, cuando usted se encuentra temporariamente fuera del área de servicio del plan

- Servicio de diálisis del riñón que usted obtiene en una facilidad de diálisis certificada por Medicare cuando esta temporariamente fuera del área de servicio del plan. (De ser posible, favor de comunicarse con Servicios al Cliente antes de abandonar el área de servicio y así poder coordinar su diálisis mientras este fuera.)

<b>Sección 2.3</b>	<b>Como obtener cuidado de especialista y otros proveedores de la red</b>
--------------------	---

Un especialista es un médico que provee servicios de cuidado de salud para una enfermedad en específica o para una parte del cuerpo. Hay muchos tipos de especialistas, a continuación algunos ejemplos:

- Oncólogos, cuidan de los pacientes con cáncer.
- Cardiólogos, cuidan de los pacientes con condiciones en el corazón.
- Ortopedias, cuidan de los pacientes con ciertas condiciones en los huesos, coyunturas o músculos.

### **¿Qué sucede si un especialista o proveedor de nuestra red abandona nuestro plan?**

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

<b>Sección 2.4</b>	<b>Cómo obtener cuidado de proveedores fuera de la red</b>
--------------------	--

Puede obtener cuidado de proveedores fuera de la red cuando proveedores de servicios especializados no están disponibles dentro de nuestra red. Necesita autorización previa. Usted o su médico pueden obtener la autorización previa. Comuníquese con Servicios al Cliente para más información de cómo solicitar autorización previa para servicios fuera de la red.

---

## **SECCION 3      Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o una necesidad de cuidado urgente**

---

<b>Sección 3.1      Obtener cuidado cuando tiene una emergencia médica</b>
--

### **¿Qué es una “emergencia médica” y que debe hacer?**

Una “**emergencia médica**” es cuando usted, o alguna otra persona con algún conocimiento promedio de salud o medicina entiende que usted tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir la pérdida de vida, la pérdida de una extremidad o la pérdida de funcionamiento en una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, dolor severo, una lesión o una condición médica que se empeora rápidamente.

Si usted tiene una emergencia médica:

- **Busque ayuda lo antes posible.** Llame al 911 para ayuda o para ir a la sala de emergencia, hospital o centro de cuidado urgente más cercano a usted. Llame a una ambulancia si la necesita. *No* necesita obtener aprobación o un referido de su PCP.
- **Asegúrese lo antes posible de informarle al plan sobre su emergencia.** Necesitamos darle seguimiento a su cuidado de emergencia. Usted u otra persona debe comunicarse con nosotros para informarnos de su emergencia durante las primeras 48 horas. Nuestros números de contacto aparecen en su tarjeta de membresía al plan.

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

Usted puede obtener cubierta para cuidado en una emergencia médica cuando lo necesite, en cualquier parte de los Estados Unidos o sus territorios. Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones en que llegar a una sala de emergencia de alguna otra forma puede poner en peligro su salud. Para más información, refiérase a la Tabla de Beneficios Médicos en el Capítulo 4 de este manual.

Si usted tiene una emergencia, hablaremos con los médicos que le proveen su cuidado de emergencia para ayudarle a manejar el seguimiento a su cuidado. Los médicos que le proveen su cuidado de emergencia decidirán cuando su condición este estable y cuando haya terminado su emergencia médica.

Cuando haya terminado su emergencia, usted tendrá derecho a recibir cuidado de seguimiento para asegurarse de que su condición continúe estable. Su cuidado de seguimiento estará cubierto por nuestro plan. Si su cuidado de emergencia es provisto por un proveedor fuera de la red, trataremos de coordinar para que un proveedor que sea parte de la red tome control de su cuidado tan pronto como su condición médica y las circunstancias lo permitan.

### **¿Qué sucede si no era una emergencia médica?**

A veces puede ser difícil detectar si tiene una emergencia médica. Por ejemplo, usted puede ir a recibir cuidado de emergencia –pensando que su salud está en serio peligro – y el médico puede decirle que en realidad no era una emergencia médica. Si resulta no ser una emergencia, siempre y cuando usted entendía razonablemente que su salud estaba en peligro, nosotros cubriremos su cuidado.

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

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

<b>Sección 3.2      Obtener cuidado cuando tiene una necesidad urgente</b>
--

### **¿Qué es “necesidad de cuidado urgente”?**

“Necesidad de cuidado urgente” es una no-emergencia, enfermedad médica imprevista, lesión o condición que requiera cuidado médico inmediato, pero la red de proveedores del plan no está disponible temporalmente o inaccesible. La condición imprevista puede, por ejemplo, ser una manifestación imprevista de una condición pre-existente (por ejemplo, una condición en la piel).

### **¿Qué sucede si usted está en el área de servicio del plan cuando necesita cuidado urgente?**

En la mayoría de las situaciones, si usted se encuentra en el área de servicio del plan, cubriremos su necesidad de cuidado urgente *solamente* si obtiene ese cuidado de un proveedor de la red y sigue las reglas descritas anteriormente en este capítulo. Sin embargo, bajo circunstancias inusuales y extraordinarias, donde los proveedores de la red no estén disponibles, cubriremos su necesidad de cuidado urgente con un proveedor fuera de la red.

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

Cuando se encuentra fuera del área de servicio y no puede recibir atención médica de un proveedor de la red, nuestro plan cubrirá la atención médica urgente que reciba de cualquier proveedor.

Nuestro plan cubre cuidado de urgencia o cuidado de emergencia fuera de los Estados Unidos. Refiérase a la tabla de beneficios en el Capítulo 4 para más información.

---

## **SECCION 4      ¿Qué sucede si se le factura directamente por el costo completo de su servicios cubiertos?**

---

<b>Sección 4.1</b>	<b>Puede pedirle al plan que pague su parte del costo compartido por sus servicios cubiertos</b>
--------------------	--

Si usted a pagado mas de su parte por servicios cubiertos, o si usted a recibido una factura por el costo completo de sus servicios médicos, vaya al *Capitulo 5 (Pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted a recibido por servicios médicos cubiertos)* para información de lo que debe hacer.

<b>Sección 4.2</b>	<b>Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan, usted debe pagar el costo completo</b>
--------------------	---

*AHM\_Básico (HMO)* cubre todos los servicios médicos que son medicamento necesarios, que están enumerados en la *Tabla de Beneficios Médicos del plan* (esta tabla aparece en el *Capitulo 4* de este manual), y se obtienen consistentemente siguiendo las reglas del plan. Usted es responsable de pagar el costo completo de los servicios que no están cubiertos por el plan, sea porque no son servicios cubiertos del plan o porque fueron obtenidos fuera de la red y sin autorización.

Si usted tiene alguna pregunta en cuanto a si pagaremos por algún cuidado o servicio médico que usted esté considerando, usted tiene el derecho a preguntarnos si lo cubriremos antes de que usted lo reciba. Si nosotros decimos que no cubriremos su servicio, usted tiene el derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su cuidado.

El *Capitulo 7 (Que hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cubierta, apelaciones, quejas))* tiene información adicional sobre lo que debe hacer si desea obtener una decisión de cubierta u apelar una decisión que ya hayamos tomado. Además, puede comunicarse con *Servicios al Cliente* a los números que aparecen en la parte posterior de este manual para más información de este proceso.

Para servicios con cubierta que tienen límite de beneficio, usted paga el costo total de algún servicio que reciba luego de que haya utilizado el beneficio completo para ese tipo de servicio cubierto. Puede comunicarse con *Servicios al Cliente* para saber qué cantidad de su límite de beneficio ya ha utilizado.

---

## **SECCION 5      ¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando usted forma parte de un “estudio de investigación clínica”?**

---

<b>Sección 5.1      ¿Qué es un “estudio de investigación clínica”?</b>
--

Un estudio de investigación clínica es una forma para que médicos y científicos puedan probar nuevos tipos de cuidados médicos, como el funcionamiento de un medicamento para el cáncer. Ellos prueban nuevos procedimientos de cuidado médico o medicamentos mediante la solicitud de voluntarios para ayudar con este estudio. Este tipo de estudio es una de las etapas finales de un proceso de investigación que ayuda a los médicos y científicos a probar como funcionan nuevos métodos y si son seguros.

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

Una vez Medicare apruebe el estudio, alguien que trabaja en el estudio se comunicará con usted para explicarle mas acerca del mismo y ver si usted cumple con los requisitos puestos por los científicos que corren el estudio. Usted puede participar siempre y cuando cumpla con los requisitos para el estudio y usted tenga complete conocimiento y haya aceptado lo que implica su participación en este estudio.

Si usted participa en un estudio aprobado por Medicare, Medicare Original pagará por la mayoría de los costos por servicios cubiertos que usted reciba como parte del estudio. Cuando usted es parte de un estudio de investigación clínica, puede permanecer afiliado a nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su cuidado (cuidado que no esté relacionado al estudio) a través de nuestro plan.

Si desea participar de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* necesita obtener aprobación nuestra o de su PCP. Los proveedores que ofrezcan su cuidado como parte del estudio clínico *no* necesitan ser parte de nuestra red de proveedores.

Aunque usted no necesita obtener el permiso del plan para ser parte de un estudio de investigación clínica, **necesita informarnos de su participación antes de que comience en el estudio de investigación clínica.** He aquí las razones de por qué nos debe informar:

1. Le podemos dejar saber si el estudio de investigación clínica está aprobado por Medicare.
2. Le diremos que servicios obtendrá de los proveedores del estudio en vez de nuestro plan.

Si usted planifica participar en un estudio de investigación clínica, favor de comunicarse con Servicios al Cliente (vea el Capítulo 2, Sección 1 de esta *Evidencia de Cubierta*).

<b>Sección 5.2</b>	<b>¿Cuándo usted participa en un estudio de investigación clínica, Quién paga por qué?</b>
--------------------	--

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

- Hospitalización que Medicare pagaría aun si no estuviese en el estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico que sea parte del estudio de investigación.
- Tratamiento por efectos secundarios o complicaciones del cuidado nuevo.

Medicare Original paga la mayoría de los costos por servicios cubiertos como parte del estudio. Una vez Medicare haya pagado su parte por el costo de estos servicios, nuestro plan también pagara por estos costos. Nosotros pagaremos la diferencia entre el costo compartido de Medicare Original y su costo compartido como afiliado de nuestro plan. Esto significa que usted pagará la misma cantidad por servicios que recibe como parte del estudio así como si recibe estos servicios por parte de nuestro plan.

*Aquí hay un ejemplo de cómo funciona el costo compartido:* Digamos que usted tiene un examen de laboratorio que cuesta \$100 como parte del estudio de investigación. Además, digamos que su costo compartido por este examen es de \$20 bajo Medicare Original, pero solo pagaría \$10 bajo los beneficios de nuestro plan. En este caso, Medicare Original pararía \$80 por el examen y nosotros pagaríamos \$10. Esto significa que usted pagaría \$10, lo cual es lo mismo que pagaría bajo los beneficios de nuestro plan.

Para que nosotros podamos pagar nuestra parte del costo, necesitará someter una solicitud de pago. Con su solicitud, necesitará enviarnos una copia de su Resumen de Notificaciones de Medicare u otra documentación que nos muestre qué servicios ha recibido como parte del estudio y cuanto debe. Favor de ver el Capítulo 5 para más información de cómo someter una solicitud de pago.

Cuando usted es parte de un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagará por alguno de los siguientes:**

- Generalmente, Medicare *no* pagará por un artículo nuevo o servicio que el estudio este probando a menos que Medicare cubra ese artículo o servicio aun si *no* fuese parte del estudio.
- Los artículos y servicios que el estudio le provee a usted o a algún participante que sea libre de costo.
- Artículos o servicios que se proveen solo para recolectar data y no se utilizan para su cuidado de salud directo. Por ejemplo, Medicare no pagará por “CT Scan” mensuales hechos como parte del estudio si su condición requiere usualmente solo un “CT Scan”.

## ¿Desea saber más?

Puede obtener mas información acerca de unirse a un estudio de investigación clínica leyendo la publicación de “Medicare y Estudios de Investigación Clínica” en la página de internet de Medicare (<http://www.medicare.gov>). Además, puede comunicarse al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

---

## **SECCION 6 Reglas para obtener cuidado cubierto en una “institución religiosa de cuidado de salud no médico”**

---

<b>Sección 6.1</b>	<b>¿Qué es una institución religiosa de cuidado de salud no médico?</b>
--------------------	---

Una institución religiosa de cuidado de salud no médico es una facilidad que provee cuidado por una condición que normalmente sería tratada en un hospital o en una facilidad de cuidado diestro de enfermería. Si obtener cuidado en un hospital o en una facilidad de cuidado diestro de enfermería va en contra de las creencias religiosas del afiliado, le proveeremos cubierta en una institución religiosa de cuidado de salud no médico. Usted puede escoger buscar cuidado médico en cualquier momento y por cualquier razón. Este beneficio se provee solo para servicios de hospitalización de la Parte A (servicios no médicos de cuidado de salud). Medicare solo pagará por servicios no médicos de cuidado de salud cuando se proveen en una institución religiosa de cuidado de salud no médico.

<b>Sección 6.2</b>	<b>¿Qué cuidado de una institución religiosa de cuidado de salud no médico está cubierto por nuestro plan?</b>
--------------------	--

Para obtener cuidado de una institución religiosa de cuidado de salud no médico, usted deberá firmar un documento legal que explica que usted esta conscientemente opuesto a recibir tratamiento médico que es “Sin-excepción”

- Cuidado médico o tratamiento “Sin-excepción” es cualquier cuidado médico o tratamiento que es *voluntario* y *no requerido* por alguna ley federal, estatal o local.
- Cuidado médico o tratamiento “Con-excepción” es cualquier cuidado médico o tratamiento que *no* es voluntario y *es requerido* bajo alguna ley federal, estatal o local.

Para tener cubierta de nuestro plan, el cuidado que usted recibe de una institución religiosa de cuidado salud no médico debe cumplir con las siguientes condiciones:

- La facilidad que provee el cuidado deberá estar certificada por Medicare.
- La cubierta de nuestro plan por servicios que usted recibe está limitada a aspectos *no religiosos* del cuidado.

- Si usted obtiene servicios de esta institución que se proveen en su hogar, nuestro plan solo cubrirá estos servicios si su condición normalmente cumple con las condiciones para que la cubierta de estos servicios sean provistos por una agencia de cuidado de salud en el hogar que no es una institución religiosa de cuidado de salud no médico.
- Si usted recibe servicios de esta institución que se le proveen en una facilidad las siguientes condiciones aplican:
  - Usted deberá tener una condición médica que lo permita recibir servicios cubiertos de hospitalización o en una facilidad de cuidado diestro de enfermería.
  - – y – debe obtener aprobación previa de nuestro plan antes de que sea admitido a la facilidad o su estadía no estará cubierta.

El límite de cubierta para hospitalización de Medicare aplica. Para mas información, refiérase a los límites de la cubierta de Hospitalización de Medicare en la tabla de beneficios en el Capítulo 4.

---

## **SECCION 7 Reglas para la posesión de equipo médico duradero**

---

<b>Sección 7.1</b>	<b>¿Será usted el dueño de su equipo médico duradero luego de haber hecho cierta cantidad de pagos bajo nuestro plan?</b>
--------------------	---

Equipo médico duradero incluye artículos tales como equipo de oxígeno y suministros, sillas de ruedas, andadores y camas de hospital ordenadas por un proveedor para su uso en el hogar. Ciertos artículos, tales como prótesis, siempre le pertenecen al afiliado. En esta sección discutiremos otros tipos de equipo médico durable que debe ser alquilado.

En Medicare Original, las personas que alquilan ciertos tipos de equipo médico durable serán dueños del equipo, luego de haber pagado los copagos por el artículo por 13 meses. Como afiliado a *AHM\_Básico (HMO)*, sin embargo usted no se será dueño del equipo médico durable sin importar cuantos copagos usted haga por el artículo mientras este afiliado a nuestro plan.

### **¿Qué pasará con los pagos que ha hecho por equipo médico durable si usted se cambia a Medicare Original?**

Si usted se cambia a Medicare Original luego de haber estado afiliado a nuestro plan: si usted no se hace dueño del equipo médico durable mientras estuvo en nuestro plan, tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos por el artículo mientras pertenezca a Medicare Original para poder hacerse dueño de este artículo. Sus pagos previos mientras estuvo en nuestro plan no cuentan hacia sus nuevos 13 pagos consecutivos.

Si usted hizo pagos por un artículo de equipo médico durable bajo Medicare Original *antes* de afiliarse a nuestro plan, estos pagos a Medicare Original tampoco cuentan hacia sus nuevos 13 pagos consecutivos. Tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos por el artículo bajo

Medicare Original para poder hacerse dueño del mismo. No hay excepciones en este caso cuando este regresa a Medicare Original.

## **Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos** **(que está cubierto y que usted paga)**

<b>SECCION 1 Entender los gastos de su bolsillo por servicios cubiertos .....</b>	<b>39</b>
Sección 1.1 Tipos de gastos de su bolsillo en los cuales usted puede incurrir por sus servicios cubiertos.....	39
Sección 1.2 ¿Qué es lo más que pagará por servicios médicos cubiertos de Medicare Parte A y Parte B?.....	39
Sección 1.3 Nuestro plan no permite que los proveedores le carguen una factura de “balance pendiente” .....	40
<b>SECCION 2 Utilice la <i>Tabla de Beneficios Médicos</i> para ver que esta cubierto y cuanto pagará .....</b>	<b>41</b>
Sección 2.1 Sus beneficios médicos y costos como afiliado al plan .....	41
<b>SECCION 3 ¿Qué beneficios no están cubiertos por el plan? .....</b>	<b>66</b>
Sección 3.1 Beneficios que no están cubiertos (excluidos).....	66

---

## **SECCION 1 Entender los gastos de su bolsillo por servicios cubiertos**

---

Este capítulo se enfoca en lo que son sus servicios cubiertos y lo que usted paga por beneficios médicos. Incluye una tabla de beneficios médicos que enumera sus servicios cubiertos y le deja saber cuánto pagará por cada servicio como afiliado a *AHM\_Básico (HMO)*. Mas adelante en este capítulo encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. Además le explica sobre limitaciones en ciertos servicios.

<b>Sección 1.1 Tipos de gastos de su bolsillo en los cuales usted puede incurrir por sus servicios cubiertos</b>
--

Para entender la información de pago que le proveemos en este capítulo, necesita entender cuáles son los diferentes tipos de gastos de su bolsillo que usted pueda pagar por servicios cubiertos.

- Un **“copago”** es una cantidad fija que usted paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. Usted paga su copago al momento en que obtiene el servicio médico. (La Tabla de Servicios Médicos en la Sección 2 le habla más sobre sus copagos.)
- **“Coaseguro”** es el porcentaje que usted paga del total del costo de ciertos servicios médicos. Usted paga coaseguro al momento de obtener su servicio médico. (La Tabla de Servicios Médicos en la Sección 2 le habla más sobre sus coaseguros.)

Algunas personas cualifican para programas estatales de Medicaid que le ayudan a pagar los gastos de su bolsillo de Medicare. (Estos “Programas de Ahorro de Medicare” incluyen los programas de Beneficiario Cualificado de Medicare (QMB por sus siglas en inglés), Beneficiario Especifico de Bajo Ingreso de Medicare (SLMB por sus siglas en inglés), Individuo Cualificado (QI, por sus siglas en inglés) e Incapacitados Cualificados & Individuos Trabajadores (QDWI, por sus siglas en inglés)). Si usted está suscrito a uno de estos programas, puede que aún tenga que pagar un copago por servicio, dependiendo de las reglas en su estado.

<b>Sección 1.2 ¿Qué es lo más que pagará por servicios médicos cubiertos de Medicare Parte A y Parte B?</b>
---

Ya que usted esta afiliado a un plan Medicare Advantage, hay ciertos límites a cuanto usted tendrá que pagar de su bolsillo cada año por servicios médicos dentro de la red que están cubiertos bajo nuestro plan. (Vea la Tabla de Beneficios Médicos a continuación en la Sección 2). A este límite se le llama la máxima cantidad de su bolsillo por servicios médicos.

Como afiliado a *AHM\_Básico (HMO)*, lo mas que usted tendrá que pagar de su bolsillo por servicios cubiertos dentro de la red de la Parte A y la Parte B en el 2012 será \$2,500. La cantidad que usted pague por deducibles, copagos y coaseguros por servicios cubiertos dentro de la red contará hacia la cantidad máxima de su bolsillo. Si usted alcanza la cantidad máxima de su bolsillo de \$2,500, no tendrá que pagar gastos de su bolsillo por el resto del año por servicios

cubiertos dentro de la red. Sin embargo, deberá continuar pagando la prima de su Parte B de Medicare (a menos que su prima de la Parte B sea pagada por Medicaid o terceras partes.

<b>Sección 1.3</b>	<b>Nuestro plan no permite que los proveedores le carguen una factura de “balance pendiente”</b>
--------------------	--

Como afiliado a *AHM\_Básico (HMO)*, una importante protección para usted es que luego de que haya cumplido con cualquier deducible, solo tendrá que pagar la cantidad de costo compartido cuando obtiene servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores añadan cargos adicionales tales como facturas de “balance pendiente”. Esta protección (de que usted nunca paga más que la cantidad del costo compartido del plan) aplica aun cuando le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor factura por un servicio y aun si hay una disputa y no pagamos por ciertos cargos del proveedor.

A continuación la forma en que funciona esta protección.

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad fija de dólares, por ejemplo \$15.00) entonces solo pagará esa cantidad por cualquier servicio de un proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coaseguro (un porcentaje del costo total) entonces nunca pagará más de ese porcentaje. Sin embargo, su costo dependerá en el tipo de proveedor que usted visite:
  - Si usted obtiene servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted pagará el porcentaje de coaseguro multiplicado por tasa de reembolso del plan (según determinado en el contrato entre el proveedor y el plan).
  - Si usted obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa con Medicare, usted paga el porcentaje de coaseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para proveedores participantes. (Recuerde que el plan solo cubre servicios de proveedores fuera de la red en ciertas situaciones tales como cuando obtiene un referido.)
  - Si usted obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no es participante de Medicare, entonces usted paga la cantidad de coaseguro multiplicada por la tasa de pago de Medicare para proveedores no participantes. (Recuerde que el plan solo cubre servicios de proveedores fuera de la red en ciertas situaciones tales como cuando obtiene un referido.)

---

## **SECCION 2      Utilice la *Tabla de Beneficios Médicos* para ver que está cubierta y cuanto pagará**

---

<b>Sección 2.1      Sus beneficios médicos y costos como afiliado al plan</b>
---

La Tabla de Beneficios Médicos en las próximas páginas enumera los servicios que *AHM\_Básico (HMO)* cubre y lo que usted paga de su bolsillo por cada servicio. Los servicios que aparecen en la Tablas de Beneficios Médicos tendrán cubierta siempre y cuando se cumpla con los siguientes requisitos de cubierta:

- Sus servicios cubiertos de Medicare se deben proveer de acuerdo a las guías de cubierta establecidas por Medicare.
- Sus servicios (incluyendo cuidado médico, servicios, suministros y equipo) *deben* ser medicamente necesarios. “Medicamente necesario” significa que los servicios, suministros o medicamentos sean necesarios para la prevención, el diagnóstico, o el tratamiento de su condición médica y cumplan con los estándares aceptados en la práctica médica.
- Usted recibe cuidado de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, el cuidado que usted reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierto. El Capítulo 3 provee más información acerca de los requisitos para usar proveedores de la red y las situaciones en que cubriremos servicios de proveedores fuera de la red.
- Usted tiene un médico primario (PCP, por sus siglas en inglés) que provee y supervisa su cuidado.
- Algunos de los servicios que aparecen en la Tabla de Beneficios Médicos tendrán cubierta solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene aprobación por adelantado de parte de nosotros (algunas veces llamada “preautorización”). Los servicios cubiertos que necesitan aprobación por adelantado están marcado en la Tabla de Beneficios Médicos en *itálico*.
- Todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo bajo Medicare Original, estarán cubiertos por nosotros sin costo para usted.

## Tabla de Beneficios Médicos

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<b>Cuidado de Hospitalización</b>	
<b>Cuidado de Hospitalización</b>	
<p>Afiliados están cubiertos por días ilimitados por cada periodo de beneficio. Servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Habitación Semi-privada (o habitación privada si es medicamento necesario)</li> <li>• Comidas incluyendo dietas especiales</li> <li>• Servicios regulares de enfermería</li> <li>• Costos de unidades de cuidado especial (tales como cuidado intensivo o unidades de cuidado coronario)</li> <li>• Medicamentos</li> <li>• Exámenes de laboratorio</li> <li>• Rayos X y otros servicios radiológicos</li> <li>• Suministros quirúrgicos necesarios y médicos</li> <li>• Uso de aparatos, tales como sillas de ruedas</li> <li>• Costos de sala de operaciones y de recuperación</li> <li>• Terapia física, ocupacional y del habla</li> <li>• Servicios de hospitalización por abuso de sustancias</li> <li>• Bajo ciertas condiciones, los siguientes tipos de trasplantes estarán cubiertos: cornea, riñón, riñón-pancreático, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, medula ósea, células madre e intestinal/multivisceral. Si usted necesita un trasplante, coordinaremos para que su caso sea revisado por un centro de trasplante aprobado por Medicare que decidirá si usted es un candidato a trasplante. Si <i>AHM_Básico (HMO)</i> provee servicios de trasplantes en una localidad distante (más lejos que la vecindad normal de cuidado) y usted escoge obtener el trasplante en esta localidad distante, coordinaremos o pagaremos por la estadía apropiada y los costos de transportación para usted y un acompañante de acuerdo a nuestras políticas y límites.</li> </ul>	<p>\$0 copago por servicios recibidos en un hospital que sea parte de la red.</p> <p>Si usted obtiene cuidado en un hospital que no forme parte de la red, después que su condición se estabilice, sus gastos serán mas altos de lo que serian en un hospital del plan</p>

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"><li>• Sangre – incluyendo almacenaje y administración. Cubierta de sangre entera y glóbulos rojos empacados comienza con la cuarta pinta de sangre que necesite – usted paga por las primeras 3 pintas de sangre no reemplazadas. La cubierta para cualquier otro componente de sangre comienza con la primera pinta de sangre que necesite.</li><li>• Servicios de Médico</li></ul> <p><b>Nota:</b> Para ser hospitalizado, su proveedor deberá de escribir una orden que lo admita al hospital. Aun si se queda en el hospital durante la noche, usted puede ser considerado como un paciente “ambulatorio”. Si usted no está seguro de estar hospitalizado, debe preguntarle al personal del hospital.</p> <p>También puede buscar mas información en una página de información de Medicare llamada “¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio”? Si usted tiene Medicare pregunte. Esta página de información está disponible en la página de internet en <a href="http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/11435.pdf">http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/11435.pdf</a> o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números libre de costo 24 horas al día, 7 días a la semana.</p>	

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p><b>Cuidado de salud mental para el paciente hospitalizado</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios cubiertos incluye servicios de cuidado de salud mental que requieran hospitalización. Los beneficiarios de Medicare sólo pueden recibir 190 días de hospital siquiátrica en toda su vida. El límite de 190 días no aplica a servicios de cuidado de salud mental en la unidad siquiátrica de un hospital general.</li> </ul>	<p>\$0 copago por servicios recibidos en un hospital que sea parte de la red.</p>
<p><b>Cuidado en Facilidad de Enfermería Diestra (SNF por sus siglas en inglés)</b></p> <p>(Para la definición de Facilidad de Enfermería Diestra, vaya al Capítulo 10 de este manual. A las Facilidades de Enfermería Diestra también se les conoce como “SNF”)</p> <p>Está cubierto por 100 días en cada período de beneficio pero tiene que haber estado hospitalizado al menos 3 día antes de ingresar en la (SNF, por sus siglas en inglés). Servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Habitación semi-privada (o privada si es medicamento necesario)</li> <li>• Comidas, incluyendo dietas especiales</li> <li>• Servicios regulares de enfermería</li> <li>• Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla</li> <li>• Medicamentos que son administrados como parte de su plan de cuidado (Esto incluye sustancias que están naturalmente presente en el cuerpo, como factores de coagulación en la sangre).</li> <li>• Sangre – incluyendo almacenaje y administración. Cubierta de sangre entera y glóbulos rojos empacados comienza con la cuarta pinta de sangre que necesite – usted paga por las primeras 3 pintas de sangre no reemplazadas. La cubierta para cualquier otro componente de sangre comienza con la primera pinta de sangre que necesite.</li> <li>• Suministros médicos y quirúrgicos provistos por la SNF</li> <li>• Pruebas de laboratorio generalmente provistos por la SNF</li> <li>• Rayos X y otros servicios de radiología provistos por la SNF</li> <li>• Uso de equipos, tales como sillas de ruedas, generalmente</li> </ul>	<p>\$0 copago por servicios recibidos por una SNF que sea parte de la red.</p>

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>provistas por la SNF</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Servicio de médicos</li></ul> <p>Por lo general, obtendrá su cuidado de SNF en una facilidad del plan. Sin embargo, bajo ciertas condiciones descritas a continuación, es posible que pueda pagar un costo compartido dentro de la red por una facilidad que no es proveedor del plan si dicha facilidad acepta la cantidad del plan como pago.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Un hogar de cuidado o una comunidad de cuidado continuo en la que residía antes de que fuese hospitalizado (siempre y cuando se provea cuidado diestro de enfermería).</li><li>• Una SNF donde resida su cónyuge al momento en que usted salga del hospital.</li></ul>	
<p><b>Servicios a paciente hospitalizado cuando los días de hospital no están cubiertos</b></p> <p>Si ha alcanzado sus limitaciones de cubierta o si su hospitalización no es razonable y necesaria, el plan ya no cubrirá su estadía en el hospital. Sin embargo, en ciertos casos, cubriremos cierto tipo de servicios que usted recibe mientras está hospitalizado o está en un SNF. Servicios cubiertos incluyen, pero lo se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Servicios de médico</li><li>• Pruebas (como pruebas de laboratorio)</li><li>• Rayos-X, radio y terapia de isótopos incluyendo materiales y servicios del técnico</li><li>• Vendajes quirúrgicos</li><li>• Entablillado, yesos entre otros aparatos usados para reducción de fractura o dislocación</li><li>• Prótesis u Ortóticos (que no sea dental) que reemplace todo o parte de un órgano interno (incluyendo tejido contiguo) o todas o parte de las funciones de un órgano interno que funciona mal o está permanentemente inoperante, incluyendo reemplazo o reparación de tal</li></ul>	<p>\$0 copago por servicios recibidos en un hospital o facilidad de enfermería diestra que sea parte de la red</p>

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>pieza</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Abrazaderas para pierna, brazo, espalda y cuello; piernas, brazos y ojos artificiales incluyendo ajustes, reparación y sustituciones requeridos debido a rotura, desgaste, pérdida o cambio en la condición física del paciente</li> <li>• Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla</li> </ul>	
<p><b>Cuidado de Salud en el Hogar</b>                      Servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicio a tiempo parcial o intermitente de enfermería diestra y salud en el hogar (A ser cubierto bajo el beneficio de cuidado de salda en el hogar, su enfermería diestra y servicios de cuidado de salud en el hogar combinados deben ser menos de 8 horas por día y 35 o menos horas a la semana)</li> <li>• Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla</li> <li>• Servicios sociales médicos</li> <li>• Equipo y materiales médicos</li> </ul>	<p>\$0 copago por servicios de cuidado de salud en el hogar cubiertos por Medicare.</p>
<p><b>Cuidado en Hospicio</b>                      Usted puede recibir cuidado por cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. Su médico de hospicio puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red.</p> <p>El Plan Original de Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará al proveedor de hospicio por sus servicios y cualquier servicio de la Parte A y B que esté relacionado a su condición terminal. Su proveedor facturará a Medicare Original por estos servicios mientras su elección de hospicio este vigente.</p> <p>Servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos para control de síntomas y alivio de dolor</li> <li>• cuidado de alivio a corto plazo</li> <li>• Cuidado en el hogar</li> </ul>	<p>Cuando usted ingresa a un programa de hospicio certificado por Medicare, sus servicios de hospicio y sus servicios de la Parte a y Parte B de Medicare son pagados por Medicare, no <i>AHM_Básico (HMO)</i>.</p> <p>\$0 copago por el cuidado de hospicio cubierta por Medicare.</p>

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Continúa siendo un afiliado de nuestro plan. Si necesita cuidado que no es de hospicio (cuidado que no está relacionado a una condición terminal), tiene dos opciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede obtener su cuidado de no-hospicio con los proveedores del plan. En este caso solo pagara costo compartido permitido por el plan.</li> <li>• --o—puede obtener cuidado cubierto por Medicare Original. En este caso, debe pagar la cantidad de costo compartido bajo Medicare Original, excepto en el caso de emergencias o cuidado urgente necesario. Sin embargo, luego de pagar, puede pedirnos un reembolso por la diferencia del costo entre nosotros y Medicare Original.</li> </ul> <p><b>Nota:</b> Si necesita cuidado que no es de hospicio (cuidado que no está relacionado a una condición terminal), debe contactarnos para coordinar los servicios. Obtener su cuidado de no-hospicio a través de nuestra red de proveedores disminuirá la cantidad de costo compartido por sus servicios.</p>	
<p><b>Servicios a Paciente Ambulatorio</b></p>	
<p><b>Servicios Médicos, incluyendo visitas a oficinas médicas</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios medicamente necesarios o quirúrgicos en una oficina médica, centro de cirugía ambulatoria certificado, en un hospital de casos ambulatorios o en cualquier otra localidad</li> <li>• Consulta, diagnóstico y tratamiento por algún especialista</li> <li>• Exámenes de audición y balance hechos por su PCP, si su médico lo ordena para ver si necesita tratamiento médico</li> <li>• Visitas de oficinas de “Telehealth” incluyendo consultas, diagnóstico y tratamiento por un especialista</li> </ul>	<p>\$0 copago por visitas a un Médico Primario por servicios cubiertos por Medicare y que se reciben de proveedores del plan.</p> <p>\$5 copago por visitas en área de cuidado urgente, cubiertos por Medicare y que se reciben de</p>

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Segunda opinión por otro proveedor del plan antes de una cirugía</li> <li>• Cuidado dental no rutinario (servicios cubiertos se limitan a cirugía de la quijada o estructuras relacionadas, arreglo de fracturas de quijada o huesos faciales, extracción de dientes en preparación para tratamiento de radiación de enfermedad neoplásica de cáncer o servicios que estarían cubiertos y provistos por un médico)</li> </ul>	<p>proveedores del plan</p> <p>\$0 copago por visitas a Especialistas por servicios cubiertos por Medicare y que se reciben de proveedores del plan.</p>
<p><b>Servicios al paciente ambulatorio</b></p> <p>Cubrimos servicios medicamente necesarios que obtiene en el departamento ambulatorio de un hospital para el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios en un departamento de emergencia o clínica ambulatoria, incluyendo cirugía de un mismo día.</li> <li>• Pruebas de laboratorio facturadas en el hospital</li> <li>• Cuidado de salud mental, incluyendo cuidado en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que cuidado hospitalario sería requerido si este no se provee</li> <li>• Rayos-X y otros servicios de radiología que son facturados en el hospital</li> <li>• Suministros médicos tales como entablillados y yesos</li> <li>• Ciertos servicios preventivos y pruebas de cernimiento</li> <li>• Ciertos medicamentos y biológicos que no puede proveer usted mismo</li> </ul> <p><b>Nota:</b> A menos que su proveedor haya escrito u ordenado que sea admitido al hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga las cantidades de costo compartido por servicios ambulatorios en un hospital. Aun cuando su estadía en el hospital es de una noche, usted puede ser considerado “ambulatorio”. Si no está seguro si es un paciente ambulatorio debe preguntarle al personal del hospital.</p>	

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>También puede buscar mas información en una página de información de Medicare llamada “¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio”? Si usted tiene Medicare pregunte. Esta página de información está disponible en la página de internet en <a href="http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/11435.pdf">http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/11435.pdf</a> o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números libre de costo 24 horas al día, 7 días a la semana.</p>	
<p><b>Servicios de Quiropráctico</b></p> <p>Servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manipulación manual de la espina para corregir subluxación</li> </ul> <p><i>Reglas de autorización pueden aplicar.</i></p>	<p>\$0 copago por servicios cubiertos por Medicare recibidos por un proveedor de la red.</p> <p>Hasta 5 visitas de rutina al año.</p> <p>Visitas al quiropráctico cubiertas por Medicare son para manipulación documento de la espina dorsal para corregir subluxación (un desplazamiento o desaliniamiento de un coyuntura o parte del cuerpo) si lo obtiene de un quiropráctico u otro proveedor cualificado.</p>

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p><b>Servicios de Podiatra</b></p> <p>Servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento de lesiones y enfermedades de los pies (como juanetes y espuelones)</li> <li>• Cuidado de rutina de pies para afiliados con ciertas condiciones médicas que afecten las extremidades inferiores</li> </ul> <p><i>Reglas de autorización pueden aplicar.</i></p>	<p>\$0 copago por visitas cubiertas (medicamente necesarias para los pies) por Medicare a un proveedor en la red.</p> <p>- Hasta 4 visitas de rutina al año.</p>
<p><b>Cuidado Ambulatorio de Salud Mental</b></p> <p>Servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Servicios de salud mental provistos por un médico, psicólogo clínico, trabajador social clínico, enfermera clínica especializada, enfermera practicante, asistente médico u otro profesional de cuidado de salud mental certificado por Medicare según permitido por las leyes estatales que apliquen.</p> <p><i>Reglas de autorización pueden aplicar.</i></p>	<p>\$10 copago por servicios cubiertos por Medicare ofrecidos por un proveedor de la red.</p>
<p><b>Servicios de hospitalización parcial</b></p> <p>“Hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento activo que se provee en un hospital de forma ambulatoria o un centro de salud mental comunitario y es más intenso que el cuidado recibido en la oficina de su médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización.</p> <p><i>Reglas de autorización pueden aplicar.</i></p>	<p>\$0 copago por servicios cubiertos por Medicare ofrecidos por un proveedor de la red.</p>
<p><b>Servicios ambulatorios para el abuso de sustancias</b></p> <p><i>Reglas de autorización pueden aplicar.</i></p>	<p>\$0 copago por servicios cubiertos por Medicare recibidos de un proveedor de la red</p>

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p><b>Cirugía ambulatoria (incluye servicios provistos en facilidades ambulatorias y en un centro de cirugía ambulatoria)</b></p> <p><b>Nota:</b> Si va a hacerse una cirugía en un hospital, debe verificar con su proveedor si va a ser hospitalizado o si va a ser ambulatorio. A menos que su proveedor haya escrito u ordenado que sea admitido al hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga las cantidades de costo compartido por servicios ambulatorios en un hospital. Aun cuando su estadía en el hospital es de una noche, usted puede ser considerado “ambulatorio”.</p> <p><i>Reglas de autorización pueden aplicar.</i></p>	<p>\$0 copago por visita a un centro de cirugía ambulatoria de un proveedor de la red.</p> <p>\$0 copago por visita a una facilidad hospitalaria de cirugía ambulatoria de un proveedor de la red</p>
<p><b>Servicios de Ambulancia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los servicios de ambulancia incluyen ala fija, ala rotaria y servicios de ambulancia terrestre, a la facilidad apropiada más cercana la cual pueda proveer cuidado para un beneficiario cuya condición médica a través de otros medios de transportación sean contraindicativos (que pueda poner en riesgo la salud de la persona). La condición del beneficiario debe requerir transportación por ambulancia así como el nivel de servicio provisto para que los servicios facturados sean considerados médicamente necesarios.</li> <li>• La transportación que no sea de emergencia por ambulancia es apropiada si se documenta que la condición del beneficiario sea tal que otros medios de transportación sean contraindicativos (que pueda poner en riesgo la salud de la persona) y que la transportación por ambulancia sea médicamente requerida.</li> </ul>	<p>\$0 copago por servicio de ambulancia médicamente necesario cubierto por Medicare.</p>
<p><b>Cuidado de Emergencia</b></p> <p>Cuidado de emergencia es cuidado que se necesita para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia.</p>	<p>\$50 copago por visitas a sala de emergencia dentro de Puerto Rico</p>

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Una emergencia médica es cuando usted, o alguna otra persona con algún conocimiento promedio de salud o medicina entienden que usted tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir la pérdida de vida, la pérdida de una extremidad o la pérdida de funcionamiento en una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, dolor severo, una lesión o una condición médica que se empeora rápidamente.</p> <p>Cubierta en Puerto Rico, Estados Unidos y Mundial.</p>	<p>y los Estados Unidos.</p> <p>\$50 copago por visitas a sala de emergencia fuera de Puerto Rico y los Estados Unidos.</p> <p>Si usted recibe tratamiento de paciente interno en un hospital que no es proveedor del plan después que su condición se ha estabilizado, sus gastos serán mayores de los que pagaría en un hospital del plan.</p>
<p><b>Cuidado de Urgencia</b></p> <p>Necesidad de cuidado urgente es una no-emergencia, enfermedad médica imprevista, lesión o condición que requiera cuidado médico inmediato, pero la red de proveedores del plan no está disponible temporariamente o inaccesible.</p> <p>Cubierta en Puerto Rico, Estados Unidos y Mundial.</p>	<p>\$5 copago por cuidado de urgencia dentro de Puerto Rico y los Estados Unidos.</p> <p>\$25 copago por cuidado de urgencia fuera de Puerto Rico y los Estados Unidos.</p>
<p><b>Servicios de rehabilitación ambulatoria</b></p> <p>Servicios cubiertos incluyen: Terapia física, terapia ocupacional, terapia del habla/lenguaje.</p>	<p>\$0 copago por visitas de Terapia Ocupacional cubiertas por Medicare a un</p>

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de rehabilitación ambulatoria son provistos en varios lugares ambulatorios tales como departamentos de servicio ambulatorio en hospitales, oficinas de terapistas independientes y Servicios de Rehabilitación Comprensiva en Facilidad Ambulatoria (CORF, por sus siglas en inglés).</p> <p><i>Reglas de autorización pueden aplicar.</i></p>	<p>proveedor dentro de la red.</p> <p>\$0 copago por visitas de Terapias Físicas y/o Terapias del habla/lenguaje que son cubiertas por Medicare a un proveedor dentro de la red.</p>
<p><b>Servicios de Rehabilitación Cardíaca</b></p> <p>Servicios comprensivos que incluyen ejercicios, educación y consejería y están cubiertos para afiliados que cumplen con ciertas condiciones y con el referido de un medico. El plan también incluye programas intensivos de rehabilitación cardíaca que usualmente son más rigurosos o intensos.</p> <p><i>Reglas de autorización pueden aplicar.</i></p>	<p>\$0 copago por visitas de Rehabilitación Cardíaca cubiertas por Medicare a un proveedor dentro de la red.</p>
<p><b>Servicios de Rehabilitación Pulmonar</b></p> <p>Programa comprensivo de rehabilitación pulmonar que está cubierto para afiliados que tienen enfermedad de obstrucción pulmonar severa o crónica (COPD, por sus siglas en ingles) y son referidos a rehabilitación pulmonar por parte del médico que está tratando su enfermedad respiratoria crónica.</p> <p><i>Reglas de autorización pueden aplicar.</i></p>	<p>\$0 copago por visitas de Rehabilitación Pulmonar y Respiratoria cubiertas por Medicare a un proveedor dentro de la red.</p>
<p><b>Equipo médico duradero y materiales relacionados</b></p> <p>(Para la definición de “equipo médico duradero” vea el Capítulo 10 de este manual)</p> <p>Servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a: sillas de ruedas, muletas, camas de hospital, bomba de infusión intravenosa, equipo de</p>	<p>10% del costo por artículos cubiertos por Medicare que se reciben de un proveedor-dentro de la red.</p>

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

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p><i>Reglas de autorización pueden aplicar.</i></p>	
<p><b>Pruebas diagnósticas, servicios y materiales terapéuticos para paciente ambulatorio</b></p> <p>Servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rayos-X</li> <li>• Terapia de radiación (radio e isotopos)</li> <li>• Materiales quirúrgicos, como vendajes</li> <li>• Materiales como yesos y entablillados</li> <li>• Pruebas de laboratorio</li> <li>• Sangre – Cubierta comienza con la cuarta pinta de sangre que necesite – usted paga por las primeras 3 pintas de sangre no reemplazada. Cubierta por almacenaje y administración comienza con la primera pinta de sangre que necesite.</li> <li>• Otras pruebas de diagnostico para paciente ambulatorio</li> </ul> <p><i>Reglas de autorización pueden aplicar.</i></p>	<p>\$0 copago por servicios de laboratorios y rayos-x cubiertos por Medicare y recibidos por de un proveedor dentro de la red.</p> <p>\$25 copago por CT, PET, and MRI cubiertos por Medicare y recibidos por de un proveedor dentro de la red</p>
<p><b>Cuidado de la Visión</b></p> <p>Servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicio de médico ambulatorio para el cuidado de los ojos.</li> <li>• Para personas que están en riesgo alto de glaucoma, tales como personas con historial familiar de glaucoma, con diabetes y personas afro-americanas que tengan 50 años o más: prueba de glaucoma una vez al año.</li> <li>• Un par de espejuelos o lentes de contacto luego de cada cirugía de catarata que incluya la inserción de un lente intraocular. (Si</li> </ul>	<p>\$0 copago para el diagnostico y tratamiento de las enfermedades y condiciones de la vista.</p> <p>y hasta un examen de rutina de la vista cada ano</p> <p>\$0 de copago</p>

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>usted tiene dos operaciones de cataratas separadas, no puede reservar el beneficio luego de la primera operación y comprar dos espejuelos luego de la segunda operación.) Los lentes/marcos correctivos (y de reemplazo) necesarios luego de la remoción de la catarata sin un implante de lente.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hasta un examen de rutina cada año.</li> </ul>	<p>por un par de espejuelos o un par de lentes de contacto luego de cirugía de cataratas.                      Hasta 1 par de espejuelos cada año.</p> <p>Hasta un par de lentes de contactos cada año.</p> <p>Hasta un par de lentes cada año.</p> <p>Hasta un marco para espejuelos cada año.</p> <p>Cubierta de hasta \$100 para espejuelos por año.</p>
<p><b>Servicios Preventivos</b></p>	
<p>Todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo alguno bajo Medicare Original, también están cubiertos bajo nuestro plan, sin costo alguno para usted. Sin embargo, si recibe tratamiento o control de una condición médica existente durante la visita en la que recibe servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención recibida para la condición médica existente.</p>	
<p><b>Prueba Abdominal de Aneurisma Aórtica</b></p>	<p>\$0 copago por cada</p>

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Prueba hecha una sola vez de ultrasonido para personas en riesgo. Medicare solo cubre esta prueba si usted recibe un referido para él como resultado de su prueba física de “Bienvenida a Medicare”.</p>	<p>servicio cubierto por Medicare recibido por un proveedor de la red.</p>
<p><b>Densitometría ósea (medición de masa ósea)</b></p> <p>Para individuos que cualifiquen (generalmente significa personas con riesgo de perder masa ósea o con riesgo de osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con más frecuencia si es médicamente necesario: procedimientos para identificar masa ósea, detectar pérdida ósea o determinar calidad ósea, incluyendo la interpretación de resultados por un médico.</p> <p><i>Reglas de autorización pueden aplicar.</i></p>	<p>\$0 copago por cada servicio cubierto por Medicare recibido de un proveedor de la red.</p>
<p><b>Examen para la detección del cáncer colorrectal</b></p> <p>Para personas de 50 años o más, cubre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sigmoideoscopia flexible (o enema de bario como alternativa) cada 48 meses.</li> <li>• Prueba de detección de sangre en excreta, cada 12 meses.</li> </ul> <p>Para personas en alto riesgo de cáncer colorrectal, cubre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Colonoscopia para cernimiento (o enema de bario para cernimiento como alternativa) cada 24 meses.</li> </ul> <p>Para personas sin alto riesgo de cáncer colorrectal, cubre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Colonoscopia para cernimiento cada 10 años (120 meses), pero no dentro de 48 meses después de una sigmoideoscopia y</li> </ul>	<p>\$0 copago por cada recibido de un proveedor de la red.</p>

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p><i>Reglas de autorización pueden aplicar.</i></p>	
<p><b>Prueba de VIH</b></p> <p>Para personas que solicitan prueba de VIH o que tienen alto riesgo de ser infectados por VIH, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una prueba cada 12 meses</li> </ul> <p>Para mujeres embarazadas, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hasta 3 pruebas durante el embarazo</li> </ul>	<p>\$0 copago</p>
<p><b>Vacunas</b></p> <p>Servicios cubiertos de Medicare Parte B incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vacunas de neumonía</li> <li>• Vacuna de influenza, una vez al año en otoño o invierno.</li> <li>• Si corre riesgo alto o intermedio de contraer Hepatitis B: vacuna de Hepatitis B.</li> <li>• Otras vacunas si está en riesgo y cumplen con las reglas de cubierta de la Parte B</li> </ul> <p>Además, cubrimos algunas vacunas dentro del beneficio de medicamentos recetados de la Parte D.</p> <p><i>Reglas de autorización pueden aplicar.</i></p>	<p>\$0 copago por vacunas de Pulmonía e Influenza.</p> <p>\$0 copago por vacuna de Hepatitis B.</p> <p>No se necesita referido para vacunas de Pulmonía e Influenza.</p>
<p><b>Examen de detección del cáncer de seno (mamografía)</b></p> <p>Servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un examen básico entre las edades de 35 y 39 años.</li> <li>• Un examen de cernimiento cada 12 meses para mujeres de 40 años en adelante</li> <li>• Examen clínico de los senos una vez cada 24 meses</li> </ul>	<p>\$0 copago por Mamografías de Cernimiento cubiertas por Medicare recibidas de un proveedor de la red.</p>

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p><b>Pruebas de Cernimiento para Cáncer Cervical y Vaginal</b></p> <p>Servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para toda mujer, las pruebas PAP, exámenes pélvicos y exámenes clínicos del seno están cubiertos una vez cada 24 meses.</li> <li>• Si usted está en alto riesgo de sufrir cáncer cervical o ha tenido una prueba PAP anormal y está en edad reproductiva: una prueba PAP cada 12 meses</li> </ul> <p><i>Reglas de autorización pueden aplicar.</i></p>	<p>\$0 copago por los exámenes Papanicolaou y Exámenes Pélvicos cubiertos por Medicare recibidos de un proveedor de la red.</p>
<p><b>Examen de cernimiento de cáncer de la próstata</b></p> <p>Para hombres mayores de 50 años, lo siguiente -está cubierto cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen rectal digital</li> <li>• Prueba PSA (Antígeno Específico de Próstata)</li> </ul> <p><i>Reglas de autorización pueden aplicar.</i></p>	<p>\$0 copago por examen de Cernimiento del cáncer de la próstata cubierto por Medicare recibido de un proveedor de la red.</p>
<p><b>Pruebas para enfermedades cardiovasculares</b></p> <p>Exámenes de sangre para detección temprana de enfermedades cardiovasculares (o de anomalías asociadas con un riesgo elevado de enfermedad cardiovascular) una vez cada 5 años (60 meses).</p>	<p>\$0 copago por servicios cubiertos por Medicare recibidos por un proveedor de la red.</p>

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p><b>Examen Físico de “Bienvenida a Medicare”</b></p> <p>El plan cubre un examen físico (de una sola vez) dándole la “Bienvenida a Medicare”, el mismo incluye una revisión de su salud así como educación y consejería sobre los servicios preventivos que usted necesita (incluye pruebas de cernimiento y vacunas), y referidos para otro cuidado si es necesario.</p> <p><b>Importante:</b> Usted deberá hacerse su examen durante los primeros 12 meses que tenga Medicare Parte B. Cuando haga su cita, déjele saber a la oficina medica que le gustaría programar su examen físico de “Bienvenida a Medicare”.</p>	<p>No hay coaseguro, copago o deducible para su examen físico de “Bienvenida a Medicare”.</p> <p>Exámenes de rutina no están cubiertos.</p>
<p><b>Visita Anual de Bienestar</b></p> <p>Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede obtener una visita anual de bienestar para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado basado en su salud y factores de riesgo actuales. Esto se cubre una vez cada 12 meses.</p> <p><b>Nota:</b> Su primera visita anual de bienestar no puede ser antes de los 12 meses de su examen físico de ‘Bienvenido a Medicare’. Sin embargo no necesita haber tenido un examen físico de ‘Bienvenido a Medicare’ para tener cubierta para su visita anual de bienestar luego de que haya tenido Parte B por 12 meses.</p>	<p>No hay coaseguro, copago o deducible para su Visita Anual de Bienestar.</p>
<p><b>Prueba de Cernimiento de Diabetes</b></p> <p>Cubrimos esta prueba de cernimiento (incluye prueba de glucosa en ayuna) si usted tiene alguno de los factores de riesgo: presión alta (hipertensión), historial de colesterol y triglicéridos fuera de lo normal (dyslipidemia), obesidad, o historial de azúcar alta (glucosa). También se pueden cubrir ciertas pruebas si usted cumple con otros requisitos como estar sobrepeso o tener un historial familiar de diabetes.</p> <p>Basado en el resultado de estas pruebas, puede ser elegible para hasta</p>	<p>\$0 copago</p>

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>dos pruebas de cernimiento de diabetes cada 12 meses.</p>	
<p><b>Terapia médica de nutrición</b></p> <p>Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedad (riñón) renal (pero no en diálisis) y luego de un trasplante cuando referido por su médico.</p> <p>Cubrimos 3 horas de servicios de consejerías en persona durante el primer año en que usted recibe terapia de nutrición médica bajo Medicare (esto incluye nuestro plan, y cualquier otro plan de Medicare Advantage o de Medicare Original), y 2 horas cada año después de eso. Si su condición, tratamiento o diagnostico cambia, puede recibir mas horas de tratamiento con el referido de su médico. Un médico deberá recetarle estos servicios y renovar su referido cada año si su tratamiento es necesario en otro año calendario.</p>	<p>\$0 copago por Terapia de Nutrición.</p>
<p><b>Abandonar el uso de tabaco y de fumar (consejería para dejar de fumar)</b></p> <p>Si usted utiliza tabaco, pero no muestra señales o síntomas de enfermedad relacionada al tabaco: cubrimos dos sesiones de consejería para dejar de fumar durante un periodo de 12 meses. Cada consejería incluye hasta cuatro visitas cara a cara.</p> <p>Si usted utiliza tabaco, y ha sido diagnosticado con una enfermedad relacionada al tabaco o esta tomando medicamentos que pueden ser afectados por el uso de tabaco: cubrimos servicios de consejería para dejar de fumar. Cubrimos dos sesiones de consejería para dejar de fumar durante un periodo de 12 meses. Cada consejería incluye hasta cuatro visitas cara a cara, sin embargo, usted pagará el costo compartido por paciente hospitalizado o ambulatorio que aplique.</p>	<p>Si usted no ha sido diagnosticado con una enfermedad causada o complicada por el uso del tabaco: \$0 copago</p> <p>Si usted ha sido diagnosticado con una enfermedad relacionada al tabaco o esta tomando medicamentos que pueden ser afectados por el uso de tabaco: \$0 copago</p>

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<b>Otros Servicios</b>	
<b>Servicios para tratar condiciones y enfermedades del riñón</b>	
<p>Servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Educación para enseñar cómo cuidar del riñón y ayudar a afiliados a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. Para las personas con enfermedad crónica del riñón en etapa IV, cuando son referidos por un médico, cubrimos hasta 6 sesiones educativas de por vida.</li> <li>• Tratamiento de diálisis ambulatorio (incluyendo tratamientos de diálisis cuando esté temporalmente fuera del área de servicio, según explicado en el Capítulo 3)</li> <li>• Tratamiento de diálisis a paciente hospitalizado (si es ingresado a un hospital por cuidado especial)</li> <li>• Adiestramiento de auto-diálisis (incluyendo adiestramiento para usted y otros que le ayuden con sus tratamientos de diálisis en el hogar)</li> <li>• Equipo y materiales para diálisis en el hogar.</li> <li>• Ciertos servicios de apoyo a domicilio (tales como, visitas por trabajadores adiestrados de diálisis para verificar su diálisis en el hogar, ayudarle en emergencias y verificar su equipo de diálisis y provisiones de agua)</li> </ul> <p>Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos bajo el beneficio de medicamentos de la Parte B. Para más información sobre la cubierta de medicamentos de la Parte B, vaya a la sección a continuación “Medicamentos Recetados de la Parte B de Medicare.”</p>	<p>\$0 copago por diálisis.</p> <p>\$0 copago por Terapia Nutricional para Enfermedades Renales.</p>
<b>Medicamentos Recetados de la Parte B de Medicare</b>	
<p>Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare Original. Los afiliados de nuestro plan reciben cubierta para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos que usualmente no son auto-administrados</li> </ul>	<p>5% del costo por Medicamentos Recetados de la Parte B.</p>

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>por el paciente y son inyectados mientras se recibe servicio médico.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos usados mediante equipo médico duradero (como nebulizadores) que sean autorizados por el plan.</li> <li>• Factores de coagulación que usted mismo se inyecte si padece de hemofilia.</li> <li>• Medicamentos inmunosupresores si usted está afiliado en la Parte A de Medicare al momento de ser sometido a un trasplante de órgano.</li> <li>• Medicamentos inyectables para osteoporosis, si está recluido en la casa, tiene fractura ósea que un médico certifique está relacionada a osteoporosis post-menopausia y no puede auto-administrarse el medicamento.</li> <li>• Antígenos</li> <li>• Ciertos medicamentos orales anti-cáncer y medicamentos anti-náusea.</li> <li>• Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, incluyendo heparina, el antídoto para heparina cuando sea medicamento necesario, anestésicos tópicos, agentes estimulantes Erythropoetin (tales como Epogen®), Procrit® o Epoetin Alfa, Aranesp® y Darbepoetin).</li> <li>• Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de enfermedad de inmunodeficiencia primaria</li> </ul>	
<b>Beneficios Adicionales</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Servicios Dentales</b>                      El Plan cubre servicios dentales preventivos tales como exámenes orales, limpiezas y rayos X dentales.</li> <li>• Ofrece Beneficios Dentales Comprensivos.</li> </ul>	<p>\$5 copago por los siguientes beneficios dentales recibidos por un proveedor de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- hasta 2 exámenes orales al año</li> <li>- hasta 2 limpiezas al</li> </ul>

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p><i>Reglas de autorización pueden aplicar.</i></p>	<p>año</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- hasta 2 tratamientos de fluoruro al año.</li> <li>- hasta 2 rayos x al año.</li> </ul> <p>Hasta un máximo de \$750 por servicios dentales comprensivos adicionales cada año.</p>
<p><b>Servicios de Audición</b></p> <p>Evaluaciones básicas del oído realizadas por el médico de cuidado primario (PCP) se cubren como atención ambulatoria cuando los proporciona un médico, especialista del oído u otro proveedor calificado.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen diagnóstico de audición</li> <li>• Audífonos</li> </ul> <p><i>Reglas de autorización pueden aplicar.</i></p>	<p>\$0 copago por servicios cubiertos por Medicare recibidos por un proveedor de la red.</p> <p>Pruebas de audición cubiertas por Medicare (exámenes diagnósticos)</p> <p>Exámenes de rutina hasta 1 visita al año.</p> <p>Hasta 1 evaluación para audífonos al año.</p> <p>\$0 copago por hasta 1 audífono cada año.</p> <p>Límite de \$300 por audífonos cada 3 años.</p>

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p><b><i>Programas para Educación en Salud y Bienestar</i></b></p> <p>Estos programas están enfocados en condiciones clínicas de salud tales como hipertensión, colesterol, asma y dietas especiales. Los programas diseñados para enriquecer la salud y los estilos de vida de los beneficiarios incluyen manejo de peso, cesar de fumar, ejercicios y manejo de stress.</p>	<p>El plan cubre los siguientes beneficios de educación de salud y bienestar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cesación de fumar adicional</li> <li>- Membresía a gimnasio/Clases de Ejercicio</li> <li>- Otros beneficios de bienestar</li> </ul> <p>\$0 copago por cada sesión adicional de cesación de fumar</p> <p>Las sesiones adicionales de cesación de fumar se limitan a 2 sesiones por año.</p> <p>El límite del beneficio de membresía de para gimnasio es \$50.00 por mes. Este beneficio no es acumulativo y el afiliado no puede llevar adelante el beneficio de otros meses.</p>
<p><b><i>Acupuntura</i></b></p>	<p>\$5 por cada visita de</p>

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
	acupuntura. 6 visitas al año
<b>Silla de Baño</b> <i>Reglas de autorización pueden aplicar.</i>	1 por afiliado Según sea medicamento necesario.

### SECCION 3 ¿Qué beneficios no están cubiertos por el plan?

#### Sección 3.1 Beneficios que no están cubiertos (excluidos)

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

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

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

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

- Servicios que no son razonables ni necesarios de acuerdo a los estándares del Plan Medicare Original, excepto si dichos servicios están listados como cubiertos.
- Procedimientos médicos y quirúrgicos, equipo, y medicamentos de carácter experimental o investigativo, a menos que estén cubiertos por Medicare Original o para ciertos servicios cubiertos bajo un estudio clínico aprobado. (Vea el Capítulo 3, Sección 5 para mas información sobre estudios de investigación clínica) Los procedimientos y artículos

experimentales son aquellos artículos y procedimientos determinados por nuestro plan y el Plan Original de Medicare a no ser aceptados generalmente por la asociación médica.

- Tratamiento quirúrgico de obesidad morbosa excepto si médicamente necesario y cubierto por Medicare Original.
- Cuarto privado en hospital, a menos que sea médicamente necesario.
- Enfermera privada.
- Artículos de conveniencia personal, tales como teléfono o televisor en su cuarto de hospital o facilidad de enfermería diestra.
- Cuidado de enfermera a tiempo completo en su hogar.
- Cuidado de custodia se provee en conjunto con cuidado de enfermera diestra o/y servicios de rehabilitación. “Cuidado de custodia” incluye cuidado que ayuda a las personas en sus actividades del diario vivir como bañarse y vestirse.
- Servicios de Ama de Casa incluyen asistencia básica en el hogar y de limpieza y preparación ligera de alimentos.
- Cargos impuestos por un familiar cercano o miembro de su hogar.
- Comidas a domicilio.
- Procedimientos electivos o voluntarios, servicios, provisiones y medicamentos con propósitos de realce personal, incluyendo pero no limitado a: pérdida de peso, vellos, funcionamiento sexual, funcionamiento atlético, propósitos cosméticos, anti-envejecimiento y funcionamiento mental, excepto si médicamente necesario.
- Procedimientos o cirugía estéticos, excepto si necesario debido a lesión accidental o para mejorar la función de una parte contrahecha del cuerpo. Las etapas de reconstrucción del seno objeto de una mastectomía y para lograr una apariencia simétrica, la cirugía y reconstrucción del seno no operado.
- Zapatos ortopédicos, excepto si son parte de una abrazadera de pierna y están incluidos en el costo de la misma. Hay otra excepción: los zapatos ortopédicos o terapéuticos están cubiertos para personas con enfermedad de pie diabético
- Implementos de soporte para los pies. Hay una excepción: los zapatos ortopédicos o terapéuticos están cubiertos para personas con enfermedad de pie diabético.
- Medicamentos que se auto-administran para el tratamiento de disfunción sexual, incluyendo disfunción de erección, impotencia, y anorgasmo o híper orgasmo.
- Procedimientos para revertir procedimientos de esterilización, cambios de sexo y contraceptivos sin receta y artefactos.
- Servicios naturopáticos.
- Servicios provistos a los veteranos en facilidades de Veterans Affairs (VA). Aunque, en caso de servicios de emergencias recibidos en un hospital de veteranos, si el copago de VA es mayor que el copago requerido bajo nuestro plan, nosotros reembolsaremos a los veteranos la diferencia. Los miembros aun siguen siendo responsable por la cantidad del copago de nuestro plan.

El plan no cubrirá los servicios antes listados que y continuaran no cubiertos aunque hayan sido recibidos en una facilidad de emergencia.

## **Capítulo 5. Pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos cubiertos**

<b>SECCION 1 Situaciones en las cuales usted debe solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo por sus servicios cubiertos .....</b>	<b>69</b>
Seccion 1.1 Si usted paga por la parte del costo de nuestro plan por sus servicios cubiertos, o si recibe una factura, puede pedirnos que le paguemos. ....	69
<b>SECCION 2 Como pedirnos que le paguemos de vuelta o que paguemos una factura que ha recibido .....</b>	<b>71</b>
Sección 2.1 Cómo y a dónde enviarnos una solicitud de pago.....	71
<b>SECCION 3 Consideraremos su solicitud de pago y diremos si o no.....</b>	<b>71</b>
Sección 3.1 Verificamos si debemos cubrir el servicio y cuánto debemos .....	71
Sección 3.2 Si le decimos que no pagaremos por alguna parte o todo el cuidado médico, usted puede someter una apelación .....	72

---

## **SECCION 1      Situaciones en las cuales usted debe solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo por sus servicios cubiertos**

---

<b>Sección 1.1      Si usted paga por la parte del costo de nuestro plan por sus servicios cubiertos, o si recibe una factura, puede pedirnos que le paguemos.</b>
--

En ocasiones cuando usted recibe cuidado médico, puede que tenga que pagar el costo completo al momento. En otras ocasiones, puede encontrar que ha pagado más de lo que esperaba bajo las reglas de cubierta del plan. Cualquiera que sea el caso, le pide al plan que le paguemos de vuelta (pagarle de vuelta muchas veces se conoce como “reembolsarle”). Tiene el derecho a que le paguemos de vuelta en cualquier momento en que haya pagado más de su parte del costo por servicios médicos que están cubiertos por nuestro plan.

Además puede haber ocasiones en que usted reciba una factura de un proveedor por el costo completo de un cuidado médico que haya recibido. En la mayoría de los casos, debe enviarnos esta factura en vez de pagarla. Veremos la factura y decidiremos si los servicios deberán cubrirse. Si decidimos que se deben cubrir, le pagaremos al proveedor directamente.

Aquí hay ejemplos de situaciones en las cuales puede que tenga que pedirle al plan que le pague de vuelta o que pague una factura que ha recibido:

### **1. Cuando usted ha recibido cuidado médico de emergencia o urgente necesario de un proveedor que no es parte de nuestra red de proveedores**

Usted puede recibir servicios de emergencia de cualquier proveedor, este o no en nuestra red de proveedores. Cuando usted recibe cuidado urgente o de emergencia de un proveedor que no pertenece a nuestra red de proveedores, solo es responsable de pagar su parte del costo, no el costo completo. Debe solicitarle al proveedor que facture al plan por nuestra parte del costo.

- Si usted paga la cantidad completa al momento de recibir el cuidado, debe pedirnos que le paguemos de vuelta por nuestra parte del costo. Envíenos la factura con alguna documentación de algún pago que haya hecho.
- En ocasiones puede recibir una factura de proveedores pidiendo un pago que usted entiende que no debe. Envíenos esta factura junto a alguna documentación de pagos que ya haya hecho.
  - Si se le debe algo al proveedor, se lo pagaremos directamente.

- Si ya ha pagado mas de su parte del costo por el servicio, determinaremos cuanto debía y le pagaremos de vuelta por nuestra parte del costo.

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

Los proveedores de la red siempre deben facturar al plan directamente, y pedirle a usted solo su parte del costo. Pero a veces pueden cometer errores y pedirle que pague más de lo que le toca.

- Siempre que reciba una factura de proveedor que usted entiende sea más de lo que debe pagar, envíenos esa factura. Contactaremos al proveedor directamente y resolveremos la situación.
- Si ya ha pagado una factura a un proveedor de la red, pero siente que ha pagado demasiado, envíenos la factura junto a cualquier documentación de lo que ha pagado y solicite que le paguemos de vuelta por la diferencia entre la cantidad que ha pagado y la cantidad que debía bajo el plan.

## **3. Si usted está afiliado al plan retroactivamente**

Algunas veces la afiliación de una persona puede ser retroactiva. (Retroactiva significa que el primer día de su afiliación ya ha pasado. La fecha de afiliación puede haber sido el año pasado.)

Si usted fue afiliado retroactivamente a nuestro plan y pago de su bolsillo por algún servicio cubierto después de su fecha de afiliación, puede solicitarnos que le paguemos de vuelta por nuestra parte del costo. Deberá someter documentación para que podamos manejar el reembolso.

- Favor de llamar a Servicios al Cliente para información adicional de cómo pedirnos que le paguemos de vuelta y las fechas límite para su solicitud.

Todos los ejemplos anteriormente descritos son decisiones de cubierta. Esto significa que si denegamos su solicitud para pago, puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 7 de este manual (Que hacer si tiene un problema o queja (Decisiones de Cubierta, Apelaciones, quejas) tiene información de cómo someter una apelación.

---

## **SECCION 2      Como pedirnos que le paguemos de vuelta o que paguemos una factura que ha recibido**

---

<b>Sección 2.1      Cómo y a dónde enviarnos una solicitud de pago</b>
--

Envíenos su solicitud de pago, junto a su factura y documentación de algún pago que haya hecho. Es una buena idea que haga una copia de su factura y recibos para mantener en sus records.

Envíe por correo su solicitud de pago junto a cualquier factura o recibos a esta dirección:

American Health Medicare  
PO Box 11320  
San Juan, Puerto Rico 00922

Asegúrese de contactar a Servicios al Cliente de tener alguna pregunta. Si no sabe lo que debe pagar o recibe facturas y no sabe qué hacer con ellas, podemos ayudarle. También puede llamarnos para darnos más información sobre una solicitud de pago que ya nos haya enviado.

---

## **SECCION 3      Consideraremos su solicitud de pago y diremos sí o no**

---

<b>Sección 3.1      Verificamos si debemos cubrir el servicio y cuánto debemos</b>
--

Cuando recibimos su solicitud de pago, le dejaremos saber si necesitaremos alguna otra información de parte suya. De no ser así, consideraremos su solicitud de pago y tomaremos una decisión de cubierta.

- Si decidimos que el cuidado médico está cubierto para usted y que usted sigue las reglas para obtenerlo, pagaremos por nuestra parte del costo. Si ya ha pagado por el servicio, le enviaremos por correo su reembolso por nuestra parte del costo. Si no ha pagado por el servicio aun, enviaremos el pago directamente al proveedor. (el Capítulo 3 explica las reglas a seguir para obtener servicios médicos cubiertos)
- Si decidimos que el cuidado médico *no* está cubierto, o que usted *no* siguió las reglas, no pagaremos nuestra parte del costo. Le enviaremos una carta que explica las razones de por qué no enviaremos el pago que ha solicitado y su derecho a apelar esa decisión.

<b>Sección 3.2</b>	<b>Si le decimos que no pagaremos por alguna parte o todo el cuidado médico, usted puede someter una apelación</b>
--------------------	--

Si usted entiende que hemos cometido un error denegando su solicitud a pago o no esta de acuerdo con la cantidad que estamos pagando, puede someter una apelación. Si somete una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que hemos tomado de denegar su solicitud a pago.

Para detalles de cómo hacer esta apelación vaya al Capítulo 7 de este manual (Que hacer si tiene un problema o queja (Decisiones de Cubierta, Apelaciones, quejas)). El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y fechas límite importante. Si someter una apelación es algo nuevo para usted, encontrará útil leer la sección 4 del Capítulo 7. La Sección 4 es una introducción que explica el proceso para decisiones de cubierta y apelaciones y provee definiciones a términos tales como “apelación”. Luego de leer la sección 4, puede pasar a la sección 5.3 para conocer como someter una apelación para recibir pago devuelto por un servicio médico.

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

### **SECCION 1 Nuestro plan debe honrar sus derechos como afiliado al plan ..... 74**

Sección 1.1	Nosotros debemos proveerle información de una manera que funcione para usted (en otros idiomas además de inglés que se hablen en el área de servicio de cubierta del plan, en Braille, en letras grandes, u otro formato alterno, etc.).....	74
Sección 1.2	Nosotros debemos tratarlo con justicia y respeto en todo momento .....	74
Sección 1.3	Nosotros debemos asegurarle que usted reciba sus servicios cubiertos en un tiempo razonable .....	74
Sección 1.4	Nosotros debemos proteger su privacidad de su información personal de salud .....	75
Sección 1.5	Nosotros le debemos de dar información sobre el plan, sus proveedores de la red, y servicios cubiertos .....	76
Sección 1.6	Nosotros debemos apoyar su derecho a tomar una decisión sobre su cuidado .....	77
Sección 1.7	Usted tiene el derecho a solicitar una reconsideración de la decisión que nosotros tomamos.....	79
Sección 1.8	¿Qué puede hacer usted si piensa que usted está siendo tratado injustamente o sus derechos no están siendo respetados? .....	79
Sección 1.9	Como obtener más información sobre sus derechos.....	80

### **SECCION 2 Usted tiene algunas responsabilidades como afiliado del plan ..... 80**

Sección 2.1	¿Cuáles son sus responsabilidades?? .....	80
-------------	---	----

---

## **SECCION 1      Nuestro plan debe honrar sus derechos como afiliado al plan**

---

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

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

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

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

<b>Sección 1.2</b>	<b>Nosotros debemos tratarlo con justicia y respeto en todo momento</b>
--------------------	---

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

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

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

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

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

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

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

Si usted piensa que usted no está recibiendo sus servicios cubiertos en un tiempo razonable, el Capítulo 7, Sección 9 de este manual le dice lo que puede hacer. (Si hemos denegado su cubierta por cuidado médico y usted no está de acuerdo con nuestra decisión, Capítulo 7, Sección 4 le dice lo que puede hacer.)

<b>Sección 1.4</b>	<b>Nosotros debemos proteger su privacidad de su información personal de salud</b>
--------------------	--

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

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

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

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

## **Usted puede ver la información en sus récords y saber cómo ha sido compartida con otros**

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

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

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

<b>Sección 1.5</b>	<b>Nosotros le debemos de dar información sobre el plan, sus proveedores de la red, y servicios cubiertos</b>
--------------------	---

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

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

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

- **Información sobre su cubierta y reglas que usted debe seguir para el uso de su cubierta.**
  - En los capítulos 3 y 4 de este manual, explicamos los servicios médicos que están cubiertos para usted, y cualquier restricción a su cubierta, y las reglas que debe seguir para obtener sus servicios.
  - Si usted tiene preguntas sobre las reglas o restricciones, favor de llamar a Servicios al Cliente (los números de teléfono están en la parte posterior de este manual).
- **Información sobre porque a veces algo no está cubierto y que puede hacer sobre eso.**
  - Si un servicio no está cubierto para usted, o si su cubierta se restringe por alguna razón, usted debe de pedir una explicación por escrito. Usted tiene el derecho a esta explicación aunque usted haya recibido el servicio de un proveedor fuera de la red.
  - Si usted no está contento o no está de acuerdo no la decisión que hayamos tomado sobre qué servicio médico está cubierto para usted, usted tiene el derecho a pedirnos que cambiemos la decisión. Para detalles de qué hacer si algo no está cubierto para usted de la manera que usted piensa que debería estar cubierto, vea el Capítulo 7 de este manual. Le da detalles a usted sobre como pedirle al plan por una decisión sobre su cubierta y como someter una apelación para que cambiemos nuestra decisión. (Capítulo 7 también habla sobre cómo hacer una queja sobre la calidad del cuidado, periodos de espera, y otras inquietudes.)
  - Si usted quiere pedirnos que el plan pague nuestra parte de los costos de los servicios médicos, vea el Capítulo 5 de este manual.

<b>Sección 1.6</b>	<b>Nosotros debemos apoyar su derecho a tomar una decisión sobre su cuidado</b>
--------------------	---

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

Usted tiene derecho a obtener información completa de sus médicos y otros proveedores de salud cuando obtiene cuidado médico. Sus proveedores deben explicar su condición médica y sus opciones de tratamiento de una *forma que usted pueda entender*.

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

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

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

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

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

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

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

### **¿Qué sucede si sus instrucciones no son seguidas?**

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

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

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

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

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

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

**Si es sobre discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles**

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

**¿Es acerca de algo más?**

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

- Usted puede **llamar a Servicios al Cliente** (los números de teléfono están en la parte posterior de este manual).
- Usted puede **llamar al Programa de Asistencia en Seguros de Salud del Estado**. Para detalles sobre esta organización y como contactarlo vaya al Capítulo 2, Sección 3.
- O, **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

## Sección 1.9 Como obtener más información sobre sus derechos

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

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

---

## SECCION 2 Usted tiene algunas responsabilidades como afiliado del plan

---

### Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades?

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

- **Familiarícese con su cubierta de servicios y las reglas que usted debe de seguir para recibir estos servicios cubiertos.** Use este manual de Evidencia de Cubierta para saber que le cubre a usted y las reglas usted necesita seguir para tener sus servicios cubiertos.
  - Capítulo 3 y 4 le da detalles sobre su cubierta de servicios médicos, incluyendo lo que está cubierto, lo que no y lo que usted paga.
- **Si usted tiene otra cubierta de salud o de medicamentos recetados además de nuestro plan, a usted se le requiere que nos notifique a nosotros.** Favor de llamar a Servicios al Cliente para dejarnos saber
  - Nosotros estamos obligados a seguir las reglas impuestas por Medicare, para asegurarnos que usted está usando todas sus cubiertas en combinación Cuando usted obtiene la cubierta de medicamentos de nuestro plan. A esto se le da el nombre de “**coordinación de beneficios**” porque esto envuelve la coordinación de los beneficios de medicamentos que recibe usted de nuestro plan, con cualquier otro beneficio de medicamentos disponible a usted. Nosotros le ayudaremos con eso (Para más información sobre coordinación de beneficios, vaya al Capítulo 1, Sección 7.)

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

- **Llame a servicio al afilado para ayuda si usted tiene preguntas o preocupaciones.** *Nosotros también le damos la bienvenida a cualquier sugerencia que pueda tener para mejorar nuestro plan.*
  - Los números de teléfono y horario de llamada para Servicios al Cliente están en la portada de este manual.
  - Para más información en cómo llegar a nosotros, incluyendo nuestra dirección de correo, favor de ver Capítulo 2.

## **Capítulo 7. Que hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cubierta, apelaciones, quejas)**

### **TRASFONDO**

<b>SECCION 1</b>	<b>Introducción .....</b>	<b>86</b>
Sección 1.1	Que hacer si tiene un problema o preocupación .....	86
Sección 1.2	¿Qué sucede con los términos legales?.....	86
<b>SECCION 2</b>	<b>Puede obtener ayuda de organizaciones del gobierno que no están conectados a nosotros .....</b>	<b>87</b>
Sección 2.1	Donde obtener mas información y asistencia personalizada .....	87
<b>SECCION 3</b>	<b>¿Para manejar su problema, qué proceso debe utilizar?.....</b>	<b>87</b>
Sección 3.1	¿Deberá utilizar el proceso de decisiones de cubierta y apelaciones? O ¿Debera utilizar el proceso para someter quejas? .....	87
<b>SECCION 4</b>	<b>Una guía básica a las decisiones de cubierta y apelaciones.....</b>	<b>89</b>
Sección 4.1	Solicitar una decisión de cubierta y someter una apelación: informacion general .....	89
Sección 4.2	Como obtener ayuda cuando esta solicitando una decisión de cubierta o sometiendo una apelación .....	90
Sección 4.3	¿Qué sección de este capitulo le provee detalles sobre <u>su</u> situación?.....	91
<b>SECCION 5</b>	<b>Su cuidado médico: Como pedir una decisión de cubierta o hacer una Apelación.....</b>	<b>91</b>
Sección 5.1	Esta sección le dice lo que debe de hacer si usted tiene problemas obteniendo cuidado médico o usted quiere que le paguemos nuestra parte del costo por un servicio recibido .....	91
Sección 5.2	Paso a paso: Como solicitar una decisión de cubierta (como solicitarle al plan que autorice o provea el cuidado médico que usted desea) .....	93

Sección 5.3	Paso a Paso: Como someter una Apelación de Nivel 1 (como solicitar una revisión a la decisión de cubierta tomada por nuestro plan sobre su cuidado médico).....	96
Sección 5.4	Paso a paso: Como someter una apelación de Nivel 2.....	100
Sección 5.5	¿Qué sucede si usted nos esta solicitando que paguemos por nuestra parte de una factura que ha recibido por cuidado Médico? .....	102
<b>SECCION 6</b>	<b>Como pedirnos cubierta para una hospitalización más prolongada cuando usted entiende que su médico le esta dando de alta antes de tiempo .....</b>	<b>103</b>
Sección 6.1	Durante su hospitalización, recibirá una notificación de Medicare que le habla sobre sus derechos .....	103
Sección 6.2	Paso a paso: Como someter una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha en que será dado de alta del hospital .....	105
Sección 6.3	Paso a paso: Como someter una Apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha para ser dado de alta del hospital .....	108
Sección 6.4	¿Qué sucede si usted no cumplió con la fecha limite para someter su Apelación de Nivel 1?.....	109
<b>SECCION 7</b>	<b>Como solicitarnos que mantengamos la cubierta de ciertos servicios médicos si usted piensa que su cubierta esta terminando muy pronto .....</b>	<b>112</b>
Section 7.1	<i>Esta sección es <u>solo</u> sobre tres servicios: Servicios de Cuidado de Salud en el Hogar, facilidad de cuidado de enfermería diestra, y Facilidad de Rehabilitación Comprensiva Ambulatoria (CORF por sus siglas en inglés).....</i>	112
Sección 7.2	Le avisaremos con anticipación cuando su cubierta estará terminando .....	113
Sección 7.3	Paso a paso: Como someter una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su cuidado por un tiempo más prolongado .....	114
Sección 7.4	Paso a paso: Como someter una Apelacion de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su cuidado por un periodo de tiempo mas largo .....	116
<b>SECCION 8</b>	<b>Tomando su Apelación al Nivel 3 y más allá .....</b>	<b>118</b>

Sección 8.1	Niveles de Apelación 3, 4, y 5 para Apelaciones para la Parte D de medicamentos .....	118
<b>SECCION 9</b>	<b>Como someter una queja sobre la calidad del cuidado, tiempos de espera, servicio al cliente u otras preocupaciones. ....</b>	<b>120</b>
Sección 9.1	¿Qué tipo de problemas son manejados por el el proceso de quejas? .....	120
Section 9.2	El nombre formal para “someter una queja” es “someter una querella” .....	122
Sección 9.3	Paso a paso: Sometiendo una queja .....	123
Sección 9.4	Usted también puede quejarse sobre la calidad de cuidado con la Organización de Mejoras a la Calidad .....	125

## TRASFONDO

### SECCION 1 Introducción

#### Sección 1.1 Que hacer si tiene un problema o preocupación

Este capítulo le explica dos tipos de procesos para manejar problemas y preocupaciones:

- Para algunos tipos de problemas, necesitará usar el **proceso de decisiones de cubierta y de someter apelaciones**.
- Para otros tipos de problemas, necesitará usar el **proceso para someter quejas**.

Ambos procesos han sido aprobados por Medicare. Para asegurar que sus problemas se manejen de una manera justa agilizada, cada proceso tiene reglas, procedimientos y fechas límite que tanto usted como nosotros debemos seguir.

¿Cuál debe utilizar? Eso dependerá del tipo de problemas que usted tenga. La guía en la Sección 3 le ayudará a identificar el proceso correcto que debe utilizar.

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

Hay términos legales técnicos para algunas reglas, procedimientos y tipos de fechas límite explicadas en este capítulo. Muchos de estos términos no son comunes para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender.

Para mantener las cosas simples, este capítulo explica las reglas legales y procedimientos utilizando palabras más sencillas en el lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, este capítulo utiliza por lo general “someter una queja” en vez de “someter una querrela”, “decisión de cubierta” en vez de “determinación de organización” y “Organización de Revisión Independiente” en vez de “Entidad de Revisión Independiente”. Además, utilizaremos abreviaciones lo menos posible.

Sin embargo, puede ser de gran ayuda – y a veces muy importante – que usted conozca los términos legales correctos para la situación en que se encuentra. Conocer que términos debe utilizar le ayudara a comunicarse más claramente cuando está manejando su problema y para obtener la ayuda correcta o la información que necesita para su situación. Para ayudarle a entender que términos debe utilizar, le incluimos términos legales cuando damos detalles para manejar tipos de situaciones específicas.

---

## **SECCION 2      Puede obtener ayuda de organizaciones del gobierno que no están conectados a nosotros**

---

<b>Sección 2.1      Donde obtener más información y asistencia personalizada</b>
--

A veces puede ser confuso comenzar o continuar con un proceso para manejar un problema. Esto es particularmente cierto si usted no está bien de salud o tiene una energía limitada. En otras ocasiones, puede que no tenga el conocimiento que necesita para tomar el siguiente paso.

### **Obtenga ayuda de una organización independiente del gobierno**

Siempre estamos disponibles para ayudarle. Pero en algunas ocasiones, querrá obtener ayuda o una guía de parte de alguien que no esté conectado a nosotros. Siempre puede contactar al **Programa de Asistencia en Seguros de Salud del Estado (SHIP, por sus siglas en inglés)**. Este programa del gobierno ha adiestrado consejeros en cada estado. El programa no está conectado a nosotros, ni a ninguna aseguradora o plan de salud. Los consejeros en este programa pueden ayudarlo a entender que proceso debe utilizar para manejar el problema que usted tenga. También pueden contestar sus preguntas, darle información y ofrecerle una guía en lo que tenga que hacer.

Los servicios de los consejeros del SHIP son gratis. Encontrará los números de teléfono para el SHIP en el Capítulo 2 Sección 3 de este manual.

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

Para mas información y ayuda en manejar un problema, puede contactar a Medicare. A continuación dos formas para obtener información directamente de Medicare:

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

---

## **SECCION 3      ¿Para manejar su problema, qué proceso debe utilizar?**

---

<b>Sección 3.1      ¿Deberá utilizar el proceso de decisiones de cubierta y apelaciones? O ¿Deberá utilizar el proceso para someter quejas?</b>
---

Si usted tiene un problema o preocupación, solamente tendrá que leer las partes de este capítulo que aplican a su situación. La guía a continuación le ayudará.

Para descifrar que parte de este capítulo le ayudará específicamente con su problema o preocupación, **COMIENCE AQUI**

**¿Es su problema o preocupación acerca de sus beneficios o cubierta?**

(Esto incluye problemas sobre si un cuidado médico en particular o unos medicamentos recetados estarán o no cubiertos, la forma en que estarán cubiertos y problemas relacionados al pago de un cuidado médico o medicamentos recetados.)

**Si.**

Mi problema es acerca de beneficios o cubierta.

Vaya a la próxima sección de este capítulo, **Sección 4, “Una guía básica sobre decisiones de cubierta y someter apelaciones”**.

**No.**

Mi problema no es acerca de beneficios o cubierta.

Pase hacia delante a la **Sección 9** al final de este capítulo: **“Como someter una queja por calidad de cuidado, tiempo de espera, servicio al cliente o alguna otra preocupación”**.

## DECISIONES DE CUBIERTA Y APELACIONES

### SECCION 4 Una guía básica a las decisiones de cubierta y apelaciones

#### Sección 4.1 Solicitar una decisión de cubierta y someter una apelación: información general

El proceso para las decisiones de cubierta y de someter apelaciones maneja los problemas relacionados a sus beneficios y su cubierta por servicios médicos, incluyendo problemas relacionados a pago. Este es el proceso que utiliza para asuntos tales como si algo tiene cubierta o no y la forma en que está cubierto.

#### Solicitar decisiones de cubierta

Una decisión de cubierta es una decisión que tomamos en cuanto a sus beneficios y cubierta o sobre la cantidad que pagaremos por sus servicios médicos. Por ejemplo, el médico perteneciente a la red de su plan toma una decisión de cubierta (favorable) para usted en cualquier momento que usted reciba cuidado médico de parte de él o ella o si su médico de la red lo refiere a un médico especialista. También puede contactarnos y solicitar una decisión de cubierta si su médico no está seguro si le cubrirá un servicio médico en particular o se negará a proveer un cuidado médico que usted entiende que necesita. En otras palabras, si usted quiere saber si cubriremos un servicio médico antes de que usted lo reciba, usted puede pedirnos que tomemos una decisión de cubierta por usted.

Nosotros estaremos tomando una decisión de cubierta por usted en cualquier momento que decidamos lo que está cubierto para usted y cuanto usted pagará. En algunos casos, podemos decidir que un servicio no se cubrirá o ya no estará cubierto por Medicare para usted. Si usted no está de acuerdo con esta decisión de cubierta puede someter una apelación.

#### Someter una apelación

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

Cuando usted somete una apelación, revisamos la decisión de cubierta que hemos tomado para verificar que hayamos seguido las reglas apropiadamente. Su apelación es manejada por diferentes personas a aquellas que tomaron la decisión original y desfavorable. Cuando hemos completado la revisión, le damos nuestra decisión.

Si decimos que no a todo o a parte de su Apelación de Nivel 1, su caso automáticamente pasará a uno de Apelacion de Nivel 2. La Apelación de Nivel 2 se lleva a cabo por una organización independiente que no está conectada a nosotros. Si usted no está satisfecho con la decisión de la Apelación de Nivel 2, es posible que pueda continuar a través de varios niveles más de apelación.

<b>Sección 4.2</b>	<b>Como obtener ayuda cuando está solicitando una decisión de cubierta o sometiendo una apelación</b>
--------------------	---

¿Desea que le ayuden? Aquí hay algunos recursos que puede utilizar si usted decide solicitar algún tipo de decisión de cubierta o apelación a una decisión:

- Puede **comunicarse con nosotros a Servicios al Cliente** (los números de teléfono aparecen en la parte posterior de este manual).
- Para **obtener ayuda gratis de una organización independiente** que no está conectada a nuestro plan, comuníquese con su Programa de Asistencia en Seguros de Salud del Estado (vea la Sección 2 de este capítulo).
- **Su médico u otro proveedor puede hacer esta solicitud por usted.** Su médico u otro proveedor puede solicitar una decisión de cubierta o una Apelación de Nivel 1 en nombre suyo. Para solicitar una apelación luego del Nivel 1, su médico u otro proveedor debe ser nombrado como su representante autorizado.
- **Usted puede pedirle a alguien que actúe en nombre suyo.** Si usted desea, puede nombrar otra persona para que actúe como su “representante” al solicitar una decisión de cubierta o someter una apelación.
  - Puede que ya haya una persona legalmente autorizada para actuar como su representante bajo la ley del Estado.
  - Si usted desea que un amigo, familiar, su médico u otro proveedor u otra persona sea su representante, comuníquese con Servicios al Cliente y solicite la forma para “Nombrar un Representante”. (esta forma también está disponible en la página de internet de Medicare <http://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf> o en nuestra página de internet [www.ahmpr.com](http://www.ahmpr.com).) Esta forma le provee a la persona un permiso para actuar en su nombre. Deberá estar firmada por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Deberá proveernos una copia de la forma firmada.
- **Usted también tiene el derecho de contratar un abogado para que actúe en su nombre.** Puede contactar a su propio abogado u obtener el nombre de un abogado en la asociación local de abogados u otro servicio de referidos. También hay grupos que le proveerán asistencia legal libre de costo si usted cualifica. Sin embargo, **no está requerido a contratar un abogado** para solicitar algún tipo de decisión de cubierta o apelar una decisión.

---

<b>Sección 4.3</b>	<b>¿Qué sección de este capítulo le provee detalles sobre <u>su</u> situación?</b>
--------------------	--

Hay 3 diferentes tipos de situaciones que envuelven tomar una decisión de cubierta o hacer una apelación. Ya que cada situación conlleva diferentes reglas y fechas límite, le proveemos detalles sobre cada una en secciones separadas:

- **Sección 5** de este capítulo: “Su cuidado médico: Como solicitar una decisión de cubierta o someter una apelación”
- **Sección 6** de este capítulo: “Como pedirnos cubierta para una hospitalización más prolongada cuando usted entiende que su médico le está dando de alta antes de tiempo”
- **Sección 7** de este capítulo: “Como solicitar que continuemos cubriendo ciertos servicios médicos cuando usted entiende que su cubierta está terminando antes de tiempo” (*Aplica a estos servicios solamente:* cuidado de salud en el hogar, facilidad de cuidado diestro de enfermería, y servicios en una Facilidad de Rehabilitación Comprensiva Ambulatoria (CORF por sus siglas en inglés))

Si no está seguro que sección utilizar, favor de comunicarse con Servicios al Cliente (números de contacto aparecen en la parte posterior de este manual). También puede obtener ayuda e información de organizaciones del gobierno tales como el Programa de Asistencia en Seguros de Salud del Estado (el Capítulo 2, Sección 3 de este manual tiene los números de teléfono para este programa).

---

## **SECCION 5 Su cuidado médico: Como pedir una decisión de cubierta o hacer una Apelación**

---



¿Ha leído la Sección 4 de este capítulo (*Una guía básica para decisiones de cubierta y apelaciones*)? Si no es así, quizás quiera leerla antes de comenzar esta sección.

<b>Sección 5.1</b>	<b>Esta sección le dice lo que debe de hacer si usted tiene problemas obteniendo cuidado médico o usted quiere que le paguemos nuestra parte del costo por un servicio recibido</b>
--------------------	---

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

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

1. No está obteniendo cierto cuidado médico que usted desea, y usted entiende que este cuidado está cubierto por nuestro plan.
2. Nuestro plan no aprobara cuidado médico que su médico o proveedor quiere darle, y usted entiende que este cuidado está cubierto por nuestro plan.
3. Usted ha recibido servicios o cuidado médico que entiende deben estar cubiertos por el plan, pero le hemos dicho que no pagaremos por este cuidado.
4. Usted ha recibido y pagado por servicios y cuidado médico que usted entiende debe estar cubierto por el plan, y desea pedirle al plan que lo reembolse por este cuidado.
5. Se le ha dicho que cubierta por ciertos tipos de cuidado médico que ha estado recibiendo serán reducidos o se van a detener, y usted entiende que reducir o detener su cuidado puede lastimar su salud.

- **NOTA: Si la cubierta que se va a detener es para cuidado hospitalario, cuidado de salud en el hogar, servicios en facilidad de cuidado diestro de enfermería, o Facilidad de Rehabilitación Comprensiva Ambulatoria (CORF, por sus siglas en inglés),** necesita leer una Sección separada de este capítulo ya que aplican reglas especiales a este tipo de cuidado. Esto es lo que debe leer en esas situaciones:
  - Capítulo 7, Sección 6: *Como pedirnos cubierta para una hospitalización más prolongada cuando usted entiende que su médico le está dando de alta antes de tiempo.*
  - Capítulo 7, Sección 7: *Como solicitar que continuemos cubriendo ciertos servicios médicos cuando usted entiende que su cubierta está terminando antes de tiempo.* Esta sección es acerca de tres servicios solamente: cuidado de salud en el hogar, servicios en facilidad de cuidado diestro de enfermería, o Facilidad de Rehabilitación Comprensiva Ambulatoria (CORF, por sus siglas en inglés).
- Para *todas las demás* situaciones que envuelvan que se detenga un cuidado médico que esté recibiendo, utilice esta sección (Sección 5) como una guía de que hacer.

**¿En cuál de estas situaciones usted se encuentra?**

<b>Si se encuentra en esta situación :</b>	<b>Esto es lo que puede hacer:</b>
¿Desea saber si nuestro plan cubrirá el cuidado médico o servicio que usted quiere?	Usted puede solicitarnos que tomemos una decisión de cubierta para usted.  Vaya a la próxima sección de este capítulo, <b>Sección 5.2.</b>
¿Ya le dijimos que no cubriremos o pagaremos por un servicio médico en la forma en que usted desea cubierta o un pago?	Usted puede someter una <b>apelación</b> . (esto significa que nos está pidiendo que reconsideremos.)  Vaya a la <b>Sección 5.3</b> de este capítulo.
¿Desea usted solicitarnos que paguemos por un servicio o cuidado médico por el cual ya pagó o recibió?	Puede enviarnos la factura.  Vaya a la <b>Sección 5.5</b> de este capítulo.

**Sección 5.2 Paso a paso: Como solicitar una decisión de cubierta**  
(como solicitarle al plan que autorice o provea el cuidado médico que usted desea)

**Términos legales** Cuando una decisión de cubierta envuelve su cuidado médico se le llama una “**determinación de organización**”.

**Paso 1:** Usted le solicita al plan que tome una **decisión de cubierta sobre el cuidado médico que usted está solicitando**. Si su salud requiere una respuesta rápida debe pedirnos que tomemos una “**decisión rápida**.”

**Términos Legales** Una “**decisión rápida**” es conocida como una “**determinación acelerada**”.

*Como solicitar cubierta por el cuidado médico que usted desea*

- Comience llamando, escribiendo o enviando un fax a nuestro plan para solicitarnos proveer la cubierta por el cuidado médico que usted desea. Usted, su médico o su representante pueden hacer esto.

- Para detalles de cómo contactarnos, vaya al Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada *Cómo contactarnos cuando está solicitando una decisión de cubierta en cuanto a su cuidado médico*.

*Por lo general tenemos fechas límite predeterminadas para proveerle su decisión*

Cuando le demos nuestra decisión, utilizaremos una fecha límite “estándar” a menos que hayamos acordado utilizar una fecha límite “rápida”. **Una decisión estándar significa que le daremos una respuesta dentro de los próximos 14 días** luego de haber recibido su solicitud.

- **Sin embargo, pudiésemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si usted pide más tiempo o si necesitamos más información (como expedientes médicos) que puede ser beneficioso para usted. Si decidimos tomarnos días adicionales para hacer una decisión, se lo dejaremos saber por escrito.
- Si usted entiende que *no* debemos tomarnos días adicionales, usted puede someter una “queja rápida” por nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando usted somete una queja rápida le daremos una contestación a su queja en un término de 24 horas. (El proceso de hacer una queja es diferente al proceso para una decisión de cubierta o una apelación. Para mas información acerca del proceso para hacer una queja, incluyendo quejas rápidas, vea la Sección 9 de este capítulo)

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

- **Una decisión rápida significa que contestaremos durante un término de 72 horas.**
  - **Sin embargo, podemos tomar hasta 14 días calendario adicionales** si encontramos que hace falta alguna información que pueda beneficiarlo o si usted necesita tiempo para obtener información que debemos revisar. Si decidimos tomar días adicionales, se lo dejaremos saber por escrito.
  - Si usted entiende que *no* debemos tomarnos días adicionales, usted puede someter una “queja rápida” por nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando usted somete una queja rápida le daremos una contestación a su queja en un término de 24 horas. (Para mas información acerca del proceso para hacer una queja, incluyendo quejas rápidas, vea la Sección 9 de este capítulo.) Nos comunicaremos con usted tan pronto tomemos una decisión.
- **Para obtener una decisión rápida debe de cumplir con 2 requisitos:**
  - Puede obtener una decisión rápida *solamente* si está solicitando cubierta por un cuidado médico *que aun no ha recibido*. (No puede obtener una decisión rápida si su solicitud es sobre un pago o un cuidado médico que ya recibió.)
  - Puede obtener una decisión rápida *solamente* si el utilizar una fecha limite estándar puede *causar daños a su salud o afectar su habilidad para funcionar*.

- **Si su médico le dice que su salud requiere una “decisión rápida”, automáticamente acordaremos darle una decisión rápida.**
- Si usted solicita una decisión rápida por su cuenta, sin el apoyo de su médico, nosotros decidiremos si su salud requiere que le demos una decisión rápida.
  - Si decidimos que su decisión médica no cumple con los requisitos para una decisión rápida, le enviaremos una carta que lo explique (y utilizaremos la fecha límite estándar).
  - Esta carta le explicará que si su médico pide una decisión rápida le daremos una decisión rápida automáticamente.
  - La carta también le dirá como someter una “queja rápida” sobre nuestra decisión para darle una decisión estándar en vez de una decisión rápida, como usted solicitó. (Para mas información acerca del proceso para hacer una queja, incluyendo quejas rápidas, vea la Sección 9 de este capítulo.)

**Paso 2: Consideraremos su solicitud para cubierta de cuidado médico y le daremos una respuesta.**

*Fechas límite para una decisión de cubierta “rápida”*

- Por lo general, para una decisión rápida, le daremos una respuesta durante un periodo de tiempo de **72 horas**.
  - Según se explicó anteriormente, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales bajo ciertas circunstancias. Si decidimos tomarnos días adicionales para hacer una decisión, se lo dejaremos saber por escrito
  - Si usted entiende que *no* debemos tomarnos días adicionales, usted puede someter una “queja rápida” por nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando usted somete una queja rápida le daremos una contestación a su queja en un término de 24 horas. (Para mas información acerca del proceso para hacer una queja, incluyendo quejas rápidas, vea la Sección 9 de este capítulo.)
  - Si no le damos una contestación en 72 horas (o si el periodo de tiempo se extenderá) usted tiene derecho a apelar. La Sección 5.3 más adelante le explica como someter una apelación.
- **Si nuestra respuesta es que si, a alguna parte o a todo lo que usted solicitó,** debemos autorizar o proveer la cubierta por el cuidado médico que hemos acordado durante un término de 72 horas luego de haber recibido su solicitud. Si extendimos el tiempo necesario para tomar nuestra decisión, proveeremos cubierta al final ese periodo extendido.
- **Si nuestra respuesta es que no, a alguna parte o a todo lo que usted solicitó,** le enviaremos una declaración escrita que le explica por qué dijimos que no.

### *Fechas límite para una decisión de cubierta **estándar***

- Por lo general, para una decisión estándar le daremos una respuesta durante **un término de 14 días luego de haber recibido su solicitud.**
  - Bajo ciertas circunstancias podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales (“un periodo de tiempo extendido”). Si decidimos tomar estos días adicionales para tomar esta decisión se le dejaremos saber por escrito.
  - Si usted entiende que *no* debemos tomarnos días adicionales, usted puede someter una “queja rápida” por nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando usted somete una queja rápida le daremos una contestación a su queja en un término de 24 horas. (Para más información acerca del proceso para hacer una queja, incluyendo quejas rápidas, vea la Sección 9 de este capítulo.)
  - Si no le damos una contestación en 72 horas (o si el periodo de tiempo se extenderá) usted tiene derecho a apelar. La Sección 5.3 más adelante le explica como someter una apelación.
- **Si nuestra respuesta es que si, a alguna parte o a todo lo que usted solicitó,** debemos autorizar o proveer la cubierta que hemos acordado durante un término de 14 días luego de haber recibido su solicitud. Si extendimos el tiempo necesario para tomar nuestra decisión, proveeremos cubierta al final ese periodo extendido.
- **Si nuestra respuesta es que no, a alguna parte o a todo lo que usted solicitó,** le enviaremos una declaración escrita que le explica por qué dijimos que no.

### **Paso 3: Si le decimos que no a su solicitud de cubierta usted decide si quiere someter una apelación.**

- Si decimos que no, usted tiene derecho a pedir una reconsideración – y posiblemente un cambio – a esta decisión al someter una apelación. Someter una apelación significa intentar una vez más obtener el cuidado médico que usted desea.
- Si usted decide someter una apelación, esto significa que va a pasar al Nivel 1 del proceso de apelaciones (vea la Sección 5.3 a continuación).

#### **Sección 5.3**

#### **Paso a Paso: Como someter una Apelación de Nivel 1**

(como solicitar una revisión a la decisión de cubierta tomada por nuestro plan sobre su cuidado médico)

#### **Términos**

#### **Legales**

Una apelación al plan sobre una decisión de cubierta de cuidado médico es llamada “reconsideración.”

**Paso 1: Nos contacta y somete su apelación.** Si su salud requiere una respuesta rápida, usted debe solicitar una “**apelación rápida**”

### *Que debe hacer*

- **Para comenzar una apelación, debe contactarnos usted, su médico o su representante.** Para detalles en como comunicarse con nosotros para cualquier propósito relacionado a una apelación, vaya al Capítulo 2, Sección 1 y busque una sección llamada *Como contactarnos cuando va a someter una apelación sobre su cuidado médico.*
- **Si está solicitando una apelación estándar, haga su apelación estándar por escrito, sometiendo una solicitud firmada.**
  - Si usted tiene a alguien apelando nuestra decisión por usted que no es su médico, su apelación debe incluir una forma de Nombramiento de Representante autorizando a esta persona a representarlo. (Para obtener esta forma, debe comunicarse con Servicios al Cliente y solicitar la forma de “Nombramiento de Representante”. También está disponible en la página de internet de Medicare:  
<http://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf>. Aunque podemos aceptar su apelación sin esta forma, no podemos completar nuestra revisión hasta que la recibamos. Si no hemos recibido la misma durante un periodo de 44 días luego de haber recibido su apelación (nuestra fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación) su solicitud de apelación será enviada a una Organización de Revisión Independiente para su desestimación.
- **Si usted está solicitando una apelación rápida, haga su apelación por escrito o comuníquese con nosotros** a los números de teléfono que aparecen en el Capítulo 2, Sección 1 *Como contactarnos cuando va a someter una apelación sobre su cuidado médico.*
- **Usted debe someter su solicitud para apelación en un término de 60 días calendario** desde el día en que nosotros le enviamos una notificación escrita de nuestra respuesta a su decisión de cubierta. Si usted no cumple con la fecha límite y tiene una buena razón para haber fallado, pudiésemos darle más tiempo para someter su apelación. Ejemplos de una buena causa para fallar a una fecha límite pueden incluir el tener una enfermedad seria que lo imposibilita a contactarnos o el que nosotros le demos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para someter una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información sobre su decisión médica y añadir más información que apoye su apelación.**
  - Usted tiene el derecho de pedirnos una copia de la información sobre su apelación
  - Si usted desea, usted o su médico puede darnos información adicional para apoyar su decisión.

*Si su salud lo requiere, solicite una “apelación rápida” (puede solicitarla comunicándose con nosotros)*

<b>Términos Legales</b>	Una “apelación rápida” también puede ser llamada una “reconsideración acelerada”
-------------------------	--

- Si usted está apelando una decisión que tomamos sobre cubierta para un cuidado que no ha recibido aun, usted y su médico necesitaran decidir si necesita una “apelación rápida”
- Los requisitos y procedimientos para obtener una “apelación rápida” son los mismos de una “decisión rápida”. Para solicitar una apelación rápida, debe seguir las instrucciones de solicitar una decisión rápida. (Estas instrucciones se proveen anteriormente en esta sección.)
- Si su médico le dice que su salud requiere una “apelación rápida”, nosotros le daremos una apelación rápida.

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

- Cuando nuestro plan está revisando su apelación, nuevamente observamos con mucho cuidado toda la información sobre su solicitud para cubierta de un cuidado médico. Verificamos si seguimos apropiadamente todas las reglas cuando le dijimos que no a su solicitud.
- De ser necesario, recopilaremos más información. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico para obtener más información.

### ***Fechas límite para una apelación “rápida”***

- Cuando estamos utilizando fechas límite “rápidas”, debemos darle una respuesta durante un **término de 72 horas luego de haber recibido su apelación**. Le daremos una respuestas más rápida si así su salud lo requiere.
  - Sin embargo, si usted pide más tiempo o si nosotros necesitamos recopilar más información que puede beneficiarlo, podemos **tomarnos hasta 14 días calendario adicionales**. Si decidimos tomar días adicionales para tomar una decisión, se lo dejaremos saber por escrito.
  - Si no le proveemos una respuesta durante un término de 72 horas (o al final del periodo de tiempo extendido si tomamos días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisado por una organización independiente. Mas adelante en esta sección, le hablaremos de esta organización y le explicaremos que sucede en el proceso de apelaciones del Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es si a alguna parte o todo de lo que usted ha solicitado**, debemos autorizar o proveer la cubierta que hemos acordado proveer durante un término de 72 horas luego de haber recibido su apelación.

- **Si nuestra contestación es que no a alguna parte o todo de lo que usted ha solicitado**, le enviaremos una notificación de denegación escrita, informándole que hemos enviado su apelación automáticamente a la Organización Independiente de Revisión para una Apelación de Nivel 2.

#### *Fechas límite para una **apelación “estándar”***

- Si estamos utilizando fechas límites estándar, debemos proveerle una respuesta durante un término de 30 días calendario luego de haber recibido su apelación si su apelación es por cubierta de servicios que usted de no ha recibido aun. Le daremos nuestra decisión antes si así su salud lo requiere.
  - Sin embargo, si usted nos pide más tiempo, o si necesitamos recopilar más información que puede beneficiarlo, podríamos **tomarnos hasta 14 días calendario adicionales**.
  - Si usted piensa que *no deberíamos* tomarnos días adicionales, usted puede someter una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomarnos días adicionales. Cuando usted somete una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja durante un término de 24 horas. (Para más información sobre el proceso para someter quejas, incluyendo quejas rápidas, vea la Sección 9 de este capítulo.)
  - Si no le damos una respuesta en el término de las fechas límites mencionadas anteriormente (o en el término del tiempo extendido si tomamos días adicionales), se nos requiere que enviemos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización independiente externa. Mas adelante en esta sección, le hablaremos de esta organización y le explicaremos que sucede en el proceso de apelaciones del Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es sí a alguna parte o todo de lo que usted ha solicitado**, debemos autorizar o proveer la cubierta que hemos acordado proveer durante un término de 30 días luego de haber recibido su apelación.
- **Si nuestra contestación es que no a alguna parte o todo de lo que usted ha solicitado**, le enviaremos una notificación de denegación escrita, informándole que hemos enviado su apelación automáticamente a la Organización Independiente de Revisión para una Apelación de Nivel 2.

#### **Paso 3: Si nuestro plan dice que no a alguna parte o todo de su apelación, su caso será enviado *automáticamente* al próximo nivel del proceso de apelaciones**

- Para asegurarnos de que seguimos todas las reglas cuando dijimos no a su apelación, **se nos requiere enviar su apelación a la “Organización Independiente de Revisión”**. Cuando hacemos esto, significa que su apelación será enviada al próximo nivel en el proceso de apelaciones, el cual es el Nivel 2.

## Sección 5.4 Paso a paso: Como someter una apelación de Nivel 2

Si decimos no a su apelación de Nivel 1, su caso será *automáticamente* enviado al próximo nivel del proceso de apelaciones. Durante la Apelación de Nivel 2, la **Organización Independiente de Revisión** revisa la decisión que nosotros hemos tomado cuando hemos dicho no a su primera apelación. Esta organización decide si la decisión que hemos tomado debe ser cambiada.

<b>Términos Legales</b>	El nombre formal de la “Organización Independiente de Revisión” es la “ <b>Entidad Independiente de Revisión</b> ”. A veces se le llama “ <b>IRE</b> ” (Por sus siglas en inglés)
-------------------------	---

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

- **La Organización Independiente de Revisión es una organización independiente que es contratada por Medicare.** Esta organización no está conectada con nosotros y no es una agencia del gobierno. Esta organización es una compañía escogida por Medicare para manejar la tarea de ser la Organización Independiente de Revisión. Medicare supervisa su trabajo.
- Le enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información es llamada su “expediente” o “caso”. **Usted tiene el derecho de solicitarnos una copia de su caso.**
- Usted tiene el derecho de darle a la Organización Independiente de Revisión información adicional que apoye su apelación.
- Las personas que revisan en la Organización Independiente de Revisión observarán con cuidado toda la información relacionada con su apelación.

*Si usted tenía una apelación “rápida” en el Nivel 1, también tendrá una **apelación “rápida”** en el Nivel 2*

- Si usted tenía una apelación rápida de Nivel 1 a nuestro plan, usted recibirá automáticamente una apelación rápida en el Nivel 2. La organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 en un **término de 72 horas** a partir del momento que reciben su apelación.
- Sin embargo, si la Organización Independiente de Revisión necesita recopilar más información que podría ser beneficiosa para usted, **podría tomarse hasta 14 días calendario adicionales.**

*Si usted tenía una apelación “estándar” en el Nivel 1, también tendrá una **apelación “estándar”** en el Nivel 2*

- Si usted tenía una apelación estándar de Nivel 1 a nuestro plan, usted recibirá automáticamente una apelación estándar en el Nivel 2. La organización de revisión

debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 en un **término de 30 días calendario** a partir del momento que reciben su apelación.

- Sin embargo, si la Organización Independiente de Revisión necesita recopilar más información que podría ser beneficiosa para usted, **podría tomarse hasta 14 días calendario adicionales**.

### **Paso 2: La Organización Independiente de Revisión le provee su respuesta.**

La Organización Independiente de Revisión le enviara su decisión por escrito y explicando las razones de la misma.

- **Si la organización dice si a parte o todo de lo que usted solicitó**, debemos autorizar la cubierta médica en un término de 72 horas o proveer el servicio en un término de 14 días calendario después de que recibamos la decisión por parte de la organización de revisión.
- **Si la organización dice no a parte o toda su apelación**, significa que ellos están de acuerdo con nosotros de que su solicitud(o parte de ella) para cubierta de cuidado médico no debe ser aprobada. (A esto se le llama “mantener la decisión”. También se llama “denegando su apelación.”)
  - La notificación escrita que usted recibe por parte de la Organización Independiente de Revisión le dirá el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelación. Por ejemplo, para continuar y hacer otra apelación en el Nivel 3, el valor en dólares de la cubierta por cuidado médico que usted está solicitando debe cumplir con un valor mínimo. Si el valor en dólares de la cubierta que usted está solicitando es bajo, no puede hacer otra apelación, lo que significa que la decisión en el Nivel 2 es final.

### **Paso 3: Si su caso cumple los requisitos, usted decide si desea llevar su apelación más allá.**

- Existen 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación).
- Si su apelación de Nivel 2 es denegada y usted cumple con los requisitos para continuar el proceso de apelaciones, usted debe decidir si desea pasar al Nivel 3 y someter una tercera apelación. Los detalles de hacer esto están en notificación escrita que usted recibió luego de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez de ley administrativa. La Sección 8 en este capítulo le da más información acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

<b>Sección 5.5</b>	<b>¿Qué sucede si usted nos está solicitando que paguemos por nuestra parte de una factura que ha recibido por cuidado Médico?</b>
--------------------	--

Si desea solicitarnos el pago por cuidado médico, comience por leer el Capítulo 5 de este manual: *Pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos cubiertos*. El Capítulo 5 describe las situaciones en las cuales usted podría necesitar solicitarnos un reembolso o que paguemos una factura que ha recibido de un proveedor. También le dice como enviarnos la documentación que nos solicita el pago.

### **Solicitar un reembolso es solicitar una decisión de cubierta por parte de nosotros**

Si usted nos envía la documentación que nos solicita un reembolso, usted nos está solicitando que hagamos una decisión de cubierta (para más información sobre decisiones de cubierta, vea la Sección 4.1 de este capítulo). Para hacer esta decisión de cubierta, necesitamos revisar para ver si el cuidado médico por el cual usted pagó es un servicio cubierto (vea el Capítulo 4: *Tabla de Beneficios Médicos (que está cubierto y que usted paga)*). También revisaremos para ver si usted siguió con todas las reglas para el uso de su cubierta para cuidado médico (Estas reglas están en el Capítulo 3 de este manual: *Utilizando la cubierta del plan para sus servicios médicos*).

### **Diremos que si o que no a su solicitud**

- Si el cuidado médico por el cual pagó está cubierto y usted siguió todas las reglas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo de su cuidado médico en un término de 60 días calendario después de recibir su solicitud. O, si usted no ha pagado por los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor. (Cuando enviamos el pago, es lo mismo que decir *si* a su solicitud de una decisión de cubierta.)
- Si el cuidado médico *no* está cubierto, o usted *no* siguió todas las reglas, no enviaremos pago alguno. En cambio, le enviaremos una carta que dice que no pagaremos por los servicios y las razones de por qué. (Cuando denegamos su solicitud de pago, es lo mismo que decir *no* a su solicitud de una decisión de cubierta.)

### **¿Qué sucede si usted hace una solicitud de pago y nosotros decimos que no pagaremos?**

Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar su solicitud, **usted puede someter una apelación**. Si usted somete una apelación, esto significa que usted está pidiéndonos que cambiemos la decisión de cubierta que hicimos cuando denegamos su solicitud de pago.

**Para someter esta apelación, siga el proceso para apelaciones descritas en la parte 5.3 de esta sección.** Vaya a esta parte para instrucciones paso a paso. Cuando está siguiendo estas instrucciones, favor de tener en cuenta:

- Si usted somete una apelación para reembolso, le debemos dar nuestra respuesta en un término de 60 días calendario después de que recibamos su apelación. (Si está

solicitando que le paguemos por cuidado médico que usted ya recibió y por el cual ha pagado usted mismo, usted no está permitido a solicitar una apelación rápida.)

- Si la Organización Independiente de Revisión reversa nuestra decisión de negarle el pago, debemos enviarle el pago que usted ha solicitado o al proveedor en un término de 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es si en cualquier etapa del proceso de apelaciones luego del Nivel 2, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago solicitado por usted en un término de 60 días calendario.

---

## **SECCION 6      Como pedirnos cubierta para una hospitalización más prolongada cuando usted entiende que su médico le está dando de alta antes de tiempo**

---

Cuando usted es admitido en un hospital, usted tiene el derecho de recibir todos sus servicios de hospital cubiertos que son necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para más información sobre nuestra cubierta para su cuidado hospitalario, incluyendo las limitaciones en esta cubierta, vea el Capítulo 4 de este manual: *Tabla de Beneficios Médicos (que está cubierto y que usted paga)*.

Durante su hospitalización, su doctor y el personal del hospital estará trabajando con usted para prepararlo para el día cuando sea dado de alta. También le ayudaran a coordinar el cuidado que usted pueda necesitar luego de ser dado de alta.

- El día en que se va del hospital se le llama: “**fecha en que se le da de alta**”. La cubierta de nuestro plan para su hospitalización termina en esa fecha.
- Cuando la fecha en que se le da de alta ha sido decidida, su doctor o el personal del hospital se lo informara.
- Si usted piensa que se le ha dado de alta muy pronto, usted puede solicitar por una hospitalización más prolongada y su solicitud será considerada. Esta sección le dice como solicitarlo.

<b>Sección 6.1      Durante su hospitalización, recibirá una notificación de Medicare que le habla sobre sus derechos</b>
---

Durante su hospitalización, a usted se le dará una notificación por teléfono *Un Mensaje Importante de Medicare sobre Sus Derechos*. Todo beneficiario de Medicare recibe una copia de esta notificación cuando es admitido a un hospital. Alguien en el hospital (por ejemplo, un trabajador social o enfermera) debe entregárselo en un término de dos días luego de ser hospitalizado. Si usted no recibe la notificación, solicítela a cualquier empleado del hospital. Si usted necesita ayuda, favor de llamar a Servicios al Cliente. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

**1. Lea esta notificación cuidadosamente y pregunte si usted no la entiende.** La misma le habla sobre sus derechos como paciente de hospital, incluyendo:

- Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según ordenado por su médico. Esto incluye el derecho de saber cuáles son estos servicios, quien pagara por ellos y donde los puede recibir.
- Su derecho a estar involucrado en cualquier decisión sobre su hospitalización, y saber quién pagará por esto.
- Donde reportar cualquier preocupación que tenga con relación a la calidad de su cuidado hospitalario.
- Su derecho a apelar la decisión de darle de alta, si usted piensa que se le ha dado de alta muy pronto.

<b>Términos Legales</b>	La notificación escrita de Medicare le indica como usted puede “ <b>solicitar una revisión inmediata</b> ”. Solicitar una revisión inmediata es una manera formal y legal de solicitarnos una demora en la fecha que le darán de alta, de esta manera cubriremos su cuidado hospitalario por un tiempo prolongado. (La Sección 6.2 a continuación le dice como usted puede solicitar una revisión inmediata.)
-------------------------	---

**2. Usted debe de firmar la notificación escrita para mostrar que usted la recibió y que entendió sus derechos.**

- Usted o alguien que esté actuando por parte suya debe firmar la notificación. (La Sección 4 de este capítulo le informa como puede darle permiso escrito a alguien para que actúe como su representante.)
- Firmar la notificación *solo* indica que usted ha recibido la información sobre sus derechos. La notificación no da información sobre la fecha en que será dado de alta (su doctor o el personal del hospital le informará sobre la fecha en que será dado de alta). El firmar la notificación **no significa** que usted está de acuerdo con alguna fecha para darle de alta.

**3. Guarde su copia** de la notificación firmada y así tendrá la información sobre como someter una apelación (o para reportar una preocupación sobre la calidad del cuidado) a mano por si la necesita.

- Si usted firma la notificación más de 2 días antes de ser dado de alta, usted recibirá otra copia antes de que se le sea dado de alta.

- Si desea ver una copia de esta notificación con anticipación, usted puede llamar a Servicios al Cliente o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede verla en la página de internet [http://www.cms.gov/BNI/12\\_HospitalDischargeAppealNotices.asp](http://www.cms.gov/BNI/12_HospitalDischargeAppealNotices.asp).

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

Si desea solicitar que sus servicios hospitalarios sean cubiertos por nosotros por un tiempo prolongado, usted necesita usar el proceso de apelaciones para hacer esta solicitud. Antes de empezar, entienda que debe de hacer y cuáles son las fechas límite.

- **Siga el Proceso.** Cada paso en los primeros dos niveles del proceso de apelaciones están descrito mas abajo.
- **Cumpla con las fechas límite.** Las fechas límite son importantes. Esté seguro de que entienda y que siga las fechas límite que le aplican a las cosas que debe hacer.
- **Solicite ayuda si la necesita.** Si usted tiene preguntas o necesita ayuda en algún momento, favor de llamar a Servicios al Cliente (números de teléfono están en la parte posterior de este manual). O llame a su Programa de Asistencia en Seguros de Salud del Estado, una organización gubernamental que provee asistencia personalizada (vea la Sección 2 de este capítulo).

**Durante una Apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de Calidad revisa su apelación.** Verifica para ver si la fecha asignada para darle de alta es médicamente apropiada para usted.

**Paso 1: Contacte la Organización para el Mejoramiento de Calidad en su estado y solicite una “Revisión Rápida” de la fecha en que se le dará de alta del hospital. Debe actual rápidamente.**

<b>Términos Legales</b>	Una “revisión rápida” es también llamada una “revisión inmediata”
-------------------------	---

*¿Qué es la Organización para el Mejoramiento de Calidad?*

- Esta organización es un grupo de doctores y otros profesionales del cuidado de la salud a quienes el gobierno Federal les paga. Estos expertos no son parte de nuestro plan. Esta organización es pagada por Medicare para verificar y ayudar a mejorar la calidad del cuidado para personas con Medicare. Esto incluye la revisión de las fechas en que se le darán de alta a las personas con Medicare.

*¿Cómo puede contactar esta organización?*

- La notificación escrita que usted recibió (*Un Mensaje Importante de Medicare Sobre Sus Derechos*) le informa como usted puede contactar esta organización. (O encuentre

el nombre, dirección, y número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de Calidad en su estado en el Capítulo 2, Sección 4, de este manual.)

*Actúe rápidamente:*

- Para someter una apelación, usted debe contactar a la Organización para el Mejoramiento de Calidad *antes* de que usted salga del hospital y **no mas tarde de la fecha de alta planificada**. (Su “fecha de alta planificada” es la fecha que ha sido programada para darle de alta.)
  - Si usted cumple con esta fecha límite, usted esta permitido a quedarse en el hospital *después* de su fecha de alta *sin pagar por esto* mientras espera por la decisión de su apelación por parte de la Organización para el Mejoramiento de Calidad.
  - Si usted *no* cumple con esta fecha límite, y decide permanecer en el hospital luego de su fecha planificada de alta, *Podría tener que pagar por todos los costos* del cuidado hospitalario que reciba luego de su fecha planificada de alta.
- Si se le pasa la fecha límite para contactar la Organización para el Mejoramiento de Calidad acerca de su apelación, usted puede someter una apelación directamente a nuestro plan. Para detalles sobre esta otra manera de someter su apelación, vea la Sección 6.4.

*Solicite una “revisión rápida”:*

- Debe solicitar a la Organización para el Mejoramiento de Calidad una “**revisión rápida**” de su fecha a ser dado de alta. Solicitar una “revisión rápida” significa que usted está solicitando a la organización a utilizar las fechas límite “rápidas” para una apelación en vez de usar las fechas límite estándar.

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

**Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de Calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.**

*¿Qué pasa durante esta revisión?*

- Profesionales de la salud en la Organización para el Mejoramiento de Calidad (los llamaremos “los que hacen la revisión”) le preguntaran (o a su representante) por qué usted piensa que la cubierta para los servicios deben de continuar. No es necesario que prepare nada por escrito, pero puede hacerlo si desea.
- Los que revisan también revisaran su información médica, hablarán con su doctor y revisarán la información que el hospital y nosotros le hemos entregado.

- Para el mediodía del día después que los que revisan han informado a nuestro plan sobre su apelación, usted también recibirá una notificación que le informará su fecha planificada de alta y explica las razones de por qué su doctor, el hospital, y nosotros pensamos que está bien (medicamente apropiado) para usted ser dado de alta en esa fecha.

<b>Términos Legales</b>	Esta explicación escrita es llamada la “Notificación Detallada para ser dado de Alta”. Usted puede obtener un ejemplo de esta notificación llamando a Servicios al Cliente o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227, 24 horas al día, 7 días a la semana. Usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O puede ver una copia en la página de internet <a href="http://www.cms.hhs.gov/BNI/">http://www.cms.hhs.gov/BNI/</a>
-------------------------	--

**Paso 3: En el término de un día completo después de que tener toda la información que necesitan, la Organización para el Mejoramiento de Calidad le dará una respuesta a su apelación.**

*¿Qué pasa si la respuesta es si?*

- Si la organización de revisión dice *si* a su apelación, **debemos seguir proveyendo sus servicios hospitalarios cubiertos mientras estos servicios sean medicamente necesarios.**
- Tendrá que continuar pagando su parte de los costos (tales como deducibles o copagos, si estos aplican). En adición, puede que hayan limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos (Vea el Capítulo 4 de este manual).

*¿Qué pasa si la respuesta es no?*

- Si la organización de revisión dice *no* a su apelación, ellos están indicando que su fecha de alta planificada es medicamente apropiada. Si esto pasa, **nuestra cubierta para sus servicios hospitalarios terminará** al mediodía del día *después* que la Organización para el Mejoramiento de Calidad haya dado su respuesta a su apelación.
- Si la organización de revisión dice *no* a su apelación y usted decide quedarse en el hospital, entonces usted **podría tener que pagar el costo total** del cuidado hospitalario que usted reciba luego del mediodía del día después que la Organización para el Mejoramiento de Calidad haya dado su respuesta a su apelación.

**Paso 4: Si la respuesta a su Apelación de Nivel 1 es no, usted decide si desea someter otra apelación**

- Si la Organización para el Mejoramiento de Calidad deniega su apelación, y usted permanece en el hospital después de su fecha de alta planificada, entonces usted

puede someter otra apelación. Someter otra apelación significa que usted irá al Nivel 2 del proceso de Apelaciones.

<b>Sección 6.3</b>	<b>Paso a paso: Como someter una Apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha para ser dado de alta del hospital</b>
--------------------	--

Si la Organización para el Mejoramiento de Calidad ha denegado su apelación, y usted permanece en el hospital después de su fecha de alta planificada, entonces usted puede someter una Apelación de Nivel 2. Durante una Apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de Calidad que vea nuevamente la decisión que han tomado para su primera apelación. Si denegamos su Apelación de Nivel 2, usted tendrá que pagar el total del costo por su hospitalización luego de la fecha de alta planificada.

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

**Paso 1: Usted contacta la Organización para el Mejoramiento de Calidad nuevamente y solicita otra revisión**

- Usted debe solicitar por esta revisión en un **término de 60 días calendario** después del día que la Organización para el Mejoramiento de Calidad haya dicho *no* a su Apelación de Nivel 1. Usted puede solicitar por esta revisión solo si usted permaneció en el hospital después de la fecha que su cubierta para el cuidado terminó.

**Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de Calidad hace una segunda revisión de su situación**

- Los que revisan en la Organización para el Mejoramiento de Calidad observarán nuevamente con cuidado a toda la información relacionada con su apelación.

**Paso 3: En un término de 14 días calendario, los que revisan en la Organización para el Mejoramiento de Calidad tomarán una decisión para su apelación y le comunicarán su decisión.**

*Si la organización de revisión dice si:*

- **Debemos reembolsarle** por nuestra parte del costo por el cuidado hospitalario que usted haya recibido desde el mediodía del día después en que su primera apelación fue denegada por la Organización para el Mejoramiento de Calidad. **Debemos continuar proviendo cubierta para su cuidado hospitalario mientras este sea médicamente necesario.**
- Usted debe continuar pagando su parte de los costos y limitaciones de cubierta podrían aplicar.

*Si la organización de revisión dice no:*

- Significa que ellos están de acuerdo con la decisión que tomaron en su Apelación de Nivel 1 y no la cambiarán. Esto se le llama “mantener la decisión”.
- La notificación que usted recibirá le informará por escrito que usted puede hacer si usted desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles sobre cómo proceder hacia el próximo nivel de apelación, el cual es manejado por un juez.

**Paso 4: Si la respuesta es no, usted necesitara decidir si desea llevar su apelación más allá pasando al Nivel 3**

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles). Si la organización de revisión deniega su Apelación de Nivel 2, usted puede escoger aceptar esa decisión o ir al Nivel 3 y someter otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es revisada por un juez.
- La Sección 8 en este capítulo le da más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

<b>Sección 6.4</b>	<b>¿Qué sucede si usted no cumplió con la fecha límite para someter su Apelación de Nivel 1?</b>
--------------------	--

**Usted puede enviarnos una apelación**

Como explicamos en la Sección 6.2, usted debe actuar rápidamente para contactar a la Organización para el Mejoramiento de Calidad para comenzar su primera apelación de su dada de alta del hospital. (“Rápidamente” significa antes de que usted sea dado de alta y no mas tarde que su fecha planificada de alta). Si usted no cumplió con la fecha límite para contactar esta organización, hay otra manera de someter su apelación.

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

**Paso a paso: Como someter una Apelación Alterna de Nivel 1**

Si usted no cumplió con la fecha límite para contactar la Organización para el Mejoramiento de Calidad, usted puede someter una apelación a nosotros, solicitando una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que usa las fechas limites rápidas en vez de las fechas límite estándar.

<b>Términos Legales</b>	Una revisión “rápida” (o “apelación rápida”) es también llamada una “ <b>apelación expedita</b> ”.
-------------------------	--

**Paso 1: Contáctenos y solicite una “revisión rápida”.**

- Para detalles de cómo contactar nuestro plan, vaya al Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección *Como contactar nuestro plan cuando usted está sometiendo una apelación acerca de su cuidado médico*.
- **Asegúrese de solicitar una “revisión rápida”.** Esto significa que estaremos dándole una respuesta utilizando las fechas límite “rápidas” en vez de las fechas límite estándar.

**Paso 2: Hacemos una revisión “rápida” de su fecha planificada de alta, verificando si fue medicamento apropiada.**

- Durante esta revisión, observaremos toda la información sobre su hospitalización. Verificaremos si su fecha planificada de alta fue medicamento apropiada. Revisaremos si la decisión acerca de cuando usted debería ser dado de alta fue justa y siguió todas las reglas.
- En esta situación, usaremos las fechas límite “rápidas” en vez de las fechas límite estándar para darle una respuesta a esta revisión.

**Paso 3: Le damos nuestra decisión en un término de 72 horas después de que usted solicite una “revisión rápida” (“apelación rápida”).**

- **Si decimos si a su apelación rápida,** significa que hemos acordado con usted de que usted todavía necesita estar en el hospital después de la fecha para darle de alta, y nos mantendremos proveyendo sus servicios cubiertos mientras sea medicamento necesario. También significa que hemos acordado reembolsarle nuestra parte del costo del cuidado que usted ha recibido desde la fecha en que dijimos que su cubierta terminaría. (Usted debe pagar por su parte de los costos y podrían haber limitaciones de cubiertas que aplican.)
- **Si decimos no a su apelación rápida,** estamos diciendo que su fecha planificada de alta fue medicamento apropiada. Nuestra cubierta para los servicios hospitalarios terminarán el día en que dijimos que terminarían.
  - Si usted permaneció en el hospital *después* de su fecha planificada de alta, entonces **usted podría tener que pagar por el costo total** del servicio hospitalario que recibió después de la fecha planificada de alta.

**Paso 4: Si decimo *no* a su apelación rápida, su caso será *automáticamente* enviado al próximo nivel del proceso de apelaciones.**

- Para asegurar que seguimos todas las reglas cuando dijimos que no a su primera apelación rápida, **se nos requiere que enviemos su apelación a la “Organización Independiente de Revisión”.** Cuando hacemos esto, significa que usted va automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

## Paso a paso: Como someter una Apelación Alternativa de Nivel 2

Si decimos que no a su Apelación de Nivel 1, su caso será *automáticamente* enviado al próximo nivel del proceso de apelaciones. Durante la Apelación de Nivel 2, la **Organización Independiente de Revisión** revisa la decisión que hemos tomado cuando dijimos no a su “apelación rápida”. Esta organización decide si la decisión que hicimos debe ser cambiada.

<b>Términos Legales</b>	El nombre formal de la “Organización Independiente de Revisión” es la “ <b>Entidad Independiente de Revisión</b> ”. A veces es llamada “ <b>IRE.</b> ” (por sus siglas en inglés)
-------------------------	---

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

- Se nos requiere enviar la información de su Apelación de Nivel 2 a la Organización Independiente de Revisión en un término de 24 horas después de decir que no a su primera apelación. (Si usted piensa que no cumplimos con esta u otras fechas límite, usted puede someter una queja. El proceso de quejas es diferente al proceso de apelaciones. La Sección 9 de este capítulo le informa como someter una queja.)

### **Paso 2: La Organización Independiente de Revisión hace una “revisión rápida” de su apelación. Los que revisan la apelación le darán una respuesta en un término de 72 horas.**

- **La Organización Independiente de Revisión es una organización independiente que es contratada por Medicare.** Esta organización no está conectada con nuestro plan y no es una agencia del gobierno. Esta organización es una compañía seleccionada por Medicare para manejar la tarea de ser la Organización Independiente de Revisión. Medicare supervisa su trabajo.
- Las personas que revisan en la Organización Independiente de Revisión observarán cuidadosamente a toda la información relacionada con la apelación de su dada de alta del hospital.
- **Si la organización dice *si* a su apelación,** entonces debemos reembolsarle (pagarle de vuelta) por nuestra parte del costo del cuidado hospitalario que ha recibido desde su fecha planificada de alta. También debemos continuar la cubierta del plan por sus servicios hospitalarios mientras este sea medicamento, estas podrían limitar cuanto le reembolsaremos o que tiempo continuaremos cubriendo sus servicios.
- **Si la organización dice *no* a su apelación,** significa que están de acuerdo con nosotros en que su fecha planificada de dada de alta del hospital es medicamento apropiada.
  - La notificación que usted recibe de parte de la Organización Independiente de Revisión le informará por escrito que usted puede hacer si desea continuar con

el proceso de revisión. Le dará los detalles sobre cómo pasar a una Apelación de Nivel 3, la cual es manejada por un juez.

**Paso 3: Si la Organización Independiente de Revisión deniega su apelación, usted decide si desea llevar su apelación mas allá.**

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si los que revisan su apelación dicen no a su Apelación de Nivel 2, usted decide si aceptar esta decisión o ir al Nivel 3 y hacer una tercera apelación.
- La Sección 8 en este capítulo le da mas información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

---

**SECCION 7      Como solicitarnos que mantengamos la cubierta de ciertos servicios médicos si usted piensa que su cubierta está terminando muy pronto**

---

<b>Sección 7.1</b>	<i>Esta sección es <u>solo</u> sobre tres servicios:</i> <b>Servicios de Cuidado de Salud en el Hogar, facilidad de cuidado de enfermería diestra, y Facilidad de Rehabilitación Comprensiva Ambulatoria (CORF por sus siglas en inglés)</b>
--------------------	---

Esta sección se refiere *solamente* a los siguientes tipos de cuidado:

- **Servicios de Cuidado de Salud en el Hogar** que usted esté recibiendo.
- **Cuidado de enfermería diestra** Que usted esté recibiendo como paciente de una facilidad de enfermería diestra. (Para saber mas sobre los requisitos para ser considerado una “facilidad de enfermería diestra”, vea el Capitulo 10, *Definiciones de palabras importantes.*)
- **Cuidado de Rehabilitación** que usted esté recibiendo como paciente ambulatorio en una Facilidad de Rehabilitación Comprensiva Ambulatoria (CORF por sus siglas en inglés) aprobada por Medicare. Usualmente, esto significa que usted está recibiendo tratamiento por una enfermedad o accidente, o que se está recuperando de una operación mayor. (Para mas información sobre este tipo de facilidad, vea el Capitulo 10, *Definiciones de palabras importantes.*)

Cuando usted está recibiendo cualquiera de estos tipos de cuidado, usted tiene el derecho de seguir recibiendo sus servicios cubiertos para ese tipo de cuidado mientras dicho cuidado sea necesario para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para más información sobre sus servicios cubiertos, incluyendo su parte del costo y cualquier limitación que podría aplicar a la

cubierta, vea el Capítulo 4 de este manual: *Tabla de Beneficios Médicos (que está cubierto y que usted paga)*.

Cuando decidamos que es tiempo de dejar de cubrir alguno de los tres tipos de cuidado para usted, se nos requiere informárselo por adelantado. Cuando su cubierta para ese cuidado termine, *dejaremos de pagar nuestra parte del costo por su cuidado.*

Si usted piensa que estamos terminando la cubierta de su cuidado muy rápido, usted puede apelar esta decisión. Esta sección le indica como solicitar una apelación.

<b>Sección 7.2</b>	<b>Le avisaremos con anticipación cuando su cubierta estará terminando</b>
--------------------	--

- 1. Usted recibe una notificación por escrito.** Al menos dos días antes de que nuestro plan vaya a dejar de cubrir su cuidado, la agencia o facilidad que esta proveyendo su cuidado le dará una notificación.
  - La notificación por escrito le informa la fecha en que dejaremos de cubrir el cuidado para usted.
  - La notificación escrita también le informa lo que usted puede hacer si usted quiere solicitarle a nuestro plan que cambie la decisión de cuando terminar su cuidado, y mantener cubriéndolo por un periodo de tiempo más prolongado.

<b>Términos Legales</b>	Al decirle que usted puede hacer, la notificación escrita le está diciendo como usted puede solicitar una “ <b>apelación rápida</b> ”. Solicitar una apelación rápida es una manera formal y legal de solicitarnos un cambio a nuestra decisión de cubierta sobre cuando detener su cuidado. (La Sección 7.3 más abajo le dice como puede solicitar una apelación rápida.)
-------------------------	--

<b>Términos Legales</b>	La notificación escrita es llamada la “ <b>Notificación de No Cubierta de Medicare</b> ”. Para obtener un ejemplo, puede llamar a Servicios al Cliente o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. (Usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048.) O puede ver una copia en la página de internet <a href="http://www.cms.hhs.gov/BNI/">http://www.cms.hhs.gov/BNI/</a>
-------------------------	---

## 2. Usted debe firmar la notificación escrita como muestra de que usted la recibió.

- Usted o alguien que esté actuando en su nombre debe firmar la notificación. (Sección 4 le indica como usted puede dar autorización escrita a otra persona para ser su representante.)
- Firmar la notificación indica *solo* que usted ha recibido la información acerca de cuándo su cubierta se detendrá. Firmarla **no significa que usted esté de acuerdo** con el plan de que es tiempo que deje de recibir el cuidado.

<b>Sección 7.3</b>	<b>Paso a paso: Como someter una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su cuidado por un tiempo más prolongado</b>
--------------------	---

Si usted desea solicitarnos que cubramos su cuidado por un periodo de tiempo más prolongado, usted necesita utilizar el proceso de apelaciones para someter esta solicitud. Antes de que empiece debe entender que necesita hacer y cuáles son las fechas límite.

- **Siga el Proceso.** Cada paso en los primeros dos niveles del proceso de apelaciones están descrito mas abajo.
- **Cumpla con las fechas límite.** Las fechas límite son importantes. Esté seguro de que entienda y que siga las fechas límite que le aplican a las cosas que debe hacer. (Si usted entiende que no estamos cumpliendo con nuestras fechas límites, usted puede someter una queja. La Sección 9 de este capítulo le informa como puede someter una queja.)
- **Solicite ayuda si la necesita.** Si usted tiene preguntas o necesita ayuda en algún momento, favor de llamar a Servicios al Cliente (números de teléfono están en la parte posterior de este manual). O llame a su Programa de Asistencia en Seguros de Salud del Estado, una organización gubernamental que provee asistencia personalizada (vea la Sección 2 de este capítulo).

**Durante una Apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de Calidad revisa su apelación y decide si cambiar la decisión tomada por nuestro plan.**

**Paso 1: Someta su Apelación de Nivel 1: Contacte a la Organización para el Mejoramiento de Calidad en su estado y solicite una revisión. Usted debe actual rápidamente.**

*¿Qué es la Organización de Mejoramiento de Calidad?*

- Esta organización es un grupo de doctores y otros expertos en el cuidado de la salud que son pagados por el gobierno Federal. Estos expertos no son parte de nuestro plan. Ellos verifican la calidad del servicio recibido por las personas con Medicare y revisan decisiones del plan sobre cuando es tiempo de detener la cubierta en ciertos tipos de cuidado médico.

*¿Cómo puede usted contactar esta organización?*

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

*¿Qué debería solicitar?*

- Solicite a esta organización realizar una revisión independiente de si es médicamente apropiado que terminemos la cubierta para sus servicios médicos.

*Su fecha límite para contactar esta organización.*

- Usted debe de contactar a la Organización para el Mejoramiento de Calidad para comenzar su apelación *no más tarde del mediodía del día después de recibir la notificación escrita indicándoles cuando detendremos la cubierta de su cuidado.*
- Si usted no cumple con la fecha límite para contactar a la Organización para el Mejoramiento de Calidad, usted puede someter una apelación directamente a nosotros. Para detalles sobre esta otra manera de someter su apelación, vea la Sección 7.5.

**Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de Calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.**

*¿Qué pasa durante esta revisión?*

- Profesionales de la salud en la Organización para el Mejoramiento de Calidad (los llamaremos “los que revisan”) le preguntaran a usted (o a su representante) el por qué usted piensa que la cubierta por los servicios debe continuar. No tiene que preparar nada por escrito, pero si desea puede hacerlo.
- La organización de revisión también observará su información médica, hablará con su doctor, y revisara la información que nuestro plan le ha entregado.
- Al final del día en que los que revisan nos avisen sobre su apelación, usted recibirá una notificación escrita de nosotros que informa nuestras razones por las cuales estamos terminando la cubierta por sus servicios.

<b>Términos Legales</b>	Esta notificación explicativa es llamada la “Explicación Detallada de No Cubierta”.
-------------------------	---

**Paso 3: En el término de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los que revisarán su apelación le informaran sobre su decisión.**

*¿Qué pasa si los que revisan dicen si a su apelación?*

- Si los que revisan dice *si* a su apelación, **nos debemos mantener proveyendo sus servicios cubiertos mientras estos sean medicamente necesarios.**
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (tales como deducibles o copagos). Además, puede que hayan limitaciones en sus servicios cubiertos (vea el Capítulo 4 de este manual).

*¿Qué pasa si los que revisan dicen no a su apelación?*

- Si los que revisan dicen *no* a su apelación, entonces **su cubierta terminara en la fecha que le informamos.** Nosotros dejaremos de pagar nuestra parte de los costos de este cuidado.
- Si usted decide continuar recibiendo los servicios de cuidado de salud en el hogar, o de cuidado de facilidad de enfermería diestra o de Facilidad de Rehabilitación Comprensiva Ambulatoria (CORF por sus siglas en inglés) después de la fecha en que su cubierta termina, **usted tendrá que pagar el costo** de este cuidado por su cuenta.

**Paso 4: Si la respuesta a su Apelación de Nivel 1 es no, usted decide si desea someter otra apelación.**

- Esta primera apelación que usted somete es el “Nivel 1” del proceso de apelaciones. Si los que revisan dicen *no* a su Apelación de Nivel 1 – y usted escoge continuar recibiendo el cuidado después que su cubierta haya terminado – entonces usted puede someter otra apelación.
- Someter otra apelación significa que usted ira al “Nivel 2” del proceso de apelaciones.

<b>Sección 7.4</b>	<b>Paso a paso: Como someter una Apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su cuidado por un periodo de tiempo mas largo</b>
--------------------	---

Si la Organización para el Mejoramiento de Calidad ha denegado su apelación y usted escoge continuar recibiendo el cuidado después de que su cubierta haya terminado, entonces usted puede someter una Apelación de Nivel 2. Durante una Apelación de Nivel 2, usted le solicita a la Organización para el Mejoramiento de Calidad que observe nuevamente la decisión que tomaron en su primera apelación. Si nosotros denegamos su Apelación de Nivel 2, usted podría tener que pagar el costo total de los servicios de cuidado de salud en el hogar, o de cuidado de facilidad de enfermería diestra o de Facilidad de Rehabilitación Comprensiva Ambulatoria (CORF por sus siglas en inglés) *después* de la fecha en que su cubierta termina.

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

Si nuestro plan contesta que no a su apelación del Nivel 1, su caso será *automáticamente* enviado al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación del Nivel 2, la organización **de evaluación Independiente** evalúa la decisión que tomo nuestro plan cuando contesto que no a su “apelación rápida.” Esta organización decide si la decisión que tomamos debe de ser cambiada.

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

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

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

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

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

**La notificación que usted recibe de la organización de evaluación Independiente le dirá por escrito lo que usted puede hacer si desea continuar con el proceso de evaluación. Le dará a usted los detalles sobre cómo pasar al Nivel 3 de Apelaciones.**

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

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2. Si los evaluadores dicen no a su Nivel 2 de Apelaciones, usted puede decidir si acepta esa decisión o si va someter otra apelación en el nivel 3. En el Nivel 3, su apelación será revisada por un juez.
- Sección 8 en este capítulo le dirá más sobre los Niveles 3, 4, y 5 del proceso de apelaciones.

---

## **SECCION 8 Tomando su Apelación al Nivel 3 y más allá**

---

<b>Sección 8.1</b>	<b>Niveles de Apelación 3, 4, y 5 para Apelaciones para la Parte D de medicamentos</b>
--------------------	--

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

Si el valor monetario del medicamento por el que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, puede que sea posible que usted pueda pasar a niveles adicionales de apelación. Si el valor monetario es menor que el nivel mínimo, usted no podrá apela mas allá. Si el valor monetario es lo suficientemente alto, la contestación escrita que usted reciba por su Apelación de Nivel 2 le explicara a quien contactar y qué hacer para solicitar una Apelación del Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que envuelven una Apelación, los últimos tres niveles de Apelación funcionan de cierta manera de la misma forma. Estos son los que manejan la Evaluación de su Apelación en cada uno de estos niveles.

<b>Nivel 3 de Apelación</b>	<b>Un juez que trabaja para el gobierno federal</b> será quien evalúe su Apelación y le dará respuesta. Este juez es llamado un “Juez de Leyes Administrativas.”
-----------------------------	--

- **Si la contestación es que si, el proceso de Apelación termina.** Lo que usted solicito en la apelación ha sido aprobado.
- **Si la contestación es que no, el proceso de Apelación puede o no haber terminado.**
  - Si usted acepta esta decisión de denegación de su Apelación, el proceso de Apelación ha terminado.

- Si usted no quiere aceptar la decisión, usted puede continuar con el siguiente nivel del proceso de Evaluación. Si el juez administrativo dice que no a la apelación, la notificación que usted recibirá le dirá que hacer después si usted decide continuar con su Apelación. Cada vez que el evaluador dice no a su Apelación, la notificación que recibirá usted le dirá si las reglas le permiten pasar a otro nivel de Apelación. Si las reglas le permiten continuar, la notificación escrita también le dirá a quien contactar y qué hacer si decide continuar con su Apelación.

<b>Nivel 4 de Apelación</b>	El <b>Concilio de Apelaciones de Medicare</b> evaluará su Apelación y le dará una respuesta. El Concilio de Apelaciones de Medicare trabaja para el gobierno Federal.
-----------------------------	---

- **Si la respuesta es sí, el proceso de Apelaciones termina.** Lo que usted solicitó en la Apelación fue aprobado.
- **Si la respuesta fue no, el proceso puede que no se haya terminado.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión donde se le deniega su Apelación, el proceso de Apelación ha terminado.
  - Si usted no quiere aceptar la decisión, usted pudiera continuar en el próximo nivel del proceso de Evaluación. Dependerá de su situación. Si el Concilio de Apelaciones de Medicare deniega su apelación o se niega a su solicitud de revisión de su Apelación, la notificación que usted recibirá le dirá si las reglas le permiten pasar al Nivel 5 de Apelaciones. Si las reglas se lo permiten, la notificación escrita también le dirán a quien contactar y qué hacer después si usted escoge continuar con su Apelación.

<b>Nivel 5 de Apelaciones</b>	Un juez en el <b>Corte Federal de Distrito</b> evaluará su Apelación. Este es el último paso del proceso de Apelaciones.
-------------------------------	--

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

## SOMETIENDO QUEJAS

---

### SECCION 9 **Como someter una queja sobre la calidad del cuidado, tiempos de espera, servicio al cliente u otras preocupaciones.**

---



Si su problema es sobre decisiones relacionadas a sus beneficios, entonces esta sección *no es para usted*. Usted debe de usar el proceso para decisiones de cubierta y apelaciones. Vaya a la Sección 4 de este capítulo.

<b>Sección 9.1</b>	<b>¿Qué tipo de problemas son manejados por el proceso de quejas?</b>
--------------------	---

Esta sección explica cómo usar el proceso para someter quejas. El proceso de quejas es utilizado *solamente* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados a la calidad del cuidado, tiempos de espera, y servicio al cliente que usted recibe. He aquí ejemplos de los tipos de problemas manejados por el proceso de quejas.

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

**Calidad de su cuidado médico.**

- ¿Está usted descontento con la calidad del cuidado que usted ha recibido (incluyendo el cuidado en el hospital)?

**Respeto a su privacidad**

- ¿Entiende usted que alguien no respeta su derecho a la privacidad o compartió información sobre usted que usted siente debió ser confidencial?

**Irrespeto, servicio al cliente pobre u otro comportamiento negativo**

- ¿Ha sido alguien grosero o le ha faltado el respeto?
- ¿Está descontento con como nuestro Servicios al Cliente lo ha tratado?
- ¿Siente usted que lo hemos motivado a desafiarse del plan?

**Tiempos de espera**

- ¿Está teniendo problemas para conseguir una cita, o a esperado demasiado para conseguirla?
- ¿Ha esperado demasiado por doctores u otros profesionales de la salud, O por nuestro Servicios al Cliente u otro personal del plan?
  - Ejemplos incluyen tiempos de espera muy largos en el teléfono, en la sala de espera o en la sala de exámenes.

**Limpieza**

- ¿Está usted descontento con la limpieza o las condiciones de una clínica, hospital, u oficina de un doctor?

**Información que obtiene de nosotros**

- ¿Cree usted que no le hemos dado una notificación que estamos requeridos a darle?
- ¿Cree usted que la información escrita que le hemos dado es difícil de entender?

*La próxima pagina contiene mas ejemplos de posibles razones para someter una queja*

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

#### **Estos tipos de quejas están relacionadas con la puntualidad de nuestras acciones relacionadas a decisiones de cubierta y apelaciones**

El proceso de solicitar una decisión de cubierta y de someter una apelación es explicado en las secciones 4-8 de este capítulo. Si usted está solicitando una decisión de cubierta o sometiendo una apelación, usted utiliza ese proceso, no el proceso de quejas.

Sin embargo, si usted ya nos solicitó por una decisión de cubierta o sometió una apelación, y usted piensa que no hemos respondido suficientemente rápido, usted puede también someter una queja acerca de nuestra lentitud. He aquí unos ejemplos:

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

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

#### **Términos Legales**

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

**someter una querella.”**

### **Sección 9.3 Paso a paso: Sometiendo una queja**

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

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

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

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

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

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

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

usted se le notificará la fecha de la vista al menos 5 días laborables previos a la visita. Asuntos de calidad de cuidado/calidad de servicio son resueltos a través del Comité de Revisión de Iguales y a usted se le notificará el resultado por escrito.

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

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

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

<b>Términos Legales</b>	Lo que esta Sección le llama una “queja rápida” es llamada también una “querella rápida.”
-------------------------	---

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

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

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

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

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

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

## **Capítulo 8. Terminando su afiliación con el plan**

<b>SECCION 1</b>	<b>Introducción .....</b>	<b>128</b>
Sección 1.1	Este capítulo se enfoca en la terminación de afiliación a nuestro plan.....	128
<b>SECCION 2</b>	<b>¿Cuándo puede usted terminar su afiliación a nuestro plan?.....</b>	<b>128</b>
Sección 2.1	Usted puede terminar su afiliación durante el Periodo Anual de Afiliación .....	128
Sección 2.2	Usted puede cancelar su membresía durante el Periodo de Desafiliación de Medicare Advantage, pero sus opciones de planes serán más limitados.....	129
Sección 2.3	En ciertas situaciones, usted puede finalizar su membresía durante un Periodo de Afiliación Especial.....	130
Sección 2.4	¿Dónde puede usted conseguir más información sobre cuando usted puede cancelar su membresía?.....	130
<b>SECCION 3</b>	<b>¿Como usted cancela su afiliación en nuestro plan? .....</b>	<b>131</b>
Sección 3.1	Usually, you end your membership by enrolling in another plan.....	131
<b>SECCION 4</b>	<b>Hasta el momento que su afiliación termine, usted deberá seguir recibiendo sus servicios médicos a través de nuestro plan .....</b>	<b>132</b>
Sección 4.1	Hasta que su afiliación termine, usted sigue siendo un afiliado de nuestro plan.....	132
<b>SECCION 5</b>	<b>AHM_Básico (HMO) debe terminar su afiliación en el plan en ciertas situaciones .....</b>	<b>133</b>
Sección 5.1	¿Cuándo debemos terminar su afiliación en el plan?.....	133
Sección 5.2	Nosotros no podemos pedirle que abandone nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud .....	134

Sección 5.3	Usted tiene el derecho a someter una queja si nosotros terminamos su afiliación a nuestro plan .....	134
-------------	--	-----

---

## SECCION 1 Introducción

---

<b>Sección 1.1</b>	<b>Este capítulo se enfoca en la terminación de afiliación a nuestro plan</b>
--------------------	---

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

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

Si usted está saliendo de nuestro plan, usted debe continuar recibiendo servicios cubiertos a través de nuestro plan hasta que su afiliación termine.

---

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

---

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

<b>Sección 2.1</b>	<b>Usted puede terminar su afiliación durante el Periodo Anual de Afiliación</b>
--------------------	--

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

- **¿Cuándo es el Periodo Anual de Afiliación?** Esto sucede desde Octubre 15 hasta Diciembre 7 en el 2011.
- **¿A qué tipo de plan se puede usted cambiar durante el Periodo Anual de Afiliación?** Durante este Periodo, usted puede revisar su cubierta de salud y su cubierta de medicamentos recetados. Usted puede elegir mantener su cubierta actual o hacer cambios a su cubierta para el año próximo. Si usted decide cambiarse a un nuevo plan, Usted puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
  - Otro plan de Medicare Advantage. (Puede escoger un plan que cubra medicamentos recetados o un plan que no cubra medicamentos recetados.)
  - Medicare Original *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare
  - – *o* – Medicare Original *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare.
- **¿Cuándo terminará su membresía?** Su membresía terminará cuando la cubierta de su Nuevo plan comience en Enero 1.

<b>Sección 2.2</b>	<b>Usted puede cancelar su membresía durante el Periodo de Desafiliación de Medicare Advantage, pero sus opciones de planes serán más limitados</b>
--------------------	---

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

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

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

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

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

### **Sección 2.4      ¿Dónde puede usted conseguir más información sobre cuando usted puede cancelar su membresía?**

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

- Usted puede **llamar a Servicios al Cliente** (los números de contacto están en la parte posterior de este manual).
- Usted puede encontrar la información en el Manual de **Medicare y Usted 2012**.
  - Todos los beneficiarios de Medicare reciben una copia de *Medicare y Usted* cada otoño. Los nuevos beneficiarios de Medicare lo reciben durante el periodo de un mes luego de haberse inscrito inicialmente.
  - Usted también puede descargar una copia desde la página de Internet de Medicare (<http://www.Medicare.gov>). O, usted puede ordenar una copia impresa llamando a Medicare al número a continuación.
- Usted puede contactar a **Medicare** al número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 horas al día, los 7 días de la semana. Usuarios de TTY deben de llamar al 1-877-486-2048.

---

## **SECCION 3      ¿Como usted cancela su afiliación en nuestro plan?**

---

<b>Sección 3.1</b>	<b>Por lo general, puede terminar su membresía afiliándose a otro plan</b>
--------------------	--

Usualmente, para cancelar su afiliación con nuestro plan, usted simplemente tiene que afiliarse a otro plan de Medicare durante uno de los periodos de afiliación (vea la Sección 2 para mas información acerca de periodos de afiliación). Sin embargo, si usted quiere cambiar de nuestro plan a Medicare Original *sin* un plan de de medicamentos recetados de Medicare, debe pedir ser desafiado de nuestro plan. Hay dos formas para pedir ser desafiado:

- Puede solicitarlo por escrito. (Puede contactar a Servicios al Cliente para mas información )
- --o--Puede comunicarse con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

<b>Si usted desea cambiar de nuestro plan a:</b>	<b>Esto es lo que debe de hacer:</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Otro plan de Medicare.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Afiliarse en un nuevo plan de Medicare Advantage.</li></ul>

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

---

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

---

<b>Sección 4.1</b>	<b>Hasta que su afiliación termine, usted sigue siendo un afiliado de nuestro plan</b>
--------------------	--

Si usted abandona *AHM\_Básico (HMO)*, podría tomarse tiempo antes de que su afiliación termine y su nueva cubierta Medicare tome efecto. (Ver Sección 2 para información sobre

cuando su nueva cobertura comienza.) Durante este tiempo, usted debe continuar recibiendo su cuidado médico a través de nuestro plan.

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

---

## **SECCION 5      *AHM\_Básico (HMO) debe terminar su afiliación en el plan en ciertas situaciones***

---

<b>Sección 5.1      ¿Cuándo debemos terminar su afiliación en el plan?</b>
--

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

- Si usted no se mantiene continuamente afiliado a Medicare Parte A y Parte B.
- Si usted se muda fuera del área de servicio del plan por más de seis meses
  - Si usted se muda o se va en un viaje por mucho tiempo, usted necesita llamar a Servicios al Cliente para verificar si el lugar donde se está mudando esta en el área de nuestro plan.
- Si usted va a la cárcel.
- Si usted intencionalmente nos da una información incorrecta al momento de su afiliación en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan.
- Si usted continuamente se comporta de una manera que es alborotosa y que nos dificulta proveerle cuidados a usted y a otros miembros de nuestro plan.
  - Nosotros no podemos hacer que se desafilie de nuestro plan por esta razón a menos que tengamos el permiso de Medicare primero.
- Si usted permite que alguien más use su tarjeta de membresía para conseguir cuidado médico.
  - Si nosotros terminamos sus afiliación por esta razón, Medicare podría hacer que el Inspector General investigue su caso.

### **¿Dónde puede usted conseguir más información?**

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

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

<b>Sección 5.2</b>	<b>Nosotros no podemos pedirle que abandone nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud</b>
--------------------	---

### **¿Que debería de hacer usted si esto sucede?**

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

<b>Sección 5.3</b>	<b>Usted tiene el derecho a someter una queja si nosotros terminamos su afiliación a nuestro plan</b>
--------------------	---

Si nosotros terminamos su afiliación a nuestro plan, nosotros debemos informarle nuestras razones por escrito por las cuales su afiliación fue terminada. Nosotros también debemos explicarle como someter una queja sobre nuestra decisión de terminar su afiliación. Usted también puede buscar en el Capítulo 7, Sección 9 información sobre como someter una queja.

## **Capítulo 9. Notificaciones Legales**

<b>SECCION 1</b>	<b>Aviso sobre las leyes que nos regulan.....</b>	<b>136</b>
<b>SECCION 2</b>	<b>Aviso sobre la no-discriminación.....</b>	<b>136</b>

---

## **SECCION 1      Aviso sobre las leyes que nos regulan**

---

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

---

## **SECCION 2      Aviso sobre la no-discriminación**

---

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

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

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

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

**Autorización Previa-** Aprobación previa antes de recibir ciertos medicamentos que pueden o no estar incluidos en el formulario. Algunos medicamentos sólo están cubiertos si su médico u otro proveedor del plan obtienen “pre autorización” de nosotros. Los medicamentos cubiertos que requieren pre autorización están marcados en el formulario.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Organización de Mejoramiento de Calidad (QIO)** – Grupos de médicos y otros expertos en el cuidado de la salud pagados por el gobierno federal para monitorear y mejorar el cuidado que se brinda a los pacientes de Medicare. Ellos revisan sus quejas acerca de la calidad del cuidado que

ofrecen los Proveedores de Medicare. En el Capítulo 2 le explicamos lo que debe hacer para comunicarse con el QIO en Puerto Rico.

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

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

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

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

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

**Proveedor de la Red – “Proveedor”** es el término que generalmente usamos para los médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otras facilidades que están autorizadas o certificadas por Medicare y por el Estado para proveer servicios para el cuidado de la salud. Le llamamos “**proveedores de la red**” cuando han llegado a un acuerdo con nuestro Plan para aceptar nuestra tarifa como pago total, y en algunos casos coordinar, además de proveer, los servicios cubiertos a los afiliados de nuestro Plan. Nuestro Plan les paga a sus proveedores a base de los contratos que tiene con éstos o si los proveedores aceptan brindarle los servicios cubiertos por el Plan. También se conocen como proveedores del plan.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Servicios al Cliente de AHM\_Básico (HMO)

<b>LLAME</b>	1-888-620-1919  Las llamadas a este teléfono son libre de costo. Lunes a domingo de 8:00 AM a 8:00 PM  Servicios al Cliente tiene servicios de interprete libre de costo para personas que no hablen español.
<b>TTY</b>	1-866-620-2520  Este número requiere un equipo telefónico especial y es solamente para personas con dificultad para escuchar o hablar.  Las llamadas a este teléfono son libres de costo. Lunes a domingo de 8:00 AM a 8:00 PM
<b>FAX</b>	787-620-0931
<b>ESCRIBA</b>	American Health Medicare PO Box 11320 San Juan, Puerto Rico 00922
<b>PÁGINA DE INTERNET</b>	<a href="http://www.ahmpr.com">www.ahmpr.com</a>

## La Oficina del Procurador de las Personas Pensionadas y de la Tercera Edad de Puerto Rico

Oficina del Procurador de las Personas Pensionadas y de la Tercera Edad es un programa estatal que recibe fondos del Gobierno Federal y provee consejería libre de costo a personas con Medicare.

<b>LLAME</b>	787-721-6121
<b>ESCRIBA</b>	Oficina del Procurador de las Personas Pensionadas y de la Tercera Edad PO Box 19179 San Juan, Puerto Rico 00919-1179
<b>PÁGINA DE INTERNET</b>	<a href="http://www.oppte.pr.gov">www.oppte.pr.gov</a>