



Evidencia de Cobertura

**Sus beneficios y servicios de Medicare como miembro de
ConnectiCare Choice Plan 2**

Del 1.º de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024

H3528_202460CY24_C

ConnectiCare



Del 1.º de enero al 31 de diciembre de 2024

Evidencia de Cobertura:

Sus beneficios y servicios de salud de Medicare como miembro de ConnectiCare Choice Plan 2 (HMO-POS)

En este documento se proporcionan los detalles de la cobertura del cuidado de la salud de Medicare desde el 1.º de enero hasta el 31 de diciembre de 2024. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con el Servicio de Atención a Miembros al 1-800-224-2273. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a sábados, del 1.º de abril al 30 de septiembre. Esta llamada es gratuita.

Este plan, ConnectiCare Choice Plan 2, es ofrecido por ConnectiCare, Inc. (Cuando en esta *Evidencia de Cobertura* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa ConnectiCare, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa ConnectiCare Choice Plan 2).

Este documento se encuentra disponible de forma gratuita en español.

También podemos proporcionar información de manera que le sea útil a usted, como información en letra grande, sistema braille u otros formatos alternativos.

Los beneficios, las primas o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2025.

Los proveedores de la red pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario. Notificaremos a los afiliados afectados sobre los cambios con al menos 30 días de anticipación.

En este documento se explican sus beneficios y derechos. Utilice este documento para comprender lo siguiente:

- la prima de su plan y los costos compartidos;
- Sus beneficios médicos;
- cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento;
- cómo comunicarse con nosotros si necesita más ayuda; y
- otras protecciones requeridas por la ley de Medicare.

H3528_202460CY24_C

Evidencia de Cobertura de 2024**Índice**

CAPÍTULO 1: Comenzar como miembro.....	4
SECCIÓN 1 Introducción.....	5
SECCIÓN 2 ¿Qué necesita para ser elegible para ser miembro del plan?	6
SECCIÓN 3 Materiales de membresía importantes que recibirá	6
SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para ConnectiCare Choice Plan 2	8
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual.....	9
SECCIÓN 6 Mantener actualizado su registro de membresía del plan.....	9
SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan.....	10
CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos importantes.....	11
SECCIÓN 1 Contactos de ConnectiCare Choice Plan 2 (cómo comunicarse con nosotros, lo cual incluye cómo comunicarse con el Servicio de Atención a Miembros)12	
SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare).....	15
SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia con seguros de salud (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare).....	17
SECCIÓN 4 Organización de mejora de la calidad	17
SECCIÓN 5 Seguro Social.....	18
SECCIÓN 6 Medicaid.....	19
SECCIÓN 7 Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario	20
SECCIÓN 8 ¿Tiene un seguro grupal u otro seguro de salud de un empleador?.....	20
CAPÍTULO 3: Uso del plan para sus servicios médicos.....	21
SECCIÓN 1 Lo que debe saber acerca de su atención médica como miembro de nuestro plan	22
SECCIÓN 2 Use proveedores en la red del plan para recibir sus servicios de atención médica.....	23
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios en caso de emergencia o de necesidad urgente de atención médica, o durante una catástrofe.....	26
SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios?.....	28
SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica?	29
SECCIÓN 6 Reglas para obtener atención en una institución religiosa de cuidado de	

Índice

la salud no médica	31
SECCIÓN 7 Reglas para la adquisición del equipo médico duradero	32
CAPÍTULO 4: <i>Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)</i>.....	34
SECCIÓN 1 Cómo comprender sus gastos de bolsillo por los servicios cubiertos	35
SECCIÓN 2 Use la <i>Tabla de beneficios médicos</i> para determinar lo que está cubierto y cuánto pagará.....	36
SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?.....	78
CAPÍTULO 5: <i>Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted recibió por servicios médicos cubiertos</i>	84
SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte del gasto por sus servicios cubiertos	85
SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos un reembolso o el pago de una factura que ha recibido .	86
SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y le diremos si lo aceptamos o lo rechazamos	87
CAPÍTULO 6: <i>Sus derechos y responsabilidades</i>	88
SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y su sensibilidad intercultural como miembro del plan.....	89
SECCIÓN 2 Como miembro del plan, tiene algunas responsabilidades.....	99
CAPÍTULO 7: <i>¿Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)?</i>	101
SECCIÓN 1 Introducción.....	102
SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada.....	102
SECCIÓN 3 Para manejar su problema, ¿qué proceso debe seguir?	103
SECCIÓN 4 Guía sobre los conceptos básicos de las decisiones de cobertura y las apelaciones	104
SECCIÓN 5 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura	106
SECCIÓN 6 Cómo solicitarnos la cobertura de una internación hospitalaria más prolongada si usted considera que está siendo dado de alta demasiado pronto	114
SECCIÓN 7 Cómo pedirnos que mantengamos la cobertura de determinados servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto	120
SECCIÓN 8 Cómo seguir con el proceso de apelación en el Nivel 3 y posteriores	126
SECCIÓN 9 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio de atención a miembros u otras inquietudes	127
CAPÍTULO 8: <i>Cómo terminar su membresía en el plan</i>.....	131

SECCIÓN 1 Introducción a cómo terminar su membresía en nuestro plan 132

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede usted terminar su membresía en nuestro plan? 132

SECCIÓN 3 ¿Cómo termina usted su membresía en nuestro plan?..... 134

SECCIÓN 4 Hasta que termine su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos y servicios médicos a través de nuestro plan..... 135

SECCIÓN 5 ConnectiCare Choice Plan 2 debe terminar su membresía en el plan en ciertas situaciones 135

CAPÍTULO 9: Avisos legales..... 137

SECCIÓN 1 Aviso sobre la legislación aplicable 138

SECCIÓN 2 Aviso respecto de la no discriminación..... 138

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare 138

CAPÍTULO 10: Definiciones de palabras importantes 139

CAPÍTULO 1:

Comenzar como miembro

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Usted está inscrito en ConnectiCare Choice Plan 2, que es un plan HMO punto de servicio de Medicare

Usted está cubierto por Medicare y decidió recibir su cuidado de la salud de Medicare mediante nuestro plan ConnectiCare Choice Plan 2. Debemos cubrir todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, la participación en los costos y el acceso a proveedores de este plan difieren de los de Original Medicare.

ConnectiCare Choice Plan 2 es un plan HMO de Medicare Advantage (HMO significa organización para el mantenimiento de la salud) con una opción de punto de servicio (POS, siglas en inglés) aprobada por Medicare y gestionada por una compañía privada. “Punto de servicio” significa que usted puede usar los proveedores fuera de la red del plan por un costo adicional. (Consulte la Sección 2.3 del Capítulo 3 para obtener información sobre el uso del punto de servicio). El plan ConnectiCare Choice Plan 2 no incluye cobertura de medicamentos con receta Parte D.

La cobertura conforme a este Plan califica como cobertura de salud calificada (QHC) y satisface el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en: www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Sección 1.2 ¿De qué trata el documento de *Evidencia de Cobertura*?

En este documento de *Evidencia de Cobertura*, se indica cómo obtener su atención médica. Explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto, lo que usted paga como miembro del plan y cómo presentar una queja si no está satisfecho con una decisión o tratamiento.

Las palabras *cobertura* y *servicios cubiertos* se refieren a la atención médica y los servicios que usted tiene disponibles como miembro de ConnectiCare Choice Plan 2.

Es importante que usted sepa cuáles son las reglas del plan y qué servicios están disponibles para usted. Le recomendamos que se tome un tiempo para revisar este documento de *Evidencia de Cobertura*.

Si está confundido, preocupado o simplemente tiene alguna pregunta, comuníquese con el Servicio de Atención a Miembros de nuestro plan.

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de Cobertura*

Esta *Evidencia de Cobertura* forma parte de nuestro contrato con usted sobre cómo ConnectiCare Choice Plan 2 cubre su atención. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción y toda notificación que reciba de nosotros sobre cambios en su cobertura o condiciones que afecten a su cobertura. En ocasiones, estos avisos se denominan *cláusulas adicionales* o *enmiendas*.

El contrato tiene vigencia durante los meses en los que está inscrito en ConnectiCare Choice Plan 2, entre el 1.º de enero de 2024 y el 31 de diciembre de 2024.

Cada año calendario, Medicare nos permite hacer cambios a los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y los beneficios de ConnectiCare Choice Plan 2 después del 31 de diciembre de 2024. También podemos optar por dejar de ofrecer el plan u ofrecerlo en un área de servicio distinta después del 31 de diciembre de 2024.

Medicare (los Centros de servicios de Medicare & Medicaid) debe aprobar ConnectiCare Choice Plan 2 cada año. Usted puede continuar recibiendo la cobertura de Medicare todos los años como miembro de nuestro plan siempre que decidamos seguir ofreciendo el plan y que Medicare renueve su aprobación del plan.

SECCIÓN 2 ¿Qué necesita para ser elegible para ser miembro del plan?

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad

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

- Usted tiene cobertura tanto de Medicare Parte A como de Medicare Parte B.
- -- y -- viva en nuestra área geográfica de servicio (la Sección 2.3 a continuación describe nuestra área de servicio). No se considera a las personas encarceladas como residentes de la zona geográfica de servicio, incluso si están físicamente ubicadas en ella;
- -- y -- sea ciudadano de los Estados Unidos o esté presente legalmente en los Estados Unidos.

Sección 2.2 Esta es el área de servicio del plan de ConnectiCare Choice Plan 2

ConnectiCare Choice Plan 2 solo está disponible para las personas que viven en nuestra área de servicio del plan. Para continuar siendo miembro de nuestro plan, debe seguir viviendo en el área de servicio del plan. A continuación se describe el área de servicio.

Nuestra área de servicio abarca los siguientes condados del estado de Connecticut:

Fairfield, Hartford, Litchfield, Middlesex, New Haven, New London, Tolland, Windham

Si tiene previsto mudarse fuera del área de servicio, no puede seguir siendo miembro de este plan. Comuníquese con el Servicio de Atención a Miembros para ver si tenemos un plan en su nueva área. Cuando se mude, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de medicamentos o de salud de Medicare que esté disponible en su nueva ubicación.

También es importante llamar al Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto del Seguro Social en la Sección 5 del Capítulo 2.

Sección 2.3 Ciudadano o residente legal de los EE. UU.



Los miembros de los planes de salud de Medicare deben ser ciudadanos de los EE. UU. o residentes legales de los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a ConnectiCare Choice Plan 2 si usted no es elegible para seguir siendo miembro por este motivo. ConnectiCare Choice Plan 2 debe cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.



SECCIÓN 3 Materiales de membresía importantes que recibirá



Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe utilizar su tarjeta de membresía cada vez que obtenga servicios cubiertos por este plan. También deberá presentar al proveedor su tarjeta de Medicaid, si

corresponde. La siguiente es una muestra de la tarjeta de membresía que ilustra cómo será la suya:

 Member Name ID: KXXXXXXXXX Some copays: PCP: \$XX Specialist: \$XX  connecticare.com/medicare	Medicare Advantage Choice Plan 2 (HMO-POS) Preventive Dental RxBIN: 610014 RxGrp: TKYA CMS: H3528-003	Phone numbers Member services: 800-224-2273 (TTY: 711) Mental health and substance abuse: 888-946-4658 Dental: 855-973-2803 Routine Vision: 833-337-3134 Provider information Medical claims (Payer ID: 78375): 877-224-8230 P.O. Box 4000, Farmington, CT 06034-4000 Behavioral health claims: P.O. Box 30760, Salt Lake City, UT 84130-0760 Dental claims (Payer ID: 52133): P.O. Box 30605, Salt Lake City, UT 84130-0605 Your Evidence of Coverage has details about your plan benefits.
---	---	--

 Member Name ID: KXXXXXXXXX Some copays: PCP: \$XX Specialist: \$XX  connecticare.com/medicare	Medicare Advantage Choice Plan 2 (HMO-POS) Comprehensive Dental RxBIN: 610014 RxGrp: TKYA CMS: H3528-003	Phone numbers Member services: 800-224-2273 (TTY: 711) Mental health and substance abuse: 888-946-4658 Dental: 855-973-2803 Routine Vision: 833-337-3134 Provider information Medical claims (Payer ID: 78375): 877-224-8230 P.O. Box 4000, Farmington, CT 06034-4000 Behavioral health claims: P.O. Box 30760, Salt Lake City, UT 84130-0760 Dental claims (Payer ID: 52133): P.O. Box 30605, Salt Lake City, UT 84130-0605 Your Evidence of Coverage has details about your plan benefits.
---	--	--

 Member Name ID: KXXXXXXXXX Some copays: PCP: \$XX Specialist: \$XX  connecticare.com/medicare	Medicare Advantage Choice Plan 2 (HMO-POS) Dental Indemnity RxBIN: 610014 RxGrp: TKYA CMS: H3528-003	Phone numbers Member services: 800-224-2273 (TTY: 711) Mental health and substance abuse: 888-946-4658 Dental: 855-973-2803 Routine Vision: 833-337-3134 Provider information Medical claims (Payer ID: 78375): 877-224-8230 P.O. Box 4000, Farmington, CT 06034-4000 Behavioral health claims: P.O. Box 30760, Salt Lake City, UT 84130-0760 Dental claims (Payer ID: 52133): P.O. Box 30605, Salt Lake City, UT 84130-0605 Your Evidence of Coverage has details about your plan benefits.
---	--	--

NO use su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si utiliza su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía de ConnectiCare Choice Plan 2, es posible que usted mismo deba pagar el costo total por los servicios médicos. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que se le pida que la muestre si necesita servicios hospitalarios, servicios de hospicio o si participa en estudios de investigación clínica, también llamados “ensayos clínicos”, aprobados por Medicare.

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

Sección 3.2 Directorio de proveedores

En el *Directorio de proveedores* se detallan los proveedores actuales de nuestra red y los proveedores de equipo médico duradero. Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de cuidado de la salud, grupos médicos, proveedores de equipos médicos duraderos, hospitales y otros centros de salud que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y toda participación en los costos del plan como pago total.

Debe utilizar los proveedores de la red para recibir atención médica y servicios. Si utiliza proveedores fuera de la red sin la autorización adecuada, deberá pagar el costo en su totalidad. Las únicas excepciones son los casos de emergencia, los servicios urgentemente necesarios cuando la red no está disponible (por lo general, cuando no es razonable o no es posible obtener servicios dentro de la red), los servicios de diálisis que se brindan fuera del área y los casos en que ConnectiCare Choice Plan 2 autorice el uso de proveedores fuera de la red.

Puede utilizar proveedores fuera de la red para obtener sus servicios dentales integrales y preventivos cubiertos. Sus gastos de bolsillo serán más altos. Además de su parte de los costos descritos en el Capítulo 4, usted será responsable de la diferencia entre los cargos del dentista y la tarifa del plan. El dentista que lo atiende no puede estar excluido del programa de Medicare.

Si no tiene una copia del *Directorio de proveedores*, puede solicitar una (en formato impreso o electrónico) al Servicio de Atención a Miembros. Las solicitudes del Directorio de proveedores impreso se le enviarán por correo en el transcurso de tres días laborables.

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para ConnectiCare Choice Plan 2

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

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

Las primas de Medicare Parte B varían para personas con diferentes ingresos. Si tiene preguntas sobre estas primas, revise la sección *Costos de Medicare 2024* de su copia del manual *Medicare y Usted 2024*. Si necesita una copia, puede descargarla del sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O bien, puede solicitar una copia impresa por teléfono, llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.1 Prima del plan

No tiene que pagar una prima mensual por separado para ConnectiCare Choice Plan 2.

Sección 4.2 Prima mensual de Medicare Parte B

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare.

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

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual

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

No. No tenemos permitido cambiar el importe que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia para el próximo año, se lo informaremos en septiembre y el cambio entrará en vigencia el 1.º de enero.

SECCIÓN 6 Mantener actualizado su registro de membresía del plan

Su registro de membresía tiene información de su formulario de inscripción, incluido su domicilio y número de teléfono. Indica su cobertura específica del plan, incluido su proveedor de atención primaria.

Los médicos, los hospitales y otros proveedores de la red del plan necesitan contar con información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red usan su registro de membresía para saber qué servicios están cubiertos y los importes de participación en los costos para usted.** Debido a esto, es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

Infórmenos si ocurren estos cambios:

Cambios en su nombre, domicilio o número de teléfono.

Cambios en cualquier otra cobertura del seguro de salud que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge o pareja doméstica, compensación laboral o Medicaid).

Si tiene alguna reclamación por responsabilidad legal, tales como reclamaciones por un accidente automovilístico.

Si ingresó en un hogar de ancianos

Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencia fuera del área o fuera de la red

Si cambia la parte responsable designada (por ejemplo, un cuidador)

Si está participando en un estudio de investigación clínica (**Note:** No está obligado a informar a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que pretenda participar, pero le recomendamos que lo haga).

Si alguno de estos datos cambia, infórmenos llamando al Servicio de Atención a Miembros.

También es importante comunicarse con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto del Seguro Social en la Sección 5 del Capítulo 2.

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Otro seguro

Medicare requiere que reunamos información suya sobre cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que tenga. Eso se debe a que debemos coordinar cualquier otra cobertura que tenga con sus beneficios conforme a nuestro plan. A esto se le llama **Coordinación de beneficios**.

Una vez al año, le enviaremos una carta donde se detalla cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos sobre la que tengamos conocimiento. Lea esta información con atención. Si es correcta, no es necesario que haga nada. Si la información no es correcta o tiene otra cobertura que no está indicada, llame al Servicio de Atención a Miembros. Es posible que tenga que proporcionar el número de identificación de miembro del plan a sus otros seguros (una vez que haya confirmado la identidad de estos), de manera que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando usted tiene otro seguro (como una cobertura de salud grupal del empleador), existen reglas establecidas por Medicare que deciden si nuestro plan o su otro seguro paga primero. El seguro que primero paga se denomina “pagador principal” y paga hasta los límites de su cobertura. El que paga en segundo término, denominado “pagador secundario”, solo paga si quedaron costos sin cubrir de la cobertura principal. El pagador secundario puede no pagar todos los costos no cubiertos. Si usted cuenta con otro seguro, informe a su médico, hospital y farmacia.

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

- Si usted tiene cobertura de jubilado, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de plan de salud grupal se basa en su empleo actual o el de un familiar, quién paga primero depende de su edad, el número de personas empleadas por su empleador y si cuenta con Medicare basado en la edad, discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal (ESRD):
 - Si usted es menor de 65 años y está discapacitado, y usted o un miembro de su familia aún trabaja, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados, o al menos un empleador en un plan de múltiples empleadores tiene más de 100 empleados.
 - Si usted es mayor de 65 años, y usted o su cónyuge o pareja doméstica aún trabajan, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 o más empleados, o al menos un empleador en un plan de múltiples empleadores tiene más de 20 empleados.
- Si usted tiene Medicare debido a una enfermedad renal en etapa terminal, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de que pasa a ser elegible para Medicare.

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

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

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

CAPÍTULO 2:

*Números de teléfono y
recursos importantes*

SECCIÓN 1 Contactos de ConnectiCare Choice Plan 2 (cómo comunicarse con nosotros, lo cual incluye cómo comunicarse con el Servicio de Atención a Miembros)

Cómo comunicarse con el Servicio de Atención a Miembros de nuestro plan

Para obtener asistencia por consultas sobre reclamaciones, facturación o la tarjeta de miembro, llame o escriba al Servicio de Atención a Miembros de ConnectiCare Choice Plan 2. Será un placer ayudarlo.

Método	Servicio de Atención a Miembros: información de contacto
LLAMADAS	1-800-224-2273 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a sábados, del 1.º de abril al 30 de septiembre. El Servicio de Atención a Miembros también ofrece servicios gratuitos de interpretación disponibles para personas que no hablan inglés.
TTY	711 - Para llamar a este número, se necesita un equipo telefónico especial, y está destinado solo a personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a sábados, del 1.º de abril al 30 de septiembre.
FAX	1-860-674-2232
CORREO	ConnectiCare Attn: Servicio de Atención a Miembros P.O. Box 4050 Farmington, CT 06034-4050 *Envíenos un correo electrónico: Info@connecticare.com *Los miembros pueden enviar preguntas generales a esta dirección de correo electrónico. No utilice esta dirección de correo electrónico para enviar información confidencial, como identificaciones de miembro, números de Seguro Social o información médica privada. Este tipo de información solo debe enviarse en un formato seguro.
SITIO WEB	connecticare.com/medicare

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

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y su cobertura o sobre el importe que pagaremos por sus servicios médicos. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que evaluemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones sobre su atención médica, consulte el Capítulo 7 (*Qué hacer si tiene un problema o queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Decisiones de cobertura y apelaciones para la atención médica: información de contacto
LLAMADAS	1-800-508-6157 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes.
TTY	711 - Para llamar a este número, se necesita un equipo telefónico especial, y está destinado solo a personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes.
FAX	1-866-706-6929
CORREO	ConnectiCare Attn: Medicare Utilization Management P.O. Box 4050 Farmington, CT 06034-4050
SITIO WEB	connecticare.com/medicare

Método	Apelaciones para atención médica o medicamentos con receta Parte B: información de contacto
LLAMADAS	1-800-224-2273 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a sábados, del 1.º de abril al 30 de septiembre.
TTY	711 Para llamar a este número, se necesita un equipo telefónico especial, y está destinado solo a personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a sábados, del 1.º de abril al 30 de septiembre.
FAX	1-800-867-6674
CORREO	ConnectiCare Attn: Quejas formales y apelaciones P.O. Box 4010 Farmington, CT06034
SITIO WEB	connecticare.com/medicare

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

Puede presentar una queja sobre nosotros o alguna de nuestras farmacias o proveedores de la red, incluidas quejas con respecto a la calidad de su atención. Este tipo de queja no implica disputas sobre el pago o la cobertura. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el Capítulo 7 (*¿Qué hacer si tiene un problema o queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas?]*).

Método	Quejas acerca de la atención médica o los medicamentos con receta Parte B: información de contacto
LLAMADAS	1-800-224-2273 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a sábados, del 1.º de abril al 30 de septiembre.
TTY	711 - Para llamar a este número, se necesita un equipo telefónico especial, y está destinado solo a personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a sábados, del 1.º de abril al 30 de septiembre.
FAX	1-800-867-6674
CORREO	ConnectiCare Attn: Quejas formales y apelaciones P.O. Box 4010 Farmington, CT06034
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja acerca de ConnectiCare Choice Plan 2 directamente a Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx (en inglés).

Dónde enviarnos una solicitud de pago de nuestra parte del costo de la atención médica o un medicamento que haya recibido

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

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

Método	Solicitudes de pago: información de contacto
CORREO	Atención médica ConnectiCare P.O. Box 4000 Farmington, CT 06034-4000 Attn: Medicare Payment Requests
SITIO WEB	connecticare.com/medicare

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

Medicare es el programa del seguro de salud federal destinado a personas mayores de 65 años, determinadas personas menores de 65 años con discapacidades y personas que padecen enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (a veces, denominados CMS [siglas en inglés]). Esta agencia celebra contratos con las organizaciones de Medicare Advantage, entre las cuales estamos nosotros.

Método	Medicare: información de contacto
LLAMADAS	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Para llamar a este número, se necesita un equipo telefónico especial, y está destinado solo a personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas.
SITIO WEB	<p>www.Medicare.gov</p> <p>Este es el sitio web oficial del gobierno para Medicare. Le proporciona información actualizada sobre Medicare y los temas actuales de Medicare. Además, tiene información sobre hospitales, residencias para ancianos, médicos, agencias de cuidado de la salud en el hogar y centros de diálisis. Incluye documentos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar los contactos de Medicare en su estado.</p> <p>El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre sus opciones de elegibilidad e inscripción para Medicare con las siguientes herramientas:</p> <ul style="list-style-type: none">• Herramienta de elegibilidad para Medicare: brinda información sobre el estado de elegibilidad para Medicare.• Buscador de planes Medicare: brinda información personalizada sobre los planes de medicamentos con receta de Medicare, planes de salud de Medicare y pólizas de Medigap (seguro suplementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas proporcionan un <i>cálculo</i> de lo que sus gastos de bolsillo pueden ser en diferentes planes Medicare. <p>También puede usar el sitio web para informar a Medicare cualquier queja que tenga sobre ConnectiCare Choice Plan 2:</p> <ul style="list-style-type: none">• Informe a Medicare sobre su queja: Puede presentar una queja acerca de ConnectiCare Choice Plan 2 directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas muy en serio y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare. <p>Si no tiene una computadora, su centro para adultos mayores o la biblioteca local pueden ayudarlo a visitar este sitio web utilizando sus computadoras. También puede llamar a Medicare y decirles qué información está buscando. Ellos encontrarán la información en el sitio web y la evaluarán con usted. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227], las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048).</p>

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

El Programa estatal de asistencia con seguros de salud (SHIP) es un programa gubernamental que cuenta con consejeros capacitados en cada estado. En Connecticut, el SHIP se llama CHOICES (programa de Connecticut para asistencia con el seguro de salud, difusión, información y derivación, consejería, detección de elegibilidad [Connecticut's program for Health insurance assistance, Outreach Information and referral, Counseling, Eligibility Screening]).

CHOICES es un programa estatal independiente (no está vinculado con ninguna compañía de seguros o plan de salud) que recibe dinero del gobierno federal para ofrecer orientación gratuita local sobre seguros de salud a personas con Medicare.

Los consejeros de CHOICES pueden ayudarle a entender sus derechos de Medicare, a presentar quejas en relación con su atención o tratamiento médicos y a resolver los problemas con las facturas de Medicare. Los consejeros de CHOICES también pueden ayudarle si tiene preguntas o problemas en relación con Medicare, así como a comprender sus opciones de planes Medicare y responder preguntas sobre el cambio de plan.

MÉTODO PARA ACCEDER AL SHIP y OTROS RECURSOS:

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

Método	CHOICES (SHIP de Connecticut): información de contacto
LLAMADAS	1-800-994-9422
TTY	711 - Para llamar a este número, se necesita un equipo telefónico especial, y está destinado solo a personas con dificultades para oír o hablar.
CORREO	CHOICES Departamento de Servicios Sociales de Connecticut Departamento de Geriátría del Estado 55 Farmington Avenue - 12th Floor Hartford, CT 06105
SITIO WEB	www.ct.gov/agingservices

SECCIÓN 4 Organización de mejora de la calidad

Hay una Organización de mejora de la calidad designada para atender a beneficiarios de Medicare en cada estado. Para Connecticut, la Organización de mejora de la calidad se llama Kepro.

Kepro cuenta con un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a quienes Medicare les paga para que revisen y ayuden a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Kepro es una organización independiente. No está relacionada con nuestro plan.

Debe comunicarse con Kepro ante cualquiera de estas situaciones:

- Si tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió.
- Si cree que la cobertura de su estadía hospitalaria termina demasiado pronto.
- Si cree que la cobertura de sus servicios de cuidado de salud en el hogar, atención del centro de enfermería especializada o en un centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF, siglas en inglés) termina demasiado pronto.

Método	KEPRO (Organización de mejora de la calidad de Connecticut)
LLAMADAS	1-888-319-8452 Horario de atención: de 9 a.m. a 5 p.m., los días de semana; y de 11 a.m. a 3 p.m., los fines de semana y feriados
TTY	711 Para llamar a este número, se necesita un equipo telefónico especial, y está destinado solo a personas con dificultades para oír o hablar. Horario de atención: de 9 a.m. a 5 p.m., los días de semana; y de 11 a.m. a 3 p.m., los fines de semana y feriados
CORREO	Correo: KEPRO 5201 West Kennedy Blvd. Suite 900 Tampa, FL 33609 Fax: 1-844-878-7921
SITIO WEB	www.keproqio.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y manejar la inscripción para Medicare. Los ciudadanos de EE. UU. y los residentes permanentes legales que tienen 65 años o más, o que tienen una discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal y cumplen con ciertas condiciones, son elegibles para acceder a Medicare. Si ya está recibiendo cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no recibe cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. Para solicitar Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar la oficina del Seguro Social local.

Si se muda o cambia su dirección postal, es importante llamar al Seguro Social para avisar.

Método	Seguro Social: información de contacto
LLAMADAS	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de lunes a viernes, de 8 a.m. a 7 p.m. Puede utilizar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas transacciones durante las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Para llamar a este número, se necesita un equipo telefónico especial, y está destinado solo a personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de lunes a viernes, de 8 a.m. a 7 p.m.
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que brinda ayuda con los costos médicos a personas con ingresos y recursos limitados. Algunas personas con Medicare también son elegibles para acceder a Medicaid. Los programas que se ofrecen a través de Medicaid ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Entre estos **programas de ahorros de Medicare** se incluyen los siguientes:

Beneficiario calificado de Medicare (QMB): ayuda a pagar las primas de Medicare Parte A y Parte B y la participación en los costos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para obtener los beneficios completos de Medicaid: [QMB+]).

Persona calificada (QI): Ayuda a pagar las primas de la Parte B.

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con el Departamento de Servicios Sociales de Connecticut.

Método	Departamento de Servicios Sociales de Connecticut: información de contacto
LLAMADAS	1-800-842-1508 El horario de atención es de lunes a viernes de 7:30 a.m. a 4 p.m.
TTY	1-800-842-4524 Para llamar a este número, se necesita un equipo telefónico especial, y está destinado solo a personas con dificultades para oír o hablar.
CORREO	State of Connecticut Department of Social Services 55 Farmington Avenue Hartford, CT 06105
SITIO WEB	www.ct.gov/dss

SECCIÓN 7 Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario

La Junta de Retiro Ferroviario es una agencia federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores ferroviarios nacionales y sus familias. Si usted recibe su cobertura de Medicare a través de la Junta de Retiro Ferroviario, es importante que le informe si se muda o cambia su domicilio postal. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario, comuníquese con la agencia.

Método	Junta de Retiro Ferroviario: información de contacto
LLAMADAS	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona “0”, puede hablar con un representante de la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios de las 9 a.m. a las 3:30 p.m., lunes, martes, jueves y viernes, y de 9 a.m. a 12 p.m. los miércoles. Si presiona “1”, puede acceder a la Línea de ayuda automatizada de RRB con información grabada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y feriados.
TTY	1-312-751-4701 Para llamar a este número, se necesita un equipo telefónico especial, y está destinado solo a personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.
SITIO WEB	rrb.gov/

SECCIÓN 8 ¿Tiene un seguro grupal u otro seguro de salud de un empleador?

Si usted (o su cónyuge o pareja doméstica) obtiene beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o del de su cónyuge o pareja doméstica) como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios del empleador o sindicato, o al Servicio de Atención a Miembros si tiene alguna pregunta. Puede preguntar acerca de los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja doméstica). (Los números de teléfono del Servicio de Atención a Miembros se encuentran en la contraportada de este documento). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare en este plan.

CAPÍTULO 3:

*Uso de la cobertura del plan
para sus servicios médicos*

SECCIÓN 1 Lo que debe saber acerca de su atención médica como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que debe saber para utilizar el plan a fin de recibir cobertura por su atención médica. En él, se proporcionan definiciones de términos y se explican las reglas que debe seguir para recibir los tratamientos médicos, servicios, equipos, medicamentos con receta de la Parte B y otros tipos de atención médica cubiertos por el plan.

Para obtener información detallada sobre qué atención médica está cubierta por nuestro plan y cuánto es lo que usted paga cuando obtiene esta atención, utilice la tabla de beneficios en el siguiente capítulo, Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos: lo que está cubierto y lo que usted paga*).

Sección 1.1 ¿Qué son los proveedores de la red y los servicios cubiertos?

Los **proveedores** son médicos y otros profesionales de atención médica a quienes el estado les otorga licencias para proporcionar atención y servicios médicos. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de atención médica.

Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos de médicos, hospitales y otros centros de salud que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y su importe de participación en los costos como pago total. Hemos acordado que estos proveedores presten los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Es posible que los proveedores de nuestra red nos facturen directamente la atención que le proporcionan. Cuando consulta a un proveedor de la red, usted paga solamente la parte que le corresponde del costo de los servicios.

Los **servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, servicios de cuidado de la salud, suministros y equipos cubiertos por nuestro plan. Sus servicios cubiertos para la atención médica se indican en la Tabla de beneficios en el Capítulo 4.

Sección 1.2 Reglas básicas para recibir su atención médica cubierta por el plan

Como plan de salud de Medicare, ConnectiCare Choice Plan 2 debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y cumplir las reglas de cobertura de Original Medicare.

ConnectiCare Choice Plan 2 generalmente cubrirá su atención médica siempre y cuando:

La atención médica que reciba esté incluida en la Tabla de beneficios médicos del plan (la tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este documento).

La atención que reciba se considere médicamente necesaria. “Médicamente necesario” significa que los servicios, los suministros, los equipos o los medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen los estándares aceptados de la práctica médica.

Debe recibir su atención médica de parte de un proveedor de la red (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, la atención médica que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan) no estará cubierta. Esto significa que tendrá que pagarle al proveedor la totalidad de los servicios prestados. *A continuación, le presentamos algunas excepciones:*

Capítulo 3 Cómo usar el plan para obtener servicios médicos

- El plan cubre los servicios de emergencia o urgentemente necesarios que usted reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información al respecto y para saber el significado de atención de emergencia o servicios urgentemente necesarios, consulte la Sección 3 de este capítulo.
- Si necesita atención médica que Medicare exige que cubra nuestro plan, pero no hay especialistas en nuestra red que brinden esta atención, puede obtener esta atención de un proveedor fuera de la red al mismo costo compartido que usted paga normalmente dentro de la red. Necesitaremos evaluar una solicitud para la atención antes de que usted la reciba. En esta situación, usted pagará lo mismo que pagaría si hubiese recibido la atención médica de un proveedor de la red. Para obtener más información sobre cómo conseguir aprobación para ver a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
- El plan cubre los servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor de este servicio no se encuentra disponible o no está accesible temporalmente. El costo compartido que usted paga al plan por servicios de diálisis nunca puede exceder el costo compartido de Original Medicare. Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y recibe servicios de diálisis de un proveedor fuera de la red del plan, su costo compartido no puede exceder el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de servicios de diálisis dentro de la red no está disponible temporalmente y usted decide recibir servicios de un proveedor fuera de la red del plan mientras se encuentra dentro del área de servicio, el costo compartido de los servicios de diálisis puede ser mayor.
- El plan cubre determinados servicios dentales fuera de la red. Sus gastos de bolsillo serán más altos cuando no visite a un dentista de la red. Usted se hará cargo de la diferencia entre los cargos del dentista y la tarifa del plan para los servicios cubiertos que se detallan en el Capítulo 4. El dentista que lo atiende no puede estar excluido del programa de Medicare.

SECCIÓN 2 Use proveedores en la red del plan para recibir sus servicios de atención médica

Sección 2.1 Debe elegir a un proveedor de atención primaria (PCP) para que le brinde y supervise su atención médica**¿Qué es un PCP y qué hace el PCP por usted?**

PCP significa proveedor de atención primaria. Su proveedor de Cuidados Primarios puede ser un médico u otro profesional de la atención médica que cumpla los requisitos estatales y esté capacitado para brindarle atención médica básica. Los PCP dedican sus consultorios de atención primaria. La atención primaria incluye promoción de la salud, prevención de enfermedades, mantenimiento de la salud, orientación, educación para el paciente, diagnóstico y tratamiento de enfermedades agudas y crónicas.

¿Qué tipos de proveedores pueden actuar como un PCP?

Su PCP puede ser un médico de medicina familiar o medicina interna, un enfermero practicante, un médico geriátrico u otro profesional del cuidado de la salud que cumpla con los requisitos del estado y esté capacitado para ofrecerle atención médica básica. Si necesita determinados tipos de servicios o suministros cubiertos, es posible que necesite una aprobación por anticipado. En algunos

casos, su PCP tendrá que obtener una autorización por anticipado (aprobación previa) de nosotros.

¿Cuál es la función de un PCP?

Su PCP le brindará la mayor parte de su atención y le ayudará a organizar o coordinar el resto de los servicios cubiertos que usted obtenga como miembro de nuestro plan, tales como los siguientes: Estos incluyen los siguientes:

- Radiografías
- Análisis de laboratorio
- Terapias
- Atención de médicos especialistas
- Internaciones hospitalarias
- Atención de seguimiento

¿Cuál es la función del PCP en la coordinación de los servicios cubiertos?

Los PCP coordinan los servicios para mejorar la atención y controlar los costos. Coordinar sus servicios incluye revisar o consultar con otros proveedores del plan sobre su atención. Si necesita determinados tipos de servicios o suministros cubiertos, es posible que necesite una aprobación por anticipado. En algunos casos, su PCP tendrá que obtener una autorización por anticipado (aprobación previa) de nosotros.

¿Cuál es la función del PCP en la toma de decisiones sobre una autorización previa o sobre cómo obtenerla, si corresponde?

Los PCP abogan por usted y coordinan su uso de todo el sistema de atención médica (incluida la autorización previa, si es necesaria). Los PCP a menudo colaboran con otros profesionales de la salud en su tratamiento y atención continua, según corresponda.

¿Cómo elige a su PCP?

Puede seleccionar un PCP mediante la versión más actual de nuestro *Directorio de proveedores* (o consulte nuestro sitio web en **connecticare.com/medicare**). Puede llamar al Servicio de Atención a Miembros para verificar que el médico siga participando como PCP en virtud de este Plan. Si cambia de PCP, llame al nuevo proveedor para verificar que esté aceptando nuevos pacientes.

Hay una sección en su formulario de inscripción que puede completar para seleccionar un PCP. También puede iniciar sesión en su portal para miembros en **connecticare.com/medicare** y decirnos el nombre de su PCP. Si no selecciona un PCP al momento de la inscripción, podemos asignarle uno. Usted puede cambiar de PCP en cualquier momento.

Cómo cambiar de PCP

Puede cambiar su PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. Para ello, inicie sesión en su portal para miembros. Además, es posible que su PCP deje de formar parte de la red de proveedores de nuestro plan y usted deba encontrar un nuevo PCP.

También puede comunicarse con el Servicio de Atención a Miembros y le ayudaremos a realizar el cambio. Los cambios pueden tardar 24 horas en aparecer en el sistema, pero puede comenzar a ver a su PCP de inmediato.

Sección 2.2 Cómo recibir atención de especialistas y de otros proveedores de la red

Un especialista es un médico que proporciona servicios de cuidado de la salud para una enfermedad específica o una determinada parte del cuerpo. Existen muchos tipos de especialistas. Estos son unos pocos ejemplos:

- Atención oncológica para pacientes con cáncer.
- Atención cardiológica para pacientes con afecciones cardíacas.
- Atención de ortopedia para pacientes con determinadas afecciones óseas, musculares o de las articulaciones.

Como miembro de ConnectiCare Choice Plan 2 no es necesario conseguir una derivación para obtener beneficios por servicios de especialistas. Aunque no es necesaria una derivación, es una buena idea usar su PCP para coordinar su atención de especialidad. Para algunos tipos de servicios, es posible que su PCP deba obtener aprobación por adelantado de ConnectiCare (esto se denomina obtener “autorización previa”).

- La “autorización previa” es la aprobación, por anticipado, de ConnectiCare para obtener ciertos servicios que no son de emergencia con el fin de que dichos servicios o suministros estén cubiertos bajo ConnectiCare Choice Plan 2. La decisión se basa en una necesidad médica. La solicitud de autorización previa no garantiza que se cubrirán los servicios. Se requiere autorización previa de ConnectiCare para determinados beneficios dentro y fuera de la red. Si consultará a un proveedor de la red, es responsabilidad del proveedor obtener la autorización previa. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4 para obtener información sobre qué servicios dentro de la red requieren autorización previa.
- No se cubrirán beneficios bajo ConnectiCare Choice Plan 2 si recibe servicios o suministros después de que se haya denegado la autorización previa. Si recibe una explicación de beneficios que indica que una reclamación fue denegada debido a que era la responsabilidad del proveedor del plan solicitar la autorización previa correspondiente, debe ponerse en contacto con el Servicio de Atención a Miembros para que podamos ayudarle a resolver el problema.

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

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

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le notificaremos que su proveedor dejará el plan para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
 - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual deja de estar en nuestro plan, le notificaremos si ha visitado a ese proveedor en los últimos tres años.
 - Si alguno de sus otros proveedores deja nuestro plan, le notificaremos si está designado al proveedor, si actualmente recibe atención de este o si lo ha visitado en los últimos tres meses.
- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado dentro de la red al que pueda acceder para continuar con la atención.
- Si actualmente está realizando terapias o tratamientos médicos con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar, y trabajaremos con usted para garantizarlo, continuar con las terapias o los tratamientos médicamente necesarios que está recibiendo.

Capítulo 3 Cómo usar el plan para obtener servicios médicos

- Le proporcionaremos información sobre los diferentes períodos de inscripción a su disposición y las opciones que tenga para cambiar de plan.
- Coordinaremos cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores, pero al costo compartido dentro de la red, cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas. Se requiere autorización previa.
- Si se entera de que su médico o su especialista dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a encontrar un proveedor nuevo que administre su atención.
- Si considera que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no se administra de manera adecuada, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención a la Organización para la mejora de la calidad, un reclamo sobre la calidad de la atención al plan o ambas cosas. Consulte el Capítulo 7.

Sección 2.3 Cómo recibir atención de proveedores fuera de la red

Puede haber circunstancias en las que necesite recibir atención de proveedores fuera de la red. Por ejemplo:

- Un proveedor de un servicio especializado no está disponible dentro de la red.
- Diálisis de un proveedor fuera de la red cuando viaja fuera del área de servicio de los planes.
- Atención de urgencia y de emergencia

Puede utilizar proveedores fuera de la red para obtener sus servicios dentales integrales y preventivos cubiertos. Sus gastos de bolsillo serán más altos. Además de su parte de los costos descritos en el Capítulo 4, usted será responsable de la diferencia entre los cargos del dentista y la tarifa del plan. El dentista que lo atiende no puede estar excluido del programa de Medicare.

Es la responsabilidad de su proveedor participante preguntar sobre la obtención de autorización de ConnectiCare Choice Plan 2. Su proveedor deberá comunicarse con nosotros y proporcionar información clínica para su evaluación. Debe esperar nuestra decisión antes de consultar a un proveedor fuera de la red. Le notificaremos a usted y a su proveedor nuestra decisión.

Para obtener la versión más actualizada de nuestro Directorio de proveedores y encontrar un proveedor de la red, puede visitar nuestro sitio web en connecticare.com/medicare. Si necesita atención de un especialista y no tiene un proveedor de la red disponible, infórmenos llamando al Servicio de Atención a Miembros al **1-800-224-2273 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a sábados, del 1.º de abril al 30 de septiembre.

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios en caso de emergencia o de necesidad urgente de atención médica, o durante una catástrofe**Sección 3.1 Cómo obtener atención si tiene una emergencia médica****¿Qué es una emergencia médica y qué debería hacer si tiene una?**

Una **emergencia médica** es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, creen que usted presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir la pérdida de la vida (y, si usted es una mujer embarazada, la pérdida de un bebé en gestación), la pérdida de una extremidad o de la función de una extremidad, o la pérdida o un deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser

Capítulo 3 Cómo usar el plan para obtener servicios médicos

una enfermedad, lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

Obtenga ayuda lo más rápido posible. Llame al 911 para recibir ayuda o diríjase a la sala de emergencia o al hospital más cercano. Si necesita una ambulancia, llámela. *No* es necesario que primero obtenga una aprobación o derivación de su PCP. No es necesario que utilice un médico de la red. Puede recibir atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con una licencia estatal adecuada, incluso si no forma parte de nuestra red.

¿Qué está cubierto si tiene una emergencia médica?

Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones en las que llegar a una sala de emergencia por otro medio podría poner en peligro su salud. También cubrimos los servicios médicos que reciba durante la emergencia.

Los médicos que le están proporcionando atención de emergencia decidirán cuándo su afección es estable y la emergencia médica termina.

Una vez terminada la emergencia, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para asegurarse de que su afección se mantenga estable. Los médicos continuarán brindándole tratamiento hasta que se comuniquen con nosotros y planifiquen la atención adicional. La atención de seguimiento que reciba está cubierta por nuestro plan.

Si recibe atención de emergencia por parte de proveedores fuera de la red, intentaremos que proveedores de la red se encarguen de su atención tan pronto como la condición médica y las circunstancias lo permitan.

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

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

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

Acude a un proveedor de la red para recibir la atención médica adicional.

– *o bien*, la atención médica adicional que usted recibe se considera servicios urgentemente necesarios, y usted sigue las reglas para recibir esta atención de urgencia (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 3.2 a continuación).

Sección 3.2 Cómo obtener atención en caso de una necesidad urgente de recibir servicios

¿Qué son los servicios de urgencia?

Un servicio urgentemente necesario es una afección, lesión o enfermedad médica imprevista que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. Por ejemplo, una exacerbación imprevista de una afección conocida que usted tiene o un dolor de garganta intenso que ocurre durante el fin de semana. Los servicios urgentemente necesarios pueden ser prestados por proveedores fuera de la red cuando no sea razonable, dadas sus circunstancias, obtener atención inmediata de proveedores de la red.

Nuestro plan cubre los servicios de emergencia y de atención de urgencia en todo el mundo, así como ambulancia terrestre fuera de los Estados Unidos y sus territorios. (Capítulo 4, Tabla médica para los límites y la participación en los costos de los beneficios). *Por ejemplo:* Si es ingresado en un hospital como consecuencia de un servicio de emergencia/urgencia necesario, le reembolsaremos el costo, menos las participaciones en los costos correspondientes. (Consulte la Atención hospitalaria para pacientes internados para ver las participaciones en los costos correspondientes).

Sección 3.3 Cómo recibir atención durante una catástrofe

Si el gobernador de su estado, el secretario de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, o el presidente de los Estados Unidos declara un estado de catástrofe o emergencia en su área geográfica, usted tiene derecho a recibir atención de su plan.

Visite el sitio web <https://www.connecticare.com/plans/medicare-advantage/medicare-disaster-policy> (en inglés) para obtener información sobre cómo obtener la atención necesaria durante una catástrofe.

Si no puede utilizar un proveedor de la red durante una catástrofe, su plan le permitirá obtener atención de proveedores fuera de la red de acuerdo con el costo compartido dentro de la red.

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios?

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

Si pagó más de la participación en los costos del plan por los servicios cubiertos, o si recibió una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 5 (*Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted recibió por servicios médicos cubiertos*) para obtener información sobre lo que debe hacer.

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

ConnectiCare Choice Plan 2 cubre todos los servicios médicamente necesarios según se indica en la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios no cubiertos por nuestro plan u obtiene servicios fuera de la red que no se autorizaron, usted tendrá que pagar el costo total de los servicios.

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, usted también paga el costo total de todos los servicios que obtenga una vez que haya agotado su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Los costos que usted paga no suman para el gasto máximo de bolsillo.

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica?

Sección 5.1 ¿Qué es un estudio de investigación clínica?

Un estudio de investigación clínica (también denominado un *ensayo clínico*) es una manera que tienen los médicos y científicos de probar nuevos tipos de atención médica, por ejemplo, para averiguar la eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer. Ciertos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare generalmente solicitan voluntarios para participar en el estudio.

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

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayor parte de los costos de los servicios cubiertos que usted recibe como parte del estudio. Si nos informa que está participando en un ensayo clínico calificado, solo tendrá que pagar el costo compartido dentro de la red para los servicios de ese ensayo. Si pagó más (por ejemplo, si ya ha pagado el monto de costo compartido de Original Medicare), le reembolsaremos la diferencia entre el importe que pagó y el importe del costo compartido dentro de la red. Sin embargo, deberá proporcionar documentación que demuestre cuánto pagó. Cuando usted forma parte de un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su atención médica (la atención médica que no está relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* es necesario que nos informe u obtenga nuestra aprobación o la de su PCP. Los proveedores que le brindan atención médica como parte del estudio de investigación clínica *no* tienen que ser necesariamente parte de la red de proveedores de nuestro plan. Tenga en cuenta que esto no incluye beneficios a cargo de nuestro plan que incluyan, como componente, un ensayo clínico o un registro para evaluar el beneficio. Estos incluyen ciertos beneficios específicos en virtud de determinaciones de cobertura nacionales (NCD, siglas en inglés) y ensayos con dispositivos de investigación (IDE, siglas en inglés), y pueden estar sujetos a autorización previa y a otras normas del plan.

Aunque no es necesario obtener el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, que está cubierto para las personas inscritas en Medicare Advantage a través de Original Medicare, le recomendamos que nos comunique con antelación cuando decida participar en ensayos clínicos calificados por Medicare.

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

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

Una vez que se inscribe en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Original Medicare cubre los artículos y servicios de rutina que recibe como parte del estudio, incluidos los siguientes:

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

Después de que Medicare haya pagado su parte del costo por estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el importe de la participación en los costos de Original Medicare y el importe de su participación en los costos dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará el mismo importe por los servicios que reciba como parte del estudio como si los recibiera de nuestro plan. Sin embargo, debe presentar documentación que demuestre el importe del costo compartido que pagó. Para obtener más información sobre cómo enviar solicitudes de pago, consulte el Capítulo 5.

El siguiente es un ejemplo de cómo funciona la participación en los costos: Supongamos que usted se realiza un análisis de laboratorio que tiene un costo de \$100 como parte del estudio de investigación. Supongamos también que su parte de los gastos para esta prueba es de \$20 conforme a Original Medicare, pero sería \$10 conforme a los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría \$80 por la prueba y usted pagaría el copago de \$20 requerido por Original Medicare. Después, debe notificar a su plan que recibió un servicio de ensayo clínico calificado y presentar documentación al plan, como una factura del proveedor. Luego, el plan le pagaría directamente \$10. Por lo tanto, su pago neto sería de \$10, el mismo importe que pagaría en virtud de los beneficios de nuestro plan. Tenga en cuenta que, para recibir el pago por parte de su plan, debe presentar documentación a su plan, como una factura del proveedor.

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

- Por lo general, Medicare *no* pagará el artículo o servicio nuevo que el estudio esté evaluando, a menos que Medicare cubra el artículo o servicio, aun cuando usted *no* participe en un estudio.
- Artículos o servicios proporcionados al solo efecto de reunir datos y que no se utilizan en su cuidado de la salud directa. Por ejemplo, Medicare no pagaría las tomografías computadas (CT) mensuales que se realicen como parte del estudio si su condición médica generalmente requeriría una sola CT.

¿Desea obtener más información?

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

SECCIÓN 6 Reglas para obtener atención en una institución religiosa de cuidado de la salud no médica

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

Una institución religiosa de cuidado de la salud no médica es un centro que proporciona atención para una afección que con normalidad sería tratada en un hospital o centro de enfermería especializada. En cambio, si recibir atención en un hospital o en un centro de enfermería especializada está en contra de las creencias religiosas de los miembros, le brindaremos la cobertura de atención en una institución religiosa de cuidado de la salud no médica. Este beneficio se proporciona solamente para los servicios para pacientes hospitalizados de la Parte A (servicios de cuidado de la salud no médicos).

Sección 6.2 Cómo recibir atención de una institución religiosa de cuidado de la salud no médica

Para obtener atención por parte de una institución religiosa de cuidado de la salud no médica, debe firmar un documento legal que exprese que se opone a consciencia a obtener tratamiento médico que sea **no exceptuado**.

- La atención médica o el tratamiento **no exceptuados** son cualquier atención médica o tratamiento que sean *voluntarios* y *no exigidos* por ninguna ley local, estatal o federal.
- La atención médica o el tratamiento **exceptuados** son cualquier atención médica o tratamiento que *no* sean voluntarios o *sean exigidos* por la ley local, estatal o federal.
- Para tener cobertura de nuestro plan, la atención que reciba de una institución religiosa de cuidado de la salud no médica debe cumplir con las siguientes condiciones:
- El centro que brinda la atención debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de nuestro plan de los servicios que usted recibe se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si obtiene servicios de esta institución que se le proporcionan en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
 - Debe tener una condición médica que le permitiría recibir servicios cubiertos de atención hospitalaria para pacientes ingresados o atención del centro de enfermería especializada.
 - Y debe obtener la aprobación de nuestro plan por adelantado, antes de que lo ingresen en el centro; de lo contrario, su estadía no tendrá cobertura.

Se aplican límites de cobertura. Consulte la descripción de su beneficio para pacientes hospitalizados en la Tabla de beneficios médicos que se encuentra en el Capítulo 4 de este manual.

SECCIÓN 7 Reglas para la adquisición del equipo médico duradero

Sección 7.1 ¿Será propietario del equipo médico duradero después de realizar una cantidad determinada de pagos conforme a nuestro plan?

El equipo médico duradero (DME) incluye artículos como equipos y suministros de oxígeno, sillas de rueda, andadores, sistemas de colchón motorizado, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos de generación del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital que solicite un proveedor para uso en el hogar. Ciertos artículos, como los protésicos, son siempre de propiedad del miembro. En esta sección, analizaremos otros tipos de equipo médico duradero que se deben alquilar.

En Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de equipo médico duradero adquieren la propiedad del equipo después de pagar los copagos del artículo durante 13 meses. Como miembro de ConnectiCare Choice Plan 2, sin embargo, usted por lo general no adquirirá la propiedad de artículos de DME alquilados, sin importar cuántos copagos realiza por el artículo mientras es miembro de nuestro plan, incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de DME bajo Original Medicare antes de inscribirse en nuestro plan. En determinadas circunstancias limitadas, le transferiremos la propiedad del artículo de equipo médico duradero. Para obtener más información, llame al Servicio de Atención a Miembros.

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

Si no adquirió la propiedad del artículo de DME mientras estuvo en nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de cambiarse a Original Medicare para poder adquirirlo. Los pagos realizados mientras está inscrito en su plan no se tienen en cuenta.

Ejemplo 1: Usted realizó 12 pagos consecutivos o menos por el artículo mientras estaba inscrito en Original Medicare y luego se inscribió en nuestro plan. Los pagos que realizó mientras estaba inscrito en Original Medicare no se tienen en cuenta.

Ejemplo 2: Usted realizó 12 pagos consecutivos o menos por el artículo mientras estaba inscrito en Original Medicare y luego se inscribió en nuestro plan. Usted estaba inscrito en nuestro plan, pero no adquirió la propiedad mientras estaba inscrito en nuestro plan. Luego regresó a Original Medicare. Deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de regresar a Original Medicare para poder adquirir la propiedad del artículo. Todos los pagos anteriores (ya sea a nuestro plan o a Original Medicare) no se tendrán en cuenta.

SECCIÓN 7.2 Reglas para equipos de oxígeno, suministros y mantenimiento

¿Qué beneficios de oxígeno le corresponden?

Si califica para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare, ConnectiCare Choice Plan 2 cubrirá lo siguiente:

- Alquiler de equipos de oxígeno
- Suministro y contenido de oxígeno
- Tubos y accesorios de oxígeno relacionados para el suministro y contenidos de oxígeno
- Mantenimiento y reparaciones de equipos de oxígeno

Capítulo 3 Cómo usar el plan para obtener servicios médicos

Si abandona ConnectiCare Choice Plan 2 o ya no requiere equipos de oxígeno desde un punto de vista médico, entonces los equipos de oxígeno deben ser devueltos.

¿Qué sucede si abandona su plan y regresa a Original Medicare?

Original Medicare exige que un proveedor de equipos de oxígeno le brinde servicios durante cinco años. Durante los primeros 36 meses, usted alquila el equipo. Durante los 24 meses restantes, el proveedor proporciona el equipo y los servicios de mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago correspondiente al oxígeno). Después de cinco años, puede optar por seguir recibiendo servicios de la misma empresa o por cambiar de empresa. En ese momento, el ciclo de cinco años comienza de nuevo, incluso si no cambia de empresa, por lo que deberá pagar copagos durante los primeros 36 meses. Si se inscribe en nuestro plan o lo abandona, el ciclo de cinco años comienza de nuevo.

CAPÍTULO 4:

*Tabla de beneficios
médicos (lo que está
cubierto y lo que usted
paga)*

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**SECCIÓN 1 Cómo comprender sus gastos de bolsillo por los servicios cubiertos**

Este capítulo proporciona una Tabla de beneficios médicos que enumera sus servicios cubiertos y le informa cuánto pagará por cada servicio cubierto como miembro de ConnectiCare Choice Plan 2. Más adelante en este capítulo, puede encontrar información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También se explican los límites en ciertos servicios. Encontrará los beneficios, las exclusiones y las limitaciones más adelante en este capítulo.

Sección 1.1 Tipos de gastos de bolsillo que podría pagar por los servicios cubiertos

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

- Un **copago** es el importe fijo que usted paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. Usted paga un copago en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos en la Sección 2 contiene más información sobre sus copagos).
- El **coseguro** es un porcentaje que usted paga del costo total de ciertos servicios médicos. Usted paga un coseguro en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos en la Sección 2 contiene más información sobre su coseguro).

La mayoría de las personas que califican para Medicaid o para el programa Beneficiario calificado de Medicare (QMB) nunca deben pagar deducibles, copagos ni coseguro. Asegúrese de presentar prueba de su elegibilidad para Medicaid o QMB a su proveedor, si corresponde.

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

Debido a que está inscrito en un plan Medicare Advantage, existe un límite en el importe que debe pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos dentro de la red que están cubiertos por Medicare Parte A y Medicare Parte B. Este límite se denomina gasto máximo de bolsillo (MOOP) por los servicios médicos. Para el año calendario 2024, este importe es de **\$6,000**.

Los importes que paga por copagos y coseguro por los servicios cubiertos dentro de la red computan para este importe de gasto máximo de bolsillo. Además, los montos que paga por algunos servicios no computan para el gasto máximo de bolsillo. Estos servicios se marcan con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos. Si usted alcanza el monto máximo de bolsillo de **\$6,000**, no tendrá que pagar ningún gasto de bolsillo durante el resto del año para los servicios cubiertos dentro de la red de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, usted debe continuar pagando la prima de Medicare Parte B (a menos que Medicaid u otro tercero paguen por usted la prima de la Parte B).

Sección 1.3 Nuestro plan no permite que los proveedores facturen el saldo

Como miembro de ConnectiCare Choice Plan 2, una protección importante para usted es que solamente tiene que pagar su importe de participación en los costos cuando recibe los servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden agregar cargos adicionales por separado, lo que se conoce como **“facturación del saldo”**. Esta protección se aplica incluso si nosotros le pagamos al proveedor una cantidad menor que lo que el proveedor cobra por un servicio, e incluso si existe una disputa y no pagamos determinados cargos del proveedor.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Esta protección funciona de la siguiente manera:

Si su participación en los costos es un copago (un determinado importe en dólares, por ejemplo, \$15.00), usted paga solamente ese importe por cualquier servicio cubierto de un proveedor de la red.

Si su participación en los costos es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor que consulte:

- Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tarifa de reembolso del plan (según lo determinado en el contrato entre el proveedor y el plan).
- Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa con Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare de los proveedores participantes. (Recuerde que el plan cubre los servicios de los proveedores fuera de la red solo en determinadas situaciones, como cuando obtiene una derivación o cuando tiene una emergencia o necesita servicios de atención de urgencia).
- Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa con Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de pago de Medicare de los proveedores no participantes. (Recuerde que el plan cubre los servicios de los proveedores fuera de la red solo en determinadas situaciones, como cuando obtiene una derivación, cuando tiene una emergencia, o cuando necesita servicios urgentemente necesarios fuera del área de servicio).

Si cree que un proveedor le ha *facturado el saldo*, llame al Servicio de Atención a Miembros.

SECCIÓN 2 Use la *Tabla de beneficios médicos* para determinar lo que está cubierto y cuánto pagará

Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan

Tabla de beneficios médicos que se encuentra en las siguientes páginas indica los servicios que cubre ConnectiCare Choice Plan 2, y lo que usted paga de su bolsillo por cada servicio. Los servicios indicados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

Sus servicios cubiertos por Medicare deben proporcionarse conforme a las pautas de cobertura establecidas por Medicare.

Los servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros, los equipos y los medicamentos con receta de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. “Médicamente necesario” significa que los servicios, los suministros o los medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen los estándares aceptados de prácticas médicas.

Usted recibe atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierta, a menos que se trate de atención de urgencia o de emergencia, o a menos que su plan o un proveedor de la red le haya otorgado una derivación. Esto significa que tendrá que pagarle al proveedor la totalidad de los servicios prestados.

Algunos de los servicios mencionados en la tabla de beneficios médicos están cubiertos *solo* si el médico o los demás proveedores de la red obtienen nuestra aprobación por adelantado (esto suele denominarse “autorización previa”). Los servicios cubiertos que necesitan aprobación por adelantado están marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos.


Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Otras cuestiones importantes que debe saber acerca de nuestra cobertura:

Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. Para algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan que lo que pagaría en Original Medicare. Para otros, usted paga *menos*. (Si desea conocer más sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare y Usted 2024*. Consúltelo en línea, en www.medicare.gov [en inglés] o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048).

Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo en Original Medicare, también cubrimos el servicio sin costo para usted. **Sin embargo, si es tratado o controlado por una condición médica existente durante la visita cuando recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención recibida debido a la condición médica existente.**

Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio nuevo durante 2024, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.

 Verá esta manzana junto a los servicios preventivos en la Tabla de beneficios.

Lo que debe saber acerca de los servicios listados a continuación en la Tabla de beneficios médicos


ConnectiCare solo pagará los servicios que están cubiertos por Medicare o que están señalados específicamente como cubiertos en los documentos de su plan.

Para algunos servicios, pagamos un porcentaje de la factura de un proveedor cuando no hay un “importe permitido” conforme a Medicare. Si es un servicio enumerado con un copago conforme a su plan, usted será responsable del copago. Si es un servicio con coseguro, usted será responsable de la parte del coseguro del importe facturado por el proveedor.

Los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica le pedirán que pague costos compartidos (copagos o coseguro) por *cada* servicio cubierto que reciba durante una visita. Por ejemplo, si le hacen una radiografía durante una visita al consultorio del médico, se le pedirán costos compartidos por la visita y la radiografía. El costo compartido (copago o coseguro) que sea aplicable depende de los servicios que reciba. La Tabla de beneficios médicos enumera los costos compartidos por servicios específicos.

Es posible que se le cobre una tarifa además del costo compartido de su visita al consultorio. Esta tarifa a veces se denomina “tarifa por uso de instalaciones”. Las tarifas por uso de instalaciones reflejan una tendencia en hospitales, centros hospitalarios (como clínicas ambulatorias que le pertenecen a un hospital) y otros centros médicos que adquieren consultorios médicos. Cuando visite a un proveedor que pertenezca a un centro, puede que le cobren una tarifa por uso de instalación. Si se le cobra una tarifa por uso de instalación, usted tendrá que pagar el costo compartido por la visita al consultorio y el costo compartido de la atención hospitalaria para pacientes ambulatorios. Consulte la tabla de beneficios a continuación para obtener información sobre los costos compartidos. Antes de visitar a un proveedor, debe preguntar en el consultorio si se le cobrará una tarifa por uso de instalación. Si el proveedor cobra esta tarifa, pregunte si hay un consultorio diferente donde pueda ver al proveedor sin pagar la tarifa por uso de instalación.




Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**Tabla de beneficios médicos**

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal Un único ultrasonido de detección para las personas en riesgo. El plan solo cubre este examen si tiene ciertos factores de riesgo y tiene una derivación de su médico, asistente del médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínica.</p>	No hay coseguro, copago ni deducible para miembros elegibles por esta detección preventiva
<p>Acupuntura para dolor lumbar crónico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Se cubren hasta 12 visitas en 90 días para beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias:</p> <p>A los fines de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dura 12 semanas o más. • inespecífico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no está asociado con enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • No asociado con cirugía; y • No relacionado con el embarazo. <p>Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que demuestren una mejora. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura anualmente.</p> <p>El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o empeora.</p> <p>Requisitos del proveedor: Los médicos (según se define en 1861(r)(1) de la Ley del Seguro Social (la Ley)) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables.</p> <p>Los asistentes médicos (PA, siglas en inglés), el personal de enfermería profesional (NP, siglas en inglés)/especialistas en enfermería clínica (CNS, siglas en inglés) (según se identifica en 1861(aa) (5) de la Ley), y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y tienen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un título a nivel de maestría o doctorado en acupuntura o Medicina Oriental de una institución acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM), y <p>(continúa en la siguiente página)</p>	Copago de \$30 para cada visita de acupuntura cubierta por Medicare.




Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Acupuntura para dolor lumbar crónico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar acupuntura en un estado, territorio o mancomunidad (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia. <p>El personal auxiliar que proporcione servicios de acupuntura debe encontrarse bajo el nivel adecuado de supervisión de un médico, un asistente médico, un profesional de enfermería practicante o un especialista en enfermería clínica, según lo exigido por nuestras reglamentaciones del Título 42, Secciones 410.26 y 410.27, del Código de Regulaciones Federales (CFR, siglas en inglés).</p> <p>SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA DESPUÉS DE 12 VISITAS</p>	
<p>Servicios de ambulancia</p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o que no sea de emergencia, incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el centro apropiado más cercano que puede brindar atención solo si se trata de un miembro cuya afección médica es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro su salud o si está autorizado por el plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, debe documentarse que la afección del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.</p> <p>*Ambulancia terrestre en todo el mundo. (La ambulancia aérea no está cubierta fuera de los Estados Unidos y sus territorios).</p> <p>Hay un límite por año calendario de \$50,000 para servicios de emergencia/servicios urgentemente necesarios combinados en todo el mundo y ambulancia terrestre fuera de los Estados Unidos y sus territorios.</p> <p>*Los servicios no suman para su importe de gasto máximo de bolsillo.</p> <p>SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA PARA SERVICIOS DE AMBULANCIA QUE NO SON DE EMERGENCIA CUBIERTOS POR MEDICARE</p>	<p>Copago de \$50 por cada viaje de ida en ambulancia terrestre cubierto por Medicare. No se exime el copago si es ingresado en el hospital.</p> <p>Coseguro del 20 % por cada viaje de ida en ambulancia aérea cubierto por Medicare. No se exime el copago si es ingresado en el hospital.</p> <p>Copago de \$50 por cada viaje de ida en ambulancia terrestre cubierto por Medicare. No se exime el copago si es ingresado en el hospital.*</p>


Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Examen físico anual</p> <p>Cubierto una vez por año calendario. El examen físico anual incluye la actualización de su historial médico, medición de signos vitales, estatura, peso, índice de masa corporal, presión arterial, control de agudeza visual y otras mediciones de rutina.</p> <p>Es posible que este beneficio no cubra algunos servicios que su médico u otro proveedor de atención médica deseen que usted reciba. Estos incluyen pruebas de laboratorio y pruebas para detectar o tratar una afección. Es posible que usted tenga que pagar estas pruebas, incluso si se realizan durante su examen físico anual. Sus participaciones en los costos por las pruebas se describen en esta Tabla de beneficios médicos.</p> <p>UN PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP) DEBE PROPORCIONARLOS</p>	<p>Copago de \$0 por el examen físico anual cubierto.</p>
<p> Visita de bienestar anual</p> <p>Si usted ha tenido la Parte B durante más de 12 meses, puede obtener una visita de bienestar anual para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado basado en sus factores de riesgo y salud actuales. Esto se cubre una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: Su primera visita de bienestar anual no se puede llevar a cabo dentro de los 12 meses de su visita de prevención de Bienvenida a Medicare. Sin embargo, no necesita haber tenido una visita de Bienvenida a Medicare para estar cubierto para las visitas de bienestar anuales después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por la visita de bienestar anual.</p>
<p> Prueba de densidad ósea</p> <p>Para las personas que califican (generalmente, esto significa personas en riesgo de perder masa ósea o de tener osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con más frecuencia si fueran médicamente necesarios: procedimientos para identificar masa ósea, detectar pérdida ósea o determinar la calidad de los huesos, incluida la interpretación médica de los resultados.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por una prueba de densidad ósea cubierta por Medicare.</p>
<p> Examen de detección de cáncer de mama (mamografías)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años. • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres mayores de 40 años. • Exámenes clínicos mamarios cada 24 meses. 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por mamografías de detección cubiertas.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca</p> <p>Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y orientación están cubiertos para los miembros que cumplen ciertas condiciones y tienen una orden del médico. El plan también cubre programas de rehabilitación cardíaca intensiva que, generalmente, son más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p> <p>Tiene la opción de obtener ciertos servicios a través de una visita presencial o por medio de telesalud con un proveedor de la red que ofrezca el servicio por medio de telesalud.</p>	<p>Copago de \$10 por los servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$60 por los servicios de rehabilitación cardíaca intensiva cubiertos por Medicare.</p>
<p> Visita de reducción de riesgos de enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedades cardiovasculares)</p> <p>Cubrimos una visita por año con su médico de atención primaria a fin de reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante esta visita, el médico puede analizar con usted el uso de aspirina (si corresponde), controlar su presión arterial y darle consejos para garantizar que se alimente bien.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo de terapia conductual intensiva contra enfermedades cardiovasculares.</p>
<p> Pruebas de enfermedades cardiovasculares</p> <p>Exámenes de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías relacionadas con un riesgo elevado de enfermedad cardiovascular) una vez cada 5 años (60 meses).</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares que están cubiertas una vez cada 5 años.</p>
<p> Examen de detección de cáncer vaginal y de cuello uterino</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: Los exámenes de Pap y los exámenes pélvicos están cubiertos una vez cada 24 meses. • Si presenta un riesgo elevado de desarrollar cáncer de cuello uterino o vaginal o ha tenido una prueba de pap con resultados anormales en los últimos 3 años y está en edad fértil: una prueba de pap cada 12 meses. 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por los exámenes pélvicos y de Pap preventivos cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios de quiropráctica</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cubrimos solo la manipulación manual de la columna vertebral para corregir la subluxación. 	<p>Copago de \$20 por los servicios de quiropráctica cubiertos por Medicare.</p>



Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Examen de detección de cáncer colorrectal</p> <p>Se tratan las siguientes pruebas de detección:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La colonoscopia no tiene limitación de edad mínima o máxima y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no presentan riesgo alto, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no presentan riesgo alto de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa o un enema de bario. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no presentan un riesgo alto después de que el paciente se sometiera a una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario. • Prueba de detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años o más. Uno cada 12 meses. • Prueba multidiana de ADN de las heces para pacientes entre 45 y 85 años y que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Análisis de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplan los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Enema de bario como alternativa a la colonoscopia para pacientes de alto riesgo y 24 meses desde el último enema de bario de detección o la última colonoscopia de detección. • Enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes que no presentan riesgo alto y que tienen 45 años o más. Al menos una vez 48 meses después del último enema de bario de detección o sigmoidoscopia flexible de detección. <p>Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal en heces no invasiva cubierta por Medicare dé un resultado positivo.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por un examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare, excepto los enemas de bario. Si su médico encuentra y retira un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o sigmoidoscopia flexible, el examen de detección se convierte en un examen de diagnóstico, y usted no paga coseguro, copago ni deducible.</p>


Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios dentales En general, los servicios dentales preventivos (como limpieza, exámenes odontológicos de rutina y radiografías odontológicas) no están cubiertos por Original Medicare. Sin embargo, Medicare actualmente paga los servicios dentales en una cantidad limitada de circunstancias, concretamente cuando ese servicio es parte integral del tratamiento específico de la afección médica principal del beneficiario. Algunos ejemplos incluyen reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, extracciones de dientes realizadas en preparación para el tratamiento de radiación contra el cáncer que afecta la mandíbula o exámenes orales previos al trasplante de riñón. Además, cubrimos los siguientes servicios cuando son médicamente necesarios y en función de las limitaciones de beneficios y los criterios clínicos descritos en los manuales de referencia Healthplex Limited Comprehensive and Essential Services que se encuentran en línea en www.yourdentalplan.com/Healthplex (en inglés).</p> <p>*Servicios preventivos y servicios dentales de diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen bucal: uno cada 6 meses. • Tratamiento con fluoruro: uno cada 6 meses • Profilaxis (limpieza): una cada 6 meses. • Radiografía de mordida: una cada 6 meses. • Radiografías con Paronex o serie completa: una serie cada 36 meses. <p>Servicios dentales básicos (restauraciones menores, que no sean de rutina, diagnósticos)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Restauraciones (empaste): una restauración por diente cada año calendario. <p>* Servicios dentales importantes (endodoncia, periodoncia, prostodoncia y cirugía bucal)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Extracciones: una por diente de por vida. • Coronas: una corona por diente cada cinco años. • Ajustes en la dentadura: uno por año calendario. No hay cobertura para ajustes en el plazo de los 6 meses de la colocación inicial. • Arreglo de prótesis dental: uno cada cinco años. No hay cobertura para ajustes personalizados, elaborados o de precisión. • Implantes: uno cada cinco años. • Dentaduras postizas parciales (dentaduras postizas completas e inmediatas): una cada cinco años. • Mantenimiento periodontal: dos por año calendario (cubierto junto con profilaxis o en lugar de esta [limpieza]). • Sarro y cepillado periodontal, cirugía periodontal: una por cuadrante cada tres años. <p>(continúa en la siguiente página)</p>	<p>Copago de \$10 por servicios dentales cubiertos por Medicare.</p> <p>Máximo de \$3,000 por año calendario.</p> <p>Dentro de la red:</p> <p>Copago de \$0 por servicios dentales preventivos y de diagnóstico cubiertos.</p> <p>Coseguro del 20 % para servicios dentales básicos después del deducible anual de \$100</p> <p>Coseguro del 50 % para servicios dentales mayores después del deducible anual de \$100</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>Además de su costo compartido dentro de la red, usted paga la diferencia entre la tarifa del plan y los cargos del dentista.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios dentales (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recementación de arreglos de prótesis dental, coronas e incrustaciones: dos por año calendario. • Reparaciones de arreglos de prótesis dental, dentaduras parciales, dentaduras completas: una por año calendario. No hay cobertura para reparaciones en el plazo de los 12 meses de la colocación inicial. • Endodoncia (molar): una vez por diente de por vida. <p>*Los servicios no suman para su gasto máximo de bolsillo.</p> <p>Ahorrá más dinero cuando reciba atención de uno de nuestros proveedores dentales dentro de la red. Puede obtener atención de un proveedor dental fuera de la red, pero puede pagar más. Para ver los proveedores participantes, comuníquese con el Servicio de Atención a Miembros o visite nuestro sitio web en connecticare.com/medicare.</p> <p>Si consulta a un dentista no participante para los servicios dentales cubiertos, debe solicitar al dentista que facture a ConnectiCare directamente usando la dirección que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación. Si el proveedor dental no participante requiere un pago en el momento que se brinda el servicio, envíe una copia de la factura pagada a la dirección que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación. Incluya el formulario de reclamación estándar de la Asociación Dental Americana (ADA) completado y firmado por el dentista o el formulario de reembolso dental proporcionado en nuestro sitio web, en connecticare.com/medicaredental.</p>	
<p> Examen de detección de depresión</p> <p>Cubrimos un examen de detección de depresión por año. La detección debe efectuarse en un entorno de atención primaria que pueda proporcionar tratamiento de seguimiento y/o referidos.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por una visita anual para detección de depresión.</p>
<p> Examen de detección de diabetes</p> <p>Cubrimos este examen de detección (que incluye pruebas de glucosa en ayunas) si presenta alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), historia de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o historia de niveles elevados de azúcar en la sangre (glucosa). Dichas pruebas también están cubiertas si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso e historia familiar de diabetes.</p> <p>Según los resultados de estas pruebas, puede que usted sea elegible para un máximo de dos exámenes de detección de diabetes cada 12 meses.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos</p> <p>Para todas las personas con diabetes (insulinodependientes o no). Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para controlar la glucosa en la sangre: Medidor de glucosa en la sangre, tiras reactivas de prueba para medir la glucemia, dispositivos para lancetas y lancetas, además de soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y los medidores. • Los límites de las cantidades son aplicables a las lancetas y las tiras reactivas (5 tiras reactivas y lancetas por día para los usuarios de insulina y 4 tiras reactivas y lancetas por día para los no usuarios de insulina). • Para personas con diabetes que tengan enfermedad grave de pie diabético: Un par, por año calendario, de zapatos terapéuticos moldeados a medida (incluidas las plantillas provistas para dichos zapatos) y dos pares adicionales de plantillas, o un par de zapatos con profundidad agregada y tres pares de plantillas (sin incluir las plantillas extraíbles no personalizadas provistas para dichos zapatos). La cobertura incluye adaptación. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta en determinadas circunstancias. <p>Los suministros cubiertos para diabéticos se limitan a productos de Abbott Diabetes Care. (FreeStyle Freedom Lite®, FreeStyle Lite®, LifeScan y Precision Xtra®) y productos LifeScan (One Touch Ultra®).</p> <p>Consulte Equipo médico duradero y suministros relacionados para bombas de insulina externas.</p> <p>LOS SUMINISTROS PARA LA DIABETES DEBEN OBTENERSE EN UNA FARMACIA PARTICIPANTE</p>	<p>Copago de \$0 para suministros diabéticos, zapatos terapéuticos e insertos cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 para miembros elegibles para el beneficio preventivo cubierto de capacitación en el autocontrol de la diabetes.</p>


Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados</p> <p>(Para obtener una definición de equipo médico duradero, consulte el Capítulo 10 de este documento, así como la Sección 7 del Capítulo 3).</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen, entre otros: sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchón eléctrico, suministros para diabéticos, camas hospitalarias que solicite un proveedor para uso domiciliario, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p> <p>Cubriremos todos los DME médicamente necesarios cubiertos por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su zona no tiene una marca o un fabricante en particular, puede preguntarle si es posible hacer un pedido especial para usted. La lista más actualizada de proveedores está disponible en nuestro sitio web connecticare.com/medicare</p> <p>SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA PARA DETERMINADOS EQUIPOS Y SUMINISTROS</p>	<p>Copago de \$0 para equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados cubiertos por Medicare.</p> <p>Su costo compartido para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare es de \$0, todos los meses.</p> <p>Su costo compartido no cambiará después de estar inscrito durante 36 meses.</p>


Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención de emergencia</p> <p>La atención de emergencia hace referencia a los servicios que son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia. • Necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia. <p>Una emergencia médica ocurre cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, creen que usted presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir la pérdida de la vida (y, si usted es una mujer embarazada, la pérdida de un bebé en gestación), la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.</p> <p>La participación en los costos para los servicios de emergencia necesarios suministrados fuera de la red es la misma que para los servicios suministrados dentro de la red.</p> <p>*La atención de emergencia está cubierta en todo el mundo. Hay un límite por año calendario de \$50,000 para servicios de emergencia/servicios urgentemente necesarios combinados en todo el mundo y ambulancia terrestre fuera de los Estados Unidos y sus territorios.</p> <p>*Los servicios no suman para su gasto máximo de bolsillo.</p>	<p>Copago de \$100 por atención de emergencia cubierta por Medicare. (Usted no paga este importe si ingresa en el hospital en el plazo de 1 día para la misma afección).</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención como paciente internado después de que se establezca su afección de emergencia, debe regresar a un hospital de la red para que su atención continúe cubierta o debe recibir la atención hospitalaria en el hospital fuera de la red autorizado por el plan, y su participación en los costos será la misma que pagaría en un hospital de la red.</p> <p>Copago de \$100 por cada visita a la sala de emergencia en todo el mundo. (Usted no paga este importe si ingresa en el hospital en el plazo de 1 día para la misma afección).*</p>



Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Programas de educación sobre salud y bienestar</p> <p>Educación sobre salud: se ofrece capacitación a fin de mejorar los resultados para aquellos miembros con diabetes, insuficiencia cardíaca congestiva (ICC), enfermedad arterial coronaria (EAC), asma o enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), así como también depresión e hipertensión arterial como afecciones concomitantes. Dicho servicio se ofrece a grupos específicos de inscritos, según las condiciones específicas de su enfermedad. Incluye la interacción con un educador certificado sobre temas de salud u otro profesional de atención médica calificado. Se proporciona instrucción personalizada y/u asesoría telefónica.</p> <p>Control mejorado de la enfermedad: Se ofrecen servicios de capacitación y apoyo sobre salud y control de la enfermedad, a fin de mejorar los resultados para los miembros en el peor estado de salud, con diabetes, insuficiencia cardíaca congestiva (ICC), enfermedad coronaria (EAC) o enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), así como depresión e hipertensión arterial como afecciones concomitantes. Los inscritos en ese grupo objetivo son asignados a gestores de casos calificados, con conocimiento especializado sobre las enfermedades, que se comunican con los inscritos para proporcionar servicios adicionales de control y monitoreo de casos. Las actividades educativas son proporcionadas por profesionales certificados o con licencia, y se centran en la enfermedad/afección específica. Se realiza un monitoreo de rutina de las mediciones, los signos y los síntomas correspondientes a las enfermedades/afecciones específicas de los inscritos.</p> <p>(continúa en la siguiente página)</p>	<p>Copago de \$0 por la educación para la salud cubierta.*</p> <p>Copago de \$0 por el programa de control de la enfermedad mejorado cubierto.*</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Programas de educación sobre salud y bienestar (continuación)</p> <p>Beneficio de acondicionamiento físico - SilverSneakers® SilverSneakers puede ayudarlo a vivir una vida más sana y activa a través del acondicionamiento físico y la conexión social. Usted tiene cobertura para un beneficio de acondicionamiento físico a través de SilverSneakers en línea y en las ubicaciones participantes.¹ Tiene acceso a una red nacional de ubicaciones participantes donde puede tomar clases² y usar los equipos de ejercicio y las otras comodidades. Inscríbase en todas las ubicaciones que desee, en cualquier momento. También tiene acceso a instructores que imparten clases de ejercicios grupales especialmente diseñadas en persona y en línea, los siete días de la semana. Además, SilverSneakers Community le ofrece opciones para mantenerse activo fuera de los gimnasios tradicionales y poder hacerlo en centros recreativos, parques y otras ubicaciones del vecindario. SilverSneakers también le permite conectarse con una red de asistencia y recursos en línea a través de las clases de SilverSneakers LIVE, los videos de SilverSneakers On-Demand y la aplicación móvil SilverSneakers GO. Su membresía en SilverSneakers también le ofrece GetSetUp³, con cientos de clases interactivas en línea para despertar su interés en temas como cocina y nutrición, tecnología y juegos mentales. Active su cuenta gratuita en línea en SilverSneakers.com (en inglés) para ver su número de identificación de miembro de SilverSneakers y todas las funciones del programa disponibles para usted sin costo adicional. Si tiene preguntas adicionales, visite SilverSneakers.com (en inglés) o llame al 1-888-423-4632 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., horario del este.</p> <p>Siempre hable con su médico antes de comenzar un programa de ejercicios.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Las ubicaciones participantes (PL) no son propiedad de Tivity Health, Inc. ni sus filiales, ni son operadas por ellos. El uso de las instalaciones y los servicios de las PL está limitado a los términos y las condiciones de la membresía básica de las PL. Los centros y las prestaciones varían según el PL. 2. La membresía incluye clases grupales de acondicionamiento físico dirigidas por un instructor de SilverSneakers. Algunas ubicaciones ofrecen a los miembros clases adicionales. Las clases varían según la ubicación. 3. GetSetUp es un proveedor de servicios externo y no es propiedad de Tivity Health, Inc. (“Tivity”) o sus filiales, ni está operada por ellos. Los usuarios deben tener servicio de Internet para acceder al servicio GetSetUp. Los cargos por el servicio de Internet son responsabilidad del usuario. Pueden aplicarse 	<p>Copago de \$0 por el acondicionamiento físico SilverSneakers® cubierto.*</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Programas de educación sobre salud y bienestar (continuación)</p> <p>cargos por el acceso a determinadas clases o funcionalidades de GetSetUp.</p> <p>SilverSneakers es una marca registrada de Tivity Health, Inc. © 2023 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados.</p> <p>*Los servicios no cuentan para su gasto máximo de bolsillo.</p>	
<p>Servicios de audición</p> <p>Las evaluaciones de diagnóstico de audición y equilibrio efectuadas por su proveedor para determinar si usted necesita tratamiento médico están cubiertas como cuidado del paciente ambulatorio si las lleva a cabo un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de diagnóstico de audición cubierta por Medicare • Examen auditivo de rutina: uno cada año calendario. • Evaluación y adaptación de audífonos: una cada año calendario. • Audífonos <p>*Los servicios no computan para su importe de gasto máximo de bolsillo.</p> <p>Se limita a dos dispositivos cada 3 años: dos dispositivos para un oído o un dispositivo para cada oído.</p>	<p>Copago de \$10 por la evaluación de diagnóstico de audición cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$10 por un examen auditivo de rutina cubierto cada año calendario.*</p> <p>Copago de \$0 por una evaluación y ajuste de audífonos cubiertos.*</p> <p>Máximo de \$3,000 en asignación de beneficios del plan cada tres años para audífonos con receta.*</p>
<p> Examen de detección de VIH</p> <p>Para las personas que soliciten una prueba de selección de VIH o tengan un mayor riesgo de infección por VIH, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen de detección cada 12 meses <p>Para las mujeres embarazadas, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta tres exámenes de detección durante el embarazo. 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles por el examen preventivo de detección de VIH cubierto por Medicare.</p>


Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Agencia de cuidado de la salud en el hogar</p> <p>Antes de recibir servicios de salud en el hogar, un médico debe certificar que usted necesita los servicios de salud en el hogar y ordenará que dichos servicios sean proporcionados por una agencia de salud en el hogar. Debe estar confinado en su hogar, lo que significa que salir de su casa supone un gran esfuerzo.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios a tiempo parcial o intermitentes de enfermería especializada y asistente de salud a domicilio (para recibir la cobertura del beneficio de cuidado de la salud en el hogar, los servicios de enfermería especializada y asistente de salud a domicilio combinados no deben superar, en total, 8 horas por día y 35 horas por semana) • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales. • Equipo y suministros médicos. <p>SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA</p>	<p>Copago de \$0 por las visitas de una agencia de cuidado de la salud en el hogar cubiertos por Medicare.</p>
<p>Terapia de infusión a domicilio</p> <p>La terapia de infusión a domicilio implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en el hogar. Los componentes necesarios para realizar la infusión a domicilio incluyen el fármaco (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, tubos y catéteres).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con el plan de atención • Capacitación y educación del paciente no cubierta de otro modo por el beneficio de equipo médico duradero • Monitoreo remoto • Servicios de monitoreo para la provisión de terapia de infusión a domicilio y medicamentos de infusión en el hogar proporcionados por un proveedor calificado de terapia de infusión a domicilio <p>SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA PARA ALGUNOS SERVICIOS</p>	<p>Copago de \$0 por servicios de terapia de infusión a domicilio.</p> <p>Consulte la sección “Medicamentos con receta de Medicare Parte B” de esta tabla para conocer los costos compartidos relacionados con los medicamentos de terapia de infusión en el hogar.</p> <p>Copago de \$0 para equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados cubiertos por Medicare.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención de hospicio</p> <p>Usted es elegible para el beneficio de hospicio si su médico y el director médico del hospicio le han proporcionado un pronóstico terminal, que certifica que usted tiene una enfermedad terminal y le quedan 6 meses de vida o menos si su enfermedad sigue su progresión normal. Puede recibir atención de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. Su plan tiene la obligación de ayudarlo a encontrar programas de hospicio certificado por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos aquellos que la organización de Medicare Advantage posee, controla o en los que tiene un interés financiero. Su médico del hospicio puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para el control de los síntomas y el alivio del dolor • Cuidado de relevo a corto plazo • Cuidados en el hogar <p>Cuando es ingresado en un hospicio, tiene derecho a permanecer en su plan; si opta por permanecer en su plan, debe continuar pagando las primas.</p> <p><u>Para los servicios de hospicio y los servicios que están cubiertos por Parte A o B de Medicare y relacionados con su diagnóstico terminal:</u> Original Medicare (en lugar de nuestro plan) le pagará a su proveedor de hospicio por sus servicios de hospicio y cualquier servicio de la Parte A y Parte B relacionado con su pronóstico terminal. Mientras se encuentre en el programa de hospicio, el proveedor de atención de hospicio le facturará a Original Medicare los servicios que paga Original Medicare. Se le facturará el costo compartido de Original Medicare.</p> <p><u>Para los servicios cubiertos por Parte A o B de Medicare, pero no relacionados con su pronóstico terminal:</u> Si necesita servicios que no sean de emergencia ni de urgencia, y estén cubiertos por la Parte A o B de Medicare, pero no están relacionados con su pronóstico terminal, el gasto de dichos servicios dependerá de si usted consulta a un proveedor dentro la red de nuestro plan y sigue las normas del plan (por ejemplo, si existe un requisito de obtener una autorización previa).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las normas del plan para obtener servicios, solamente pagará el importe de participación en los costos del plan por los servicios dentro de la red. • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, usted paga la participación en los costos según el cargo por servicio de Medicare (Original Medicare). <p>(continúa en la siguiente página)</p>	<p>Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, los servicios de atención para hospicio y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal tienen la cobertura de Original Medicare, no de ConnectiCare Choice Plan 2.</p> <p>Copago de \$0 para el servicio de consulta de hospicio cubierta por única vez recibido por un proveedor de atención primaria (PCP).</p> <p>Copago de \$10 por servicios de consulta de hospicio por única vez recibidos por un especialista.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención de hospicio (continuación)</p> <p><u>Para servicios cubiertos por ConnectiCare Choice Plan 2, pero que no están cubiertos por Parte A o B de Medicare: ConnectiCare Choice Plan 2 seguirá cubriendo los servicios que cubre el plan pero que no tienen cobertura de la Parte A o Parte B, estén o no relacionados con su diagnóstico terminal. Usted paga el importe de participación en los costos del plan por esos servicios.</u></p> <p>Nota: Si necesita atención que no sea de hospicio (atención no relacionada con su pronóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios.</p> <p>Nuestro plan cubre los servicios de consulta para atención de hospicio (por única vez) para personas con enfermedad terminal que no hayan optado por el beneficio de hospicio.</p>	
<p> Vacunas</p> <p>Los servicios cubiertos por Medicare Parte B incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacunación contra la pulmonía • Vacunas contra la gripe, una vez cada temporada de gripe de otoño e invierno, con vacunas contra la gripe adicionales si son necesarias según el criterio médico • Vacuna contra la hepatitis B, si existe un riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • vacuna contra el COVID-19 • Otras vacunas, si cumplen las reglas de cobertura de Medicare Parte B, y su salud está en riesgo 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por las vacunas contra la pulmonía, influenza y la hepatitis B y el COVID-19.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención hospitalaria para pacientes ingresados</p> <p>Incluye hospitalización aguda, rehabilitación de pacientes ingresados, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes ingresados. La atención hospitalaria para pacientes ingresados comienza el día en que usted ingresa formalmente al hospital con una orden del médico. El día anterior a recibir el alta es su último día de paciente ingresado.</p> <p>La cantidad de días cubiertos por el plan es ilimitada. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o habitación privada si es necesario médicamente) • Comidas, incluidas las dietas especiales • Servicios de enfermería habituales • Costos de las unidades de cuidados especiales (como las unidades de cuidados intensivos o las unidades de cuidados coronarios) • Fármacos y medicamentos • Pruebas de laboratorio • Radiografías y otros servicios de radiología • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios • Uso de aparatos, como sillas de ruedas • Costos de la sala de operación y recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje • Servicios contra el abuso de sustancias para pacientes internados • En determinadas circunstancias, se cubren los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón/páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/multivisceral. Si necesita un trasplante, nos encargaremos de que un centro de trasplantes aprobado por Medicare revise su caso y decida si usted es un candidato para trasplante. Los proveedores del trasplante pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplantes dentro de la red se encuentran fuera del lugar habitual de atención en su comunidad, usted puede elegir recibir servicios locales siempre y cuando los proveedores de trasplante locales estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si ConnectiCare Choice Plan 2 brinda servicios de trasplante en una ubicación fuera del modelo de atención para trasplantes de su comunidad y usted elige realizar el trasplante en ese lugar más alejado, gestionaremos o pagaremos los costos de alojamiento y transporte correspondientes para usted y un acompañante. <p>(continúa en la siguiente página)</p>	<p>La participación en los costos se cobra por cada estadía como paciente ingresado.</p> <p>Copago de \$295 por cada día cubierto por Medicare para los días 1 a 6; copago de \$0 por cada día adicional.</p> <p>Los copagos se comienzan a aplicar en la fecha en la que usted se interna, y no son aplicables en la fecha en la que usted es dado de alta.</p> <p>El costo compartido de observación para pacientes ambulatorios se explica en la sección Observación hospitalaria de pacientes ambulatorios, en esta tabla de beneficios.</p> <p>Si recibe atención autorizada como paciente internado en un hospital fuera de la red después de que se establezca su afección de emergencia, su costo compartido será el mismo que pagaría en un hospital de la red.</p> <p>En el caso de la atención para pacientes ingresados, la participación en los costos descrita anteriormente será aplicable cada vez que usted sea internado en un hospital. Se considera una nueva internación si usted es transferido desde un hospital a un tipo de centro separado (como un hospital para rehabilitación de pacientes ingresados agudos o</p>


Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención hospitalaria para pacientes ingresados (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sangre, incluidos su almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de eritrocitos comienza con la primera pinta de sangre que usted necesite. Todos los demás componentes de la sangre tienen cobertura a partir de la primera pinta utilizada. • Servicios médicos. <p>SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA</p> <p>Nota: Para ser un paciente internado, su proveedor debe emitir una orden por escrito para admitirlo formalmente como paciente internado del hospital. Incluso si permanece hospitalizado durante toda la noche, es posible que aún se lo considere un <i>paciente ambulatorio</i>. Si tiene dudas sobre si usted es un paciente ambulatorio o internado, debe consultar al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada <i>¿Es usted un paciente internado o un paciente ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡consulte!</i> Esta hoja de datos está disponible en Internet en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números, sin cargo, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> <p>SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA</p>	<p>un hospital de atención a largo plazo). Por cada estadía hospitalaria de paciente ingresado, usted recibe cobertura por días ilimitados en tanto la estadía hospitalaria esté cubierta conforme al plan. Los períodos de beneficios de Medicare no se aplican conforme a este plan. (Consulte la definición de períodos de beneficios en el capítulo “Definiciones de palabras importantes”).</p>


Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios para pacientes ingresados en un hospital psiquiátrico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen servicios de cuidado de la salud mental que requieren estadía hospitalaria. Existe un límite de por vida de 190 días para servicios de internación en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental proporcionados durante una internación en una unidad psiquiátrica de un hospital general.</p> <p>SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA</p>	<p>La participación en los costos se cobra por cada estadía como paciente ingresado.</p> <p>Copago de \$2,179 por cada hospitalización cubierta por Medicare.</p> <p>Los períodos de beneficios de Medicare no son aplicables. (Consulte la definición de períodos de beneficios en el capítulo “Definiciones de palabras importantes”).</p>
<p>Estadía como paciente ingresado: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una estadía como paciente internado sin cobertura</p> <p>Si ha agotado sus beneficios de paciente internado o si la estadía como paciente internado no resulta razonable ni necesaria, no cubriremos su estadía como paciente internado. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos determinados servicios que reciba mientras se encuentra en el hospital o centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos. • Análisis de diagnóstico (como pruebas de laboratorio). • Radiografías, radioterapia y terapia de isótopos, incluidos los materiales y servicios técnicos. • Vendajes quirúrgicos. • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para prevenir fracturas y dislocaciones. • Aparatos protésicos y ortopédicos (que no sean dentales) que reemplazan en forma total o parcial un órgano corporal interno (incluido el tejido contiguo), o la función total o parcial de un órgano corporal interno con disfunción permanente, lo que incluye también el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos • Aparatos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; soportes para hernia; extremidades y ojos artificiales; lo que incluye también los ajustes, las reparaciones y los reemplazos necesarios por rotura, desgaste, pérdida o un cambio en la condición física del paciente • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional (continúa en la siguiente página) 	<p>Copago de \$0 por cada visita cubierta por Medicare a un proveedor de atención primaria (PCP).</p> <p>Copago de \$10 por cada visita al especialista cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$25 para los procedimientos y las pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare completados en un centro de un médico o autónomo.</p> <p>Copago de \$10 por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare completados en un hospital para pacientes ambulatorios.</p> <p>Copago de \$15 por las radiografías cubiertas por Medicare.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Estadía como paciente ingresado: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una estadía como paciente internado sin cobertura (continuación)</p> <p>SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA PARA ALGUNOS SERVICIOS</p>	<p>Copago de \$175 por los servicios de radiología de diagnóstico cubiertos por Medicare.</p> <p>Coseguro del 20 % por radiología terapéutica cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por prótesis, órtesis, equipo médico duradero y suministros (vendajes quirúrgicos, férulas, yesos, etc.) cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$10 por fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional cubiertas por Medicare.</p>
<p> Terapia médica de nutrición</p> <p>Este beneficio está destinado a personas con diabetes, enfermedad renal (de riñón) (pero sin diálisis) o para aquellos en la etapa posterior a un trasplante de riñón, si así lo ordena el médico.</p> <p>Cubrimos 3 horas de servicios de orientación personalizada durante el primer año en que usted recibe servicios de terapia médica de nutrición de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage u Original Medicare), y 2 horas cada año después de eso. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambian, es probable que pueda recibir más horas de tratamiento, con la orden de un médico. Un médico deberá recetar estos servicios y renovar su pedido anualmente si usted sigue necesitando tratamiento para el próximo año calendario.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para los servicios de terapia médica de nutrición cubiertos por Medicare.</p>


Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>Los servicios del programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP) estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare en todos los planes de salud de Medicare.</p> <p>El MDPP es una intervención estructurada para lograr un cambio de conducta con respecto a la salud que brinda capacitación práctica sobre cambios a largo plazo, en la dieta, aumento de la actividad física y estrategias para la resolución de problemas a fin de superar los retos que implica mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por recibir los beneficios del MDPP.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Medicamentos con receta de Medicare Parte B</p> <p>La Parte B de Original Medicare cubre esos medicamentos. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura para esos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que, por lo general, el paciente no se autoadministra y se inyectan o infunden mientras la persona recibe servicios médicos u hospitalarios como paciente ambulatorio o en un centro quirúrgico ambulatorio • Insulina provista a través de un equipo médico duradero (por ejemplo, una bomba de insulina necesaria por motivos médicos) • Otros medicamentos que se administran con equipo médico duradero (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por el plan • Factores de coagulación que se autoadministran por vía inyectable si el paciente tiene hemofilia • Medicamentos inmunosupresores, si usted estaba inscrito en Medicare Parte A al momento del trasplante de órganos • Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si el paciente no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el médico haya certificado como relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse el fármaco • Antígenos • Determinados medicamentos orales contra el cáncer y medicamentos contra las náuseas • Determinados medicamentos para diálisis domiciliaria, incluida la heparina, el antídoto contra la heparina si es medicamento necesario, anestésicos tópicos y agentes estimulantes de la eritropoyesis (como Epoetin Alfa) • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento domiciliario de enfermedades de inmunodeficiencia primaria <p>El siguiente enlace lo llevará a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a tratamiento escalonado: https://www.connecticare.com/resources/medicare-pharmacy/medicare-drugs-covered</p> <p>También cubrimos algunas vacunas en nuestro beneficio de medicamentos con receta Parte B.</p> <p>Algunos medicamentos pueden estar sujetos a requisitos de tratamiento escalonado</p> <p>SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA PARA ALGUNOS MEDICAMENTOS</p>	<p>Coseguro del 0 % al 10 % por medicamentos cubiertos en la Parte B de Medicare en el hogar.</p> <p>Coseguro del 0 % al 20 % por medicamentos cubiertos en la Parte B de Medicare despachados en farmacias minoristas, farmacias de pedidos por correo, consultorios médicos y centros para pacientes ambulatorios.</p> <p>Usted paga menos si su medicamento está en la lista de reembolsos de medicamentos de la Parte B de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid. La lista cambia en forma trimestral.</p> <p>Usted paga un máximo de \$35 por un suministro de un mes de insulina cubierta de la Parte B.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Detección de la obesidad y terapia para promover la pérdida de peso en forma sostenida</p> <p>Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos orientación intensiva para ayudarlo a perder peso. Dicha orientación estará cubierta si se recibe en un entorno de atención primaria, donde puede coordinarse con su plan integral de prevención. Consulte a su médico o proveedor de atención primaria para obtener más información.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por la detección preventiva y la terapia para la obesidad.</p>
<p>Servicios del programa de tratamiento para opioides</p> <p>Los miembros de nuestro plan con trastorno por uso de opioides (OUD) pueden recibir cobertura de servicios para tratar el trastorno a través de un Programa de tratamiento para opioides (OTP) que incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de tratamiento asistido por medicamentos con agonistas y antagonistas de opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU. • Entrega y administración de medicamentos de tratamiento asistido por medicamentos (si corresponde) • Orientación sobre el uso de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas de toxicología • Actividades de ingesta • Evaluaciones periódicas <p>SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA</p>	<p>Copago de \$10 por visitas del programa de tratamiento para opioides cubiertos por Medicare.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Análisis de diagnóstico para pacientes ambulatorios, servicios y suministros terapéuticos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías • Terapia de radiación (radio e isótopos), incluidos los materiales y suministros técnicos • Suministros quirúrgicos, como vendajes • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para prevenir fracturas y dislocaciones • Análisis de laboratorio • Sangre, incluidos su almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de eritrocitos comienza con la primera pinta de sangre que usted necesite. Todos los demás componentes de la sangre tienen cobertura a partir de la primera pinta utilizada. • Otros análisis de diagnóstico para pacientes ambulatorios <p>Para que las pruebas genéticas estén cubiertas usted necesita:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autorización previa por escrito de ConnectiCare, y • orientación genética de parte de un profesional de la salud calificado para formular una recomendación e interpretar los resultados. <p>Las pruebas genéticas que no están cubiertas incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de prueba genética molecular y paneles o hibridación fluorescente in situ (FISH, siglas en inglés) no avalado por el American Congress of Obstetricians and Gynecologists (ACOG, siglas en inglés), el American College of Medical Genetics and Genomics (ACMG, siglas en inglés), la National Comprehensive Cancer Network (NCCN, siglas en inglés) o la American Society of Clinical Oncology (ASCO, siglas en inglés) • Los kits de prueba genética molecular disponibles directamente para el consumidor o a través de una receta médica. • La prueba genética molecular que solamente es para el beneficio de otro miembro de la familia. • Prueba de genoma completo o prueba genética del exoma completo. • Servicios y paneles de prueba genética molecular no cubiertos de acuerdo con las determinaciones de cobertura nacional (NCD) o determinaciones de cobertura local (LCD) de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) <p>SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA PARA ALGUNOS SERVICIOS</p>	<p>Copago de \$15 por cada radiografía cubierta por Medicare.</p> <p>Coseguro del 20 % por cada tratamiento de radioterapia cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$175 por cada servicio de radiología de diagnóstico cubierto por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por equipo médico duradero y suministros (vendajes quirúrgicos, férulas, yesos, etc.) cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare completados en un centro de un médico o autónomo.</p> <p>Copago de \$10 por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare completados en un hospital para pacientes ambulatorios.</p> <p>Copago de \$0 por los servicios de sangre cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$25 para los procedimientos y las pruebas de diagnóstico como paciente ambulatorio cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$200 por cada visita al hospital como paciente ambulatorio cubierta por Medicare.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Observación hospitalaria de pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios que se proporcionan para determinar si usted debe ser admitido como paciente ingresado o puede ser dado de alta.</p> <p>Para que los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios estén cubiertos, deben cumplir con los criterios de Medicare y ser considerados razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo cuando se proveen por orden de un médico u otra persona autorizada por una ley de otorgación de licencias estatal y por los estatutos del personal del hospital para ingresar pacientes en el hospital o para ordenar pruebas para pacientes ambulatorios.</p> <p>Nota: A menos que el proveedor haya emitido una orden por escrito para admitirlo como paciente ingresado en el hospital, usted será considerado un paciente ambulatorio y pagará los importes de participación en los costos por los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Incluso si permanece hospitalizado durante toda la noche, es posible que aún se lo considere un paciente ambulatorio. Si tiene dudas sobre su condición de paciente ambulatorio, debe consultar al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada <i>¿Es usted un paciente internado o un paciente ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡consulte!</i> Esta hoja de datos está disponible en Internet en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf (en inglés) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números, sin cargo, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> <p>SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA</p>	<p>Copago de \$200 por atención de observación cubierta por Medicare.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios Cubrimos los servicios médicamente necesarios que se obtienen en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en un departamento de emergencia o una clínica para pacientes ambulatorios, tales como servicios de observación o cirugía ambulatoria • Análisis de diagnóstico y de laboratorio facturados por el hospital • Cuidado de la salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que sería necesario el tratamiento como paciente internado sin dicha atención • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suministros médicos, como férulas y yesos • Determinados medicamentos y productos biológicos que no puede administrarse <p>Para que las pruebas genéticas estén cubiertas usted necesita:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autorización previa por escrito de ConnectiCare, y • Orientación genética de parte de un profesional de la salud calificado para formular una recomendación e interpretar los resultados. <p>Las pruebas genéticas que no están cubiertas incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de prueba genética molecular y paneles y/o hibridación fluorescente in situ (FISH) no avalado por el Congreso Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG), el Colegio Americano de Genética y Genómica Médica (ACMG), la Red Nacional Integral del Cáncer (NCCN) ni la Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica (ASCO). • Los kits de prueba genética molecular disponibles directamente para el consumidor o a través de una receta médica. • La prueba genética molecular que solamente es para el beneficio de otro miembro de la familia. • Prueba de genoma completo o prueba genética del exoma completo. • Servicios y paneles de prueba genética molecular no cubiertos de acuerdo con las determinaciones de cobertura nacional (NCD) o determinaciones de cobertura local (LCD) de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) 	<p>Copago de \$100 por atención de emergencia cubierta por Medicare. (Usted no paga este importe si ingresa en el hospital en el plazo de 1 día para la misma afección).</p> <p>Copago de \$200 para cada visita no quirúrgica cubierta por Medicare en una clínica como paciente ambulatorio.</p> <p>Copago de \$100 por cada visita al centro quirúrgico ambulatorio cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$200 por cada visita al hospital como paciente ambulatorio cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$200 por atención de observación cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare completados en un centro de un médico o autónomo.</p> <p>Copago de \$10 por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare completados en un hospital para pacientes ambulatorios.</p> <p>Copago de \$25 para los procedimientos y las pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare.</p>
<p>SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA PARA ALGUNOS SERVICIOS (continúa en la siguiente página)</p>	<p>Copago de \$10 para los servicios de cuidado de la salud mental cubiertos por Medicare.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (continuación)</p> <p>Nota: A menos que el proveedor haya emitido una orden por escrito para admitirlo como paciente ingresado en el hospital, usted será considerado un paciente ambulatorio y pagará los importes de participación en los costos por los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Incluso si permanece hospitalizado durante toda la noche, es posible que aún se lo considere un paciente ambulatorio. Si tiene dudas sobre su condición de paciente ambulatorio, debe consultar al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada <i>¿Es usted un paciente internado o un paciente ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡consulte!</i> Esta hoja de datos está disponible en Internet en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números, sin cargo, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> <p>SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA PARA ALGUNOS SERVICIOS</p>	<p>Copago de \$55 por cada día de servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$15 por las radiografías cubiertas por Medicare.</p> <p>Copago de \$175 por los servicios de radiología de diagnóstico cubiertos por Medicare.</p> <p>Coseguro del 20 % por radiología terapéutica cubierta por Medicare.</p> <p>Consulte la sección “Medicamentos con receta de Medicare Parte B” de esta tabla para conocer los costos compartidos en relación con los medicamentos de la Parte B.</p> <p>Copago de \$0 para equipo médico duradero y suministros, prótesis y órtesis, cubiertos por Medicare.</p> <p>Coseguro del 20 % para los servicios de diálisis cubiertos por Medicare.</p>
<p>Cuidado de la salud mental del paciente ambulatorio</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen: Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, asistente social clínico, especialista en enfermería clínica, consejera profesional autorizada (licensed professional counselor, LPC, siglas en inglés), terapeuta familiar y matrimonial con licencia (licensed marriage and family therapist, LMFT, siglas en inglés), personal de enfermería practicante (Nurse practitioner, NP, siglas en inglés), asistente médico (Physician assistant, PA, siglas en inglés) u otro profesional de cuidado de la salud mental calificado por Medicare, según lo permitido por la legislación estatal aplicable. (continúa en la siguiente página)</p>	<p>Copago de \$10 como paciente ambulatorio de cuidado de la salud mental para servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$10 por cada visita individual de cuidado de la salud mental cubierta por Medicare por medio de telesalud.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Cuidado de la salud mental del paciente ambulatorio (continuación)</p> <p>Tiene la opción de obtener ciertos servicios a través de una visita presencial o por medio de telesalud con un proveedor de la red que ofrezca el servicio por medio de telesalud.</p> <p>SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA PARA ALGUNOS SERVICIOS</p>	<p>Copago de \$10 por cada visita individual de atención psiquiátrica cubierta por Medicare por medio de telesalud.</p>
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen: fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje.</p> <p>Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se brindan en diversos entornos para pacientes ambulatorios, como departamentos hospitalarios para pacientes ambulatorios, consultorios de terapeutas independientes y centros integrales de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF).</p>	<p>Copago de \$10 por los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios en relación con el abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de abuso de sustancias proporcionados por un médico o psiquiatra con matrícula estatal, un psicólogo clínico, un trabajador social clínico, un especialista en enfermería clínica, un enfermero practicante, un asistente médico u otro profesional de atención médica calificado por Medicare, según lo permitido por las leyes estatales vigentes. <p>Tiene la opción de obtener ciertos servicios a través de una visita presencial o por medio de telesalud con un proveedor de la red que ofrezca el servicio por medio de telesalud.</p> <p>SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA PARA ALGUNOS SERVICIOS</p>	<p>Copago de \$10 por cada visita individual o grupal cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$10 por cada visita individual por tratamiento para el abuso de sustancias en pacientes ambulatorios cubierta por Medicare por medio de telesalud.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios proporcionados en centros hospitalarios y centros quirúrgicos para pacientes ambulatorios</p> <p>Nota: Si usted se somete a una cirugía en un centro hospitalario, debe preguntarle a su proveedor si a usted se lo considerará un paciente ambulatorio o internado. A menos que el proveedor emita una orden por escrito para admitirlo como paciente internado en el hospital, usted será considerado un paciente ambulatorio y pagará los importes de la participación en los costos por la cirugía ambulatoria. Incluso si permanece hospitalizado durante toda la noche, es posible que aún se lo considere un <i>paciente ambulatorio</i>.</p> <p>Si la cirugía es ambulatoria, debe verificar con su proveedor sobre si se le realizara la cirugía en un centro quirúrgico ambulatorio, un centro quirúrgico ambulatorio de un hospital o un centro hospitalario ambulatorio. Esto determinará el importe de costo compartido.</p> <p>SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA PARA ALGUNOS SERVICIOS</p>	<p>Copago de \$100 por cada visita al centro quirúrgico ambulatorio cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$200 por cada visita hospitalaria como paciente ambulatorio o por cada visita al centro quirúrgico como paciente ambulatorio, en ambos casos cubierta por Medicare.</p>
<p>Medicamentos de venta libre (OTC) y artículos relacionados con la salud</p> <p>Nuestro plan cubrirá los artículos elegibles de venta libre solo por correo. Su beneficio de OTC le permite comprar medicamentos, artículos de salud y bienestar, y suministros de primeros auxilios por Internet, por teléfono o por correo, con entrega a domicilio sin costo adicional.</p> <p>POR INTERNET: Visite connecticare.com/mailOTC y haga un pedido.</p> <p>TELÉFONO: Llame al 877-239-2942 (TTY: 711) y hable con un asesor de experiencia de miembros de Nations OTC, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.</p> <p>CORREO: Complete un formulario de pedido y envíelo por correo a Nations OTC.</p> <p>*Los servicios no computan para su importe de gasto máximo de bolsillo.</p>	<p>Nuestro plan cubrirá \$50 cada mes. Este importe no se transfiere de mes a mes y vencerá al final de cada mes.*</p>


Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos ambulatorios</p> <p>La <i>hospitalización parcial</i> es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo proporcionado como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o por un centro de la salud mental comunitario que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico o terapeuta y que es una alternativa para la estadía como paciente ingresado.</p> <p>El <i>servicio intensivo ambulatorio</i> es un programa estructurado de terapia de salud conductual (mental) activa que se proporciona en un departamento ambulatorio hospitalario, un centro de la salud mental comunitario, un centro de salud calificado a nivel federal o una clínica de salud rural que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico o terapeuta, pero menos intenso que la hospitalización parcial.</p> <p>Nota: Debido a que no hay centros de la salud mental comunitarios en nuestra red, cubrimos la hospitalización parcial solo como un servicio ambulatorio hospitalario.</p> <p>SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA</p>	<p>Copago de \$55 por servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$55 por servicios intensivos ambulatorios cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios de médicos/proveedores médicos, incluidas las visitas al consultorio médico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios quirúrgicos o atención médica necesarios desde el punto de vista médico, proporcionados en un consultorio médico, un centro quirúrgico ambulatorio certificado, un departamento hospitalario para pacientes ambulatorios o en cualquier otro lugar. • Consulta, diagnóstico y tratamiento por un especialista. • Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por un especialista, si su médico lo solicita para determinar si necesita tratamiento médico. • Ciertos servicios de telesalud, incluidas las visitas al médico de atención primaria y las visitas al especialista. <ul style="list-style-type: none"> ○ la opción de obtener estos servicios a través de una visita presencial o por medio de telesalud. Si elige recibir uno de estos servicios por telesalud, debe usar un proveedor de la red que ofrezca el servicio por telesalud. ○ Su proveedor debe usar un sistema de telecomunicaciones de audio y video interactivo que le permita obtener comunicación en tiempo real entre usted y su proveedor. Su proveedor puede pedirle que se registre y use su portal seguro para pacientes para obtener los servicios cubiertos de telesalud. <p>(continúa en la siguiente página)</p>	<p>Copago de \$0 para cada visita al consultorio del médico de atención primaria cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$10 para cada visita a un consultorio de especialistas cubierta por Medicare.</p> <p>Será responsable de pagar todos los copagos y/o coseguros correspondientes por cada servicio proporcionado en el momento de su visita. Para la visita, se le pedirán costos compartidos tanto para la visita como para la radiografía.</p> <p>El costo compartido (copago o coseguro) que sea aplicable depende de los servicios que reciba. La Tabla de beneficios médicos enumera los costos compartidos por servicios específicos.</p>


Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de médicos/proveedores médicos, incluidas las visitas al consultorio médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Algunos servicios de telesalud, incluida la consulta, el diagnóstico y el tratamiento por parte de un médico o profesional para pacientes en ciertas zonas rurales u otras ubicaciones aprobadas por Medicare. • Servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con enfermedad renal en etapa terminal para miembros que reciben diálisis en el hogar, en un centro de diálisis renal basado en un hospital o de acceso crítico basado en un hospital, un centro de diálisis renal o el hogar del miembro. • Servicios de telesalud para diagnóstico, evaluación o tratamiento de síntomas de un derrame, independientemente de su ubicación. • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por consumo de sustancias o trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación • Servicios de telesalud para diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental en las siguientes circunstancias: <ul style="list-style-type: none"> ○ Usted tiene una visita presencial dentro de los 6 meses previos a su primera visita de telesalud. ○ Usted tiene una visita presencial cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud. ○ Se pueden hacer excepciones a lo anterior en determinadas circunstancias • Servicios de telesalud para visitas de salud mental proporcionados por clínicas de salud rural y centros de salud con calificación federal • Revisiones virtuales (por ejemplo, por teléfono o videochat) con su médico durante 5 a 10 minutos <u>en los siguientes casos:</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ No es un paciente nuevo y ○ La revisión no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días y ○ El chequeo no conduce a una visita al consultorio dentro de las 24 horas de la cita más prontamente disponible. • Evaluación de los videos o las imágenes que usted envía a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico dentro de las 24 horas <u>si:</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ No es un paciente nuevo y ○ La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días y ○ La evaluación no conduce a una visita al consultorio dentro de las 24 horas de la cita más prontamente disponible <p>(continúa en la siguiente página)</p>	



Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de médicos/proveedores médicos, incluidas las visitas al consultorio médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • La consulta que su médico tiene con otros médicos por teléfono, Internet o registro de salud electrónico. • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía • Atención dental que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reducción de una fractura de mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes como preparación de la mandíbula para tratamientos de radiación por enfermedad de cáncer neoplásico o servicios que estarían cubiertos si los proporciona un médico) 	
<p>Servicios de podología</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (tales como dedo en martillo o espolón en el talón) • Cuidado de rutina de los pies para miembros con determinadas afecciones médicas que afectan las extremidades inferiores 	<p>Copago de \$10 por los servicios de podología cubiertos por Medicare.</p>
<p> Exámenes de chequeo de cáncer de próstata</p> <p>Para los hombres de 50 años en adelante, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente (una vez cada 12 meses):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen rectal digital • Prueba del antígeno prostático específico (PSA) 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por una prueba anual del PSA.</p>
<p>Aparatos protésicos y suministros relacionados</p> <p>Aparatos (que no sean dentales) que reemplazan en forma total o parcial una parte del cuerpo o una función corporal. Estos incluyen, entre otros: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, zapatos protésicos, extremidades artificiales y prótesis de mama (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye determinados suministros relacionados con aparatos protésicos y la reparación o el reemplazo de aparatos protésicos. Además, también se proporciona cierto grado de cobertura después de la extracción de cataratas o de una cirugía de cataratas; para obtener más detalles, consulte Atención de la vista más adelante en esta sección.</p> <p>SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA PARA ALGUNOS SUMINISTROS/APARATOS</p>	<p>Copago de \$0 por los aparatos protésicos y suministros relacionados cubiertos por Medicare.</p>


Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Se cubren programas integrales de rehabilitación pulmonar para los miembros que tengan enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave y una orden de rehabilitación pulmonar del médico tratante de la enfermedad respiratoria crónica.</p> <p>SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA</p>	<p>Copago de \$10 por los servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.</p>
<p>Tecnologías de acceso remoto</p> <p>Teladoc: Use su teléfono, computadora o aparato móvil para obtener atención de un médico para afecciones no urgentes como la gripe, la bronquitis, las alergias, la artritis y otras. Este servicio está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> <p>Recibirá información adicional e instrucciones para el registro de parte de Teladoc®. Para recibir información también puede llamar al 1-800-835-2362 (1-800-TELADOC) TTY: 711 o visitar www.teladoc.com/connecticare</p> <p>*Los servicios no cuentan para su gasto máximo de bolsillo.</p>	<p>Copago de \$0 por cada servicio de Teladoc cubierto.*</p>
<p> Detección y orientación para disminuir el abuso de alcohol</p> <p>Cubrimos un examen de detección de abuso de alcohol para adultos con Medicare (incluidas las mujeres embarazadas) que toman alcohol en exceso, pero que no son alcohólicos.</p> <p>Si la detección confirma que hay abuso de alcohol, puede recibir hasta cuatro sesiones breves de orientación personal por año (si es competente y está alerta durante la orientación), proporcionadas por un médico o proveedor médico de atención primaria calificado en un entorno de atención primaria.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por recibir el beneficio preventivo de detección y orientación cubierto por Medicare para disminuir el abuso del alcohol.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Examen de detección del cáncer de pulmón con tomografía computada de baja dosis de radiación (LDCT)</p> <p>Las personas elegibles tienen cobertura de una tomografía computada de baja dosis de radiación (LDCT) cada 12 meses.</p> <p>Los miembros elegibles son personas de 50 a 77 años que no presentan signos o síntomas de cáncer de pulmón, pero tienen historia de tabaquismo de al menos 1 paquete de cigarrillos por día durante 20 años y actualmente fuman o han dejado de fumar en los últimos 15 años. Reciben una orden por escrito para tomografía computada de baja dosis de radiación durante una visita de detección, orientación y toma de decisión compartida sobre el cáncer de pulmón, la cual cumple con los criterios de Medicare para dichas visitas, y la proporciona un médico o un proveedor no médico calificado.</p> <p><i>Para los exámenes de detección del cáncer de pulmón con LDCT después de la detección inicial con LDCT:</i> los miembros deben recibir una orden por escrito para el examen de detección del cáncer de pulmón con LDCT, que puede proporcionarse durante (continúa en la siguiente página)</p> <p> Examen de detección del cáncer de pulmón con tomografía computada de baja dosis de radiación (LDCT) (continuación) cualquiera de las visitas correspondientes con un médico o un proveedor no médico calificado. Si un médico o un proveedor no médico calificado opta por ofrecer una visita de detección, orientación y toma de decisión compartida sobre el cáncer de pulmón para los siguientes exámenes de detección del cáncer de pulmón con LDCT, la visita debe cumplir con los criterios de Medicare correspondientes.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por la visita de orientación y toma de decisiones compartidas cubierta por Medicare, ni por la LDCT.</p>


Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Examen de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y orientación para prevenir las ITS</p> <p>Cubrimos los exámenes de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS), a saber, clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estos exámenes tienen cobertura para mujeres embarazadas y determinadas personas con mayor riesgo de contraer una ITS, si los solicita un proveedor de atención primaria. Cubrimos dichas pruebas una vez cada 12 meses o en determinados momentos del embarazo.</p> <p>También cubrimos hasta dos sesiones particulares personalizadas de orientación conductual intensiva de 20 a 30 minutos cada año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de contraer ETS. Solo cubriremos dichas sesiones de orientación como un servicio preventivo si las proporciona un proveedor de atención primaria y se llevan a cabo en un entorno de atención primaria, como por ejemplo un consultorio médico.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por recibir el beneficio preventivo de detección de ITS y orientación sobre ITS cubierto por Medicare.</p>
<p>Servicios para tratar la enfermedad renal</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de educación sobre enfermedad renal para enseñar el cuidado renal y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas con respecto a su atención. Para miembros con enfermedad renal crónica en estadio IV, si son derivados por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación sobre enfermedad renal durante la vida del paciente • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis que se encuentren temporalmente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3, o cuando el proveedor de este servicio no esté disponible o sea inaccesible temporalmente) • Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si es considerado como paciente internado en un hospital para recibir cuidados especiales) <p>(continúa en la siguiente página)</p>	<p>Copago de \$0 para los servicios de educación sobre enfermedades renales cubiertos por Medicare.</p> <p>Coseguro del 20 % por servicios de diálisis.</p> <p>Copago de \$0 para todos los demás servicios y suministros cubiertos por Medicare.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios para tratar la enfermedad renal (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacitación sobre autodiálisis (incluye capacitación para usted y aquella persona que lo ayude con su tratamiento de diálisis domiciliaria) • Equipos y suministros para diálisis domiciliaria • Determinados servicios de apoyo a domicilio (tales como, según sea necesario, visitas del personal de diálisis capacitado para controlar su diálisis domiciliaria, ayudarlo en casos de urgencia y verificar el equipo de diálisis y suministro de agua) <p>Determinados medicamentos para diálisis están cubiertos por el beneficio de medicamentos de Medicare Parte B. Para obtener información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección Medicamentos con receta de Medicare Parte B.</p>	
<p>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)</p> <p>(En el Capítulo 10 de este documento, encontrará una definición de atención en centro de enfermería especializada A veces, se les dice SNF [siglas en inglés])</p> <p>Usted está cubierto hasta por 100 días en un centro de enfermería especializada para servicios para pacientes ingresados cubiertos por Medicare en cada período de beneficios. No es necesaria una estadía hospitalaria previa.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o habitación privada si es necesario médicamente) • Comidas, incluidas las dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Medicamentos administrados como parte de su plan de atención (esto incluye sustancias que están presentes de forma natural en el cuerpo, como los factores de coagulación sanguínea). • Sangre, incluidos su almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de eritrocitos comienza con la primera pinta de sangre que usted necesite. Todos los demás componentes de la sangre también tienen cobertura a partir de la primera pinta utilizada. • Suministros médicos y quirúrgicos proporcionados habitualmente por los SNF • Análisis de laboratorio efectuados habitualmente por los SNF • Radiografías y otros servicios de radiología brindados habitualmente por los SNF (continúa en la siguiente página) 	<p>Copago de \$0 cada día por servicios cubiertos por Medicare para los días 1 a 20; copago de \$203 cada día por servicios cubiertos por Medicare para los días 21 a 100 por período de beneficios.</p> <p>El período de beneficios comienza el día que usted ingresa como paciente ingresado y finaliza cuando usted no ha recibido atención como paciente ingresado (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si vuelve a ingresar en un hospital o SNF después de que finalizó un período de beneficios, se inicia un nuevo período de beneficios. La cantidad de períodos de beneficios es ilimitada.</p>


Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, suministrados habitualmente por los SNF • Servicios de médicos/proveedores médicos <p>Por lo general, recibirá atención del SNF en los centros de la red. Sin embargo, en circunstancias específicas que se detallan a continuación, usted podría pagar la participación en los costos dentro de la red en un centro que no sea un proveedor de la red, si el centro acepta los importes de pago de nuestro plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un hogar de ancianos o un centro comunitario de atención continua para jubilados donde usted vivía justo antes de ingresar al hospital (siempre que brinde la atención del centro de enfermería especializada) • Un centro de enfermería especializada donde vive su cónyuge o pareja doméstica cuando usted recibe el alta del hospital <p>SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA</p>	
<p> Abandono del tabaquismo (orientación para dejar de fumar o de consumir tabaco)</p> <p><u>Si consume tabaco, pero no tiene signos ni síntomas de enfermedad relacionada con el tabaquismo:</u> Cubrimos dos sesiones de orientación para intentar dejar de fumar en un período de 12 meses como servicio preventivo sin costo para usted. Cada intento de orientación incluye hasta cuatro visitas personales.</p> <p><u>Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaquismo o está tomando medicamentos cuyo efecto puede verse afectado por el tabaquismo:</u> Cubrimos servicios de orientación para que abandone el tabaquismo. Cubrimos dos sesiones de orientación para intentar dejar de fumar en un período de 12 meses; sin embargo, usted pagará su participación en los costos correspondientes. Cada intento de orientación incluye hasta cuatro visitas personales.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por los beneficios preventivos para abandonar el tabaquismo y el uso del tabaco cubiertos por Medicare.</p>
<p>Terapia de ejercicio supervisado (SET)</p> <p>La terapia de ejercicio supervisado (SET) está cubierta para los miembros que tienen enfermedad de las arterias periféricas (PAD) sintomática y un referido para PAD del médico responsable del tratamiento de la PAD.</p> <p>La cobertura abarca hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas, si se cumplen los requisitos del programa de SET.</p> <p>(continúa en la siguiente página)</p>	<p>Copago de \$10 por cada sesión de terapia de ejercicio supervisado (SET) cubierta por Medicare.</p>



Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Terapia de ejercicio supervisado (SET) (continuación)</p> <p>El programa de SET debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consistir en sesiones de 30-60 minutos de duración, que incluyan un programa terapéutico de entrenamiento con ejercicios para EAP en pacientes con claudicación. • Ejecutarse en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios o en un consultorio médico. • Ser llevado a cabo por personal auxiliar calificado y capacitado en terapia de ejercicio para EAP, a fin de garantizar que los beneficios superen los daños. • Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico o enfermero practicante/especialista en enfermería clínica, quien deberá estar capacitado en técnicas de reanimación cardiopulmonar básica y avanzada. <p>La cobertura de la SET puede extenderse por más de 36 sesiones durante 12 semanas, con 36 sesiones adicionales durante un período más prolongado, si un proveedor de atención médica lo considera necesario médicamente.</p> <p>SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA</p>	
<p>Servicios urgentemente necesarios</p> <p>Se proporcionan servicios urgentemente necesarios para tratar una enfermedad, lesión o afección médica imprevista que no sea de emergencia y que requiera atención médica inmediata, cuando, debido a sus circunstancias, no sea posible, o no sea razonable, obtener servicios de proveedores de la red. Si no es razonable obtener de inmediato la atención médica de un proveedor de la red debido a sus circunstancias, su plan cubrirá los servicios urgentemente necesarios prestados por un proveedor fuera de la red. Los servicios deben ser inmediatamente y médicamente necesarios. Se incluyen ejemplos de servicios de urgencia que el plan debe cubrir fuera de la red en los siguientes casos: Usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan y requiere servicios médicos inmediatos necesarios por una afección imprevista, pero no es una emergencia médica; o no es razonable, dadas sus circunstancias, obtener inmediatamente la atención médica de un proveedor de la red. La participación en los costos para los servicios urgentemente necesarios suministrados fuera de la red es la misma que para los servicios suministrados dentro de la red.</p> <p>* Los servicios urgentemente necesarios están cubiertos en todo el mundo. Hay un límite por año calendario de \$50,000 para servicios de emergencia/servicios urgentemente necesarios combinados en todo el mundo y ambulancia terrestre fuera de los Estados Unidos y sus territorios.</p> <p>*Los servicios no cuentan para su gasto máximo de bolsillo.</p>	<p>Copago de \$10 por visita para los servicios urgentemente necesarios cubiertos por Medicare. No se exime el copago si es ingresado en el hospital.</p> <p>Copago de \$100 por servicios de emergencia o urgencia necesarios en todo el mundo fuera de los Estados Unidos. (Usted no paga este importe si es admitido al hospital en el plazo de un día por la misma afección).*</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Atención de la vista</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos destinados a pacientes ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares, incluido el tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre los exámenes oculares de rutina (refracciones oculares) para el uso de anteojos o lentes de contacto. • Para las personas con alto riesgo de glaucoma, cubriremos un examen de detección de glaucoma cada año. Las personas con alto riesgo de glaucoma incluyen: aquellos con historia familiar de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos a partir de los 50 años e hispanoamericanos a partir de los 65 años • Las personas con diabetes tienen cobertura para el examen de detección de retinopatía diabética una vez al año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la inserción de una lente intraocular (si se somete a dos operaciones de cataratas por separado, no podrá conservar el beneficio luego de la primera cirugía ni comprar dos anteojos después de la segunda cirugía). <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • *Examen ocular de rutina: (refracción incluida cuando se realiza con el examen) uno por año calendario. Debe obtenerse a través de un proveedor de la red EyeMed® Insight. • *Asignación aplicable a un par de: <ul style="list-style-type: none"> ○ Anteojos (armazón y lentes), o ○ Lentes de anteojos solamente, o ○ Armazones de anteojos solamente, o ○ Lentes de contacto en lugar de anteojos <p>Los armazones y lentes básicos cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas están cubiertos.</p> <p>El examen ocular de rutina y los accesorios para la vista de rutina deben ser provistos por proveedores participantes de EyeMed®. (continúa en la siguiente página)</p>	<p>Copago de \$10 por los beneficios cubiertos por Medicare, incluidos el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y afecciones de los ojos (incluida la retinopatía diabética).</p> <p>Copago de \$10 para examen ocular de rutina (límite de un examen por año calendario).*</p> <p>Copago de \$0 por examen de detección de glaucoma cubierto por Medicare cada año.</p> <p>Copago de \$0 para un par de anteojos o de lentes de contacto después de una cirugía de cataratas cubiertos por Medicare. Los accesorios para la vista se deben obtener en un plazo de 12 meses a partir de la cirugía de cataratas.</p> <p>Nuestro plan cubre hasta \$500 cada año para accesorios para la vista de rutina*.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Atención de la vista (continuación) Para obtener una lista completa de optometristas, ópticos y proveedores de accesorios para la vista que participan con su plan, visite www.eyemedvisioncare.com.</p> <p>*Los servicios no suman para su importe de gasto máximo de bolsillo</p>	
<p> Visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”</p> <p>El plan cubre la visita preventiva única de Bienvenida a Medicare. La visita incluye una revisión para controlar su salud, así como también capacitación y orientación sobre los servicios preventivos que usted necesita (incluidos determinados exámenes de detección y vacunas), además de referidos para recibir otro tipo de atención, según sea necesario.</p> <p>Importante: Cubrimos la visita preventiva de Bienvenida a Medicare solo dentro de los primeros 12 meses de tener Medicare Parte B. Cuando solicite la cita, infórmele al consultorio del médico que le gustaría programar su visita preventiva de Bienvenida a Medicare.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva de Bienvenida a Medicare.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?****Sección 3.1 Servicios que no cubrimos (exclusiones)**

En esta sección se le informa qué servicios están *excluidos* de la cobertura de Medicare y, por lo tanto, no están cubiertos por este plan.

En la siguiente tabla se incluyen los servicios y artículos que no están cubiertos en ninguna circunstancia o que están cubiertos solo en circunstancias específicas.

Si recibe servicios que están excluidos (sin cobertura), deberá pagarlos usted, excepto en las circunstancias específicas que se enumeran a continuación. Incluso si recibe los servicios excluidos en un centro de emergencia, los servicios excluidos seguirán sin cobertura y nuestro plan no los pagará. Única excepción: pagaremos si se determina, luego de una apelación, que un servicio es un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto dada su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hemos tomado para no cubrir un servicio médico, consulte el Capítulo 7, Sección 5.3 de este documento).

Servicios que no están cubiertos por Medicare	Sin cobertura cualquiera sea la circunstancia	Con cobertura solo en circunstancias específicas
Acupuntura		<ul style="list-style-type: none"> • Disponible para personas con dolor lumbar crónico en determinadas circunstancias.
Medias de compresión		<ul style="list-style-type: none"> • Determinada cobertura limitada proporcionada de acuerdo con las pautas de Medicare.
Cirugía o procedimientos cosméticos		<ul style="list-style-type: none"> • Con cobertura en caso de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro malformado del cuerpo. • Con cobertura en todas las etapas de reconstrucción de una mama después de una mastectomía, así como también de la mama no afectada, para lograr una apariencia simétrica.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que no están cubiertos por Medicare	Sin cobertura cualquiera sea la circunstancia	Con cobertura solo en circunstancias específicas
<p>Atención de custodia</p> <p>La atención de custodia es el cuidado personalizado que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como la atención brindada para ayudarle con actividades de la vida cotidiana, como bañarse o vestirse.</p>	Sin cobertura cualquiera sea la circunstancia	
<p>Medicamentos, intervenciones y equipos médicos y quirúrgicos experimentales</p> <p>Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos que Original Medicare considera como no aceptados habitualmente por la comunidad médica.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Es posible que tengan la cobertura de Original Medicare en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. <p>(Consulte la Sección 5 del Capítulo 3, para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica).</p>
<p>Tarifas cobradas en concepto de atención por sus familiares inmediatos o integrantes de su hogar</p>	Sin cobertura cualquiera sea la circunstancia	
<p>Atención domiciliaria de enfermería a tiempo completo</p>	Sin cobertura cualquiera sea la circunstancia	
<p>Comidas entregadas a domicilio</p>	Sin cobertura cualquiera sea la circunstancia	
<p>Los servicios de tareas domésticas incluyen asistencia básica en el hogar, como por ejemplo, tareas simples de limpieza o la preparación simple de comidas</p>	Sin cobertura cualquiera sea la circunstancia	
<p>Servicios de naturopatía (utilizando tratamientos naturales o alternativos)</p>	Sin cobertura cualquiera sea la circunstancia	

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que no están cubiertos por Medicare	Sin cobertura cualquiera sea la circunstancia	Con cobertura solo en circunstancias específicas
Atención dental que no sea de rutina		<ul style="list-style-type: none"> Es posible que la atención dental necesaria para el tratamiento de enfermedades o lesiones esté cubierta como cuidado del paciente ingresado o cuidado del paciente ambulatorio.
Zapatos ortopédicos o dispositivos de soporte para los pies		<ul style="list-style-type: none"> Zapatos que forman parte de un aparato ortopédico para la pierna y están incluidos en el costo del aparato ortopédico. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético.
Artículos personales en su habitación de hospital o en un centro de enfermería especializada, tales como teléfono o televisor	Sin cobertura cualquiera sea la circunstancia	
Habitación privada en un hospital.		<ul style="list-style-type: none"> Con cobertura solo si resulta necesario médicamente.
Reversión de procedimientos de esterilización y/o suministros anticonceptivos sin receta.	Sin cobertura cualquiera sea la circunstancia	
Atención quiropráctica de rutina		<ul style="list-style-type: none"> La manipulación manual de la columna vertebral para corregir la subluxación tiene cobertura.
Atención dental de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras postizas		<ul style="list-style-type: none"> Algunos servicios dentales de rutina están cubiertos. Consulte la sección 2.1 del Capítulo 4 en “Servicios dentales”. Consulte el Capítulo 4, Sección 3.1, para obtener una lista de beneficios dentales, exclusiones y limitaciones

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que no están cubiertos por Medicare	Sin cobertura cualquiera sea la circunstancia	Con cobertura solo en circunstancias específicas
Exámenes oculares de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos para personas con visión deficiente		<ul style="list-style-type: none"> • Los exámenes oculares y un par de anteojos (o lentes de contacto) tienen cobertura para aquellas personas que se sometieron a una cirugía de cataratas. • Algunos tipos de atención de la vista de rutina están cubiertos. (Consulte el Capítulo 4, Tabla de beneficios médicos, en “Atención de la vista”).
Cuidado de rutina de los pies		<ul style="list-style-type: none"> • Determinada cobertura limitada proporcionada de acuerdo con las pautas de Medicare (p. ej., si tiene diabetes).
Exámenes auditivos de rutina, audífonos o exámenes para ajustar audífonos		<ul style="list-style-type: none"> • Algunos tipos de atención de la audición de rutina están cubiertos. (Consulte el Capítulo 4, Tabla de beneficios médicos, en “Servicios de audición”).
Servicios considerados no razonables ni necesarios según los estándares de Original Medicare	Sin cobertura cualquiera sea la circunstancia	

Exclusiones y límites del plan Dental POS

1. Los procedimientos, las técnicas y los servicios experimentales o de investigación, según lo determine el plan, no están cubiertos.
2. No se cubren los procedimientos para alterar la dimensión vertical (altura de la mordida de acuerdo con la posición en descanso de la mandíbula) que incluyen, entre otros, las dentinas oclusales (de mordida) y cualquier procedimiento para modificar la dimensión vertical, como aplicaciones de yeso periodontal (aplicaciones usadas para entablillar o adherir varios dientes juntos) y restauraciones (empastes, coronas, prótesis, etc.).
3. Los servicios o suministros en relación con cualquier prótesis o aplicación duplicada o de reemplazo no están cubiertos.
4. Las restauraciones que sean principalmente cosméticas de naturaleza, que incluyen, entre otros, carillas laminadas, no están cubiertas.
5. La restauración de la estructura dental perdida por deserción o abrasión no está cubierta.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

6. El blanqueamiento dental no está cubierto.
7. Los injertos óseos no están cubiertos.
8. Las dentaduras o prótesis adjuntas personalizadas o de precisión, o técnicas especializadas, incluido el uso de puentes dentales fijos, en donde una dentadura parcial extraíble diseñada de sujetador convencional restauraría el arco no están cubiertas.
9. Los cargos por duplicado no están cubiertos.
10. Los servicios incurridos antes de la fecha de entrada en vigor de cobertura no están cubiertos.
11. Los servicios incurridos después de la cancelación o finalización de la cobertura no están cubiertos.
12. Los servicios o suministros que no sean necesarios desde el punto de vista dental, de acuerdo con los estándares aceptados de la práctica dental, no están cubiertos.
13. Los servicios que estén incompletos o no se presten al paciente no están cubiertos.
14. Los servicios como traumatismo que en general se proporcionan bajo cobertura quirúrgica médica o servicios necesarios como consecuencia de un accidente de vehículo motorizado o accidente de responsabilidad de propiedad no están cubiertos.
15. Los servicios realizados en donde existe un procedimiento equivalente desde el punto de vista clínico y más barato no están cubiertos. Sin embargo, los beneficios pagaderos a continuación se realizarán solamente por el porcentaje correspondiente del curso de tratamiento menos costoso y realizado con mayor frecuencia, y el balance del costo del tratamiento restante la responsabilidad de pago del miembro elegible. Esta exclusión no se aplica a coronas, dentaduras postizas ni dentaduras postizas parciales fijas.
16. Las evaluaciones orales clínicas están cubiertas, pero la frecuencia está limitada según el tipo de evaluación. Revise la lista de códigos de procedimientos cubiertos.
17. No se cubre más de un procedimiento de profilaxis (limpieza) o mantenimiento periodontal cada seis (6) meses. No se permite un procedimiento de mantenimiento periodontal ni una profilaxis dentro del mismo período de seis meses. En ausencia de un historial de reclamaciones pagadas para la terapia periodontal integral, los procedimientos de mantenimiento periodontal no están cubiertos.
18. No se cubre más de una serie de radiografías de boca completa cada treinta y seis (36) meses.
19. No se cubre más de una serie de radiografías de aleta de mordida cada seis (6) meses.
20. No se cubre más de un tratamiento con fluoruro cada seis (6) meses.
21. Se incluyen en el servicio ajustes o reparaciones en dentaduras postizas realizadas en el plazo de seis (6) meses a partir de su instalación.
22. No se cubre más de una reparación de dentadura postiza por arco cada doce (12) meses.
23. Los servicios o suministros en relación con el yeso periodontal (adhesión de varios

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

- dientes junto) no están cubiertos.
24. Los costos del reemplazo de una dentadura existente se pueden reparar o ajustar no están cubiertos.
 25. Los gastos adicionales para una dentadura postiza temporal o provisional, u otros servicios temporales o provisionales (como empastes, coronas, etc.) pueden considerarse incluidos en otros procedimientos cubiertos o no cubiertos.
 26. No se cubren los gastos por el reemplazo de prótesis, como dentadura postiza, corona, incrustación/recubrimiento, implante o servicios relacionados con un implante, o puente en el plazo de sesenta (60) meses de la fecha del beneficio original.
 27. La capacitación en el control de placas o higiene oral o para instrucciones alimenticias no están cubiertos.
 28. Los servicios incurridos en exceso del máximo anual de beneficios no están cubiertos.
 29. Los costos por completar formularios de reclamaciones no están cubiertos.
 30. Los cargos por citas perdidas no están cubiertos.
 31. Los cargos por servicios o suministros que no son necesarios para el tratamiento o que no están recomendados y aprobados por el dentista que lo atiende no están cubiertos. El plan determinará la necesidad médica de acuerdo con la documentación presentada por el dentista que lo atiende.
 32. No se cubren los procedimientos óseos y otras intervenciones quirúrgicas periodontales más de una vez por cuadrante cada treinta y seis (36) meses.
 33. No se cubre más de una limpieza de raspado y alisado radicular (limpieza de la superficie debajo de la encía) por cuadrante cada treinta y seis (36) meses.
 34. No se cubren los servicios por cualquier afección cubierta por la ley de indemnización al trabajador, sin culpabilidad o por cualquier otra legislación similar.
 35. Las reclamaciones presentadas más de 365 días después de la fecha del servicio no están cubiertas.
 36. No se cubren los servicios para corregir o en conjunto con malformaciones congénitas o de desarrollo de los dientes (falta de dientes congénita, dientes supernumerarios, displasia dental y de esmalte, etc.), presentes antes de la fecha de entrada en vigor de la cobertura.
 37. No se cubre ningún servicio o suministro proporcionado junto con un servicio no cubierto, en preparación para este o como consecuencia de este.
 38. No se cubre ningún servicio para tratar el dolor miofascial o los trastornos de las articulaciones de la mandíbula (articulaciones temporomandibulares [temporomandibular joints, TMJ, siglas en inglés]; enfermedad temporomandibular [temporomandibular disease, TMD, siglas en inglés]).
 39. No se cubren los servicios de ortodoncia.

CAPÍTULO 5:

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

Capítulo 5 Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte del gasto por sus servicios cubiertos

A veces, cuando recibe atención médica, es posible que deba pagar el costo total. Otras veces, es posible que descubra que ha pagado más que lo esperado en función de las reglas de cobertura de nuestro plan o puede recibir una factura de parte del proveedor. En estos casos, puede solicitar a nuestro plan que le devuelva el dinero (la acción de devolver el dinero a menudo se denomina *reembolsar*). El reintegro por parte de nuestro plan es su derecho siempre que haya pagado más que su parte del gasto por los servicios médicos que tienen cobertura en nuestro plan.

Para recibir el reintegro, es posible que deba cumplir con ciertos plazos. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

Es posible que algunas veces reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que recibió o por un importe superior al de su participación en los costos, tal como se detalla en el documento. Primero, intente resolver el problema con el proveedor. Si no tiene éxito, envíenos la factura en lugar de pagarla. Nosotros estudiaremos la factura y decidiremos si los servicios debiesen cubrirse. Si decidimos que deberían cubrirse, le pagaremos al proveedor de forma directa. Si decidimos no pagarla, le notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más que el importe de participación en los costos permitido por el plan. Si es un proveedor contratado, usted tiene derecho a recibir tratamiento igualmente.

A continuación, se presentan ejemplos de situaciones en las que usted posiblemente necesite solicitar a nuestro plan que le reintegre o que pague la factura recibida:

1. Cuando recibe atención médica de emergencia o urgente y necesaria de un proveedor que no se encuentra en la red de nuestro plan

Fuera del área de servicio, puede recibir servicios de emergencia o urgentemente necesarios de cualquier proveedor, ya sea que forme parte de nuestra red o no.

- Usted solo es responsable de pagar su parte del costo por los servicios de emergencia o de urgencia recibidos. Los proveedores de servicios de emergencia están legalmente obligados a brindar atención de emergencia. Si usted paga el importe total al momento de recibir atención, solicítenos el reintegro de la participación del costo que nos corresponde pagar a nosotros. Envíenos la factura, junto con la documentación de todos los pagos que haya efectuado.
- Es posible que reciba una factura de un proveedor en la que se le solicite el pago por algo que usted piensa que no debe. Envíenos esta factura, junto con la documentación de todos los pagos que ya haya efectuado.
 - Si se le debe algo al proveedor, le pagaremos directamente.
 - Si ya ha pagado más que su participación del costo del servicio, determinaremos cuánto debe y le reintegraremos nuestra participación del costo.

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

Los proveedores de la red siempre deben facturar al plan directa y solamente pedirle a usted su parte del costo. No obstante, a veces cometen errores y le piden que pague más que su participación.

- Usted solamente debe pagar el importe de su participación en los costos cuando recibe servicios cubiertos. No permitimos a los proveedores agregar cargos adicionales separados, denominados *facturación del saldo*. Esta protección (usted nunca paga más de la cantidad de la participación en los costos) se aplica incluso si nosotros le pagamos al proveedor

Capítulo 5 Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos cubiertos

una cantidad menor que lo que el proveedor cobra por un servicio, e incluso en caso de existir una disputa y que no paguemos determinados cargos del proveedor.

- Cuando reciba una factura de un proveedor de la red que usted crea que supera lo que usted debe pagar, envíenos la factura. Nos podremos en contacto con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya ha pagado una factura a un proveedor de la red, pero cree que ha pagado demasiado, envíenos la factura, junto con la documentación del pago que usted ha efectuado y solicítenos que le reintegremos la diferencia entre el importe que pagó y el importe que debe según el plan.

3. Si usted está inscrito en nuestro plan de forma retroactiva

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

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó gastos de bolsillo por alguno de sus servicios cubiertos después de la fecha de inscripción, nos puede solicitar que le reintegremos nuestra parte de los gastos.

Deberá presentar documentación, como recibos y facturas, para que realicemos el reembolso.

Llame al Servicio de atención a miembros para obtener información adicional acerca de cómo solicitarnos el reintegro y las fechas límite para realizar su solicitud.

Estos ejemplos anteriores son tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que, si rechazamos su solicitud de pago, usted puede presentar una apelación de nuestra decisión. El Capítulo 7 de este documento contiene información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos un reembolso o el pago de una factura que ha recibido

Para solicitarnos que le reembolsemos el dinero, puede enviarnos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíe la factura y la documentación del pago que haya realizado. Le recomendamos hacer una copia de su factura y recibos para sus registros. **Debe enviarnos su reclamación dentro de los 180 días** de la fecha en que recibió el servicio o artículo.

Asegúrese de darnos toda la información que necesitamos para tomar una decisión; puede llenar nuestro formulario de reclamación para realizar una solicitud de pago.

No tiene que usar el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápidamente.

Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (connecticare.com/medicare [en inglés]) o llame al Servicio de Atención a Miembros y solicite el formulario.

Envíe por correo postal su solicitud de pago, junto con las facturas o los recibos pagados, a esta dirección:

Reclamación médica

ConnectiCare

Attn: Medicare Payment Requests

P.O. Box 4000

Farmington, CT 06034-4000

Capítulo 5 **Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos cubiertos****SECCIÓN 3** **Consideraremos su solicitud de pago y le diremos si lo aceptamos o lo rechazamos****Sección 3.1** **Hacemos una comprobación para ver si debemos cubrir un servicio y cuánto debemos**

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

Si decidimos que la atención médica tiene cobertura, y usted cumplió con todas las reglas, le pagaremos la parte que nos corresponde del costo. Si usted ya ha pagado por el servicio, le enviaremos su reembolso de nuestra parte del gasto. Si aún no ha pagado por el servicio, le enviaremos el pago directamente al proveedor.

Si decidimos que la atención médica *no* tiene cobertura o si usted *no* cumplió con todas las reglas, no le pagaremos nuestra parte del gasto. Le enviaremos una carta para explicarle los motivos por los cuales no le enviamos el pago y sus derechos para apelar esta decisión.

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

Si cree que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o con el importe que le pagamos, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, eso significa que nos pide que cambiemos la decisión que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago. El proceso de apelación es un proceso formal con procedimientos detallados y fechas límite importantes. Para ver detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 7 de este documento.

CAPÍTULO 6:

Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y su sensibilidad intercultural como miembro del plan

Section 1.1	We must provide information in a way that works for you and consistent with your cultural sensitivities (in languages other than English, in braille, in large print, or other alternate formats, etc.)
--------------------	--

Your plan is required to ensure that all services, both clinical and non-clinical, are provided in a culturally competent manner and are accessible to all enrollees, including those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and ethnic backgrounds. Examples of how a plan may meet these accessibility requirements include, but are not limited to provision of translator services, interpreter services, teletypewriters, or TTY (text telephone or teletypewriter phone) connection.

Our plan has free interpreter services available to answer questions from non-English speaking members. We can also give you information in braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We are required to give you information about the plan's benefits in a format that is accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, please call Member Services.

Our plan is required to give female enrollees the option of direct access to a women's health specialist within the network for women's routine and preventive health care services.

If providers in the plan's network for a specialty are not available, it is the plan's responsibility to locate specialty providers outside the network who will provide you with the necessary care. In this case, you will only pay in-network cost sharing. If you find yourself in a situation where there are no specialists in the plan's network that cover a service you need, call the plan for information on where to go to obtain this service at in-network cost sharing.

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, seeing a women's health specialists or finding a network specialist, please call to file a grievance with The Committee for Civil Rights, ConnectiCare, Inc. You may also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights 1-800-368-1019 or TTY 1-800-537-7697.

Sección 1.1	Debemos proporcionar información en un formato que a usted le sirva y se condiga con su sensibilidad intercultural (en otros idiomas además de inglés, braille, en letras grandes o formatos alternativos, etc.)
--------------------	---

Su plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se proporcionen de manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los afiliados, incluidos aquellos con dominio limitado del inglés, habilidades limitadas de lectura, incapacidad auditiva o antecedentes étnicos y culturales diversos. Algunos ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la prestación de servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan tiene a disposición un servicio de interpretación gratuito para responder a las preguntas de miembros que no hablen inglés. Además, si lo necesita, le ofrecemos información en braille, en letras grandes o en otros formatos alternativos sin costo alguno. Estamos obligados a ofrecer información acerca de los beneficios del plan en un formato que le resulte accesible y que sea adecuado para usted. Para recibir información nuestra en un formato que le sirva, llame al Servicio

de Atención a Miembros.

Nuestro plan debe ofrecer a las mujeres afiliadas la posibilidad de acceder directamente a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para recibir servicios de atención médica preventiva y de rutina de la mujer.

Si dentro de la red del plan no hay proveedores disponibles en una especialidad, es responsabilidad del plan localizar proveedores de esa especialidad fuera de la red para que le proporcionen la atención necesaria. En ese caso, solo pagará su participación en los costos dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que necesita, llame al plan para obtener información y saber adónde acudir para obtener este servicio al costo compartido dentro de la red.

Si tiene algún problema para recibir información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, consultar a especialistas en salud de la mujer o encontrar un especialista de la red, llame para presentar un reclamo ante el Comité de Derechos Civiles de ConnectiCare, Inc. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente a la Oficina de Derechos Civiles, al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Sección 1.2 Debemos garantizar que usted acceda de forma oportuna a sus servicios cubiertos

Usted tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) en la red del plan para que brinde y coordine los servicios cubiertos. No le exigimos que obtenga referencias para consultar a proveedores de la red.

Tiene derecho a que se le dé cita y a que se le proporcionen servicios cubiertos de la red de proveedores del plan *en un plazo de tiempo razonable*. Esto incluye el derecho de recibir servicios de forma oportuna de especialistas cuando necesite esa atención.

Si cree que no está recibiendo la atención médica en un plazo de tiempo razonable, en el Capítulo 7 se provee información sobre lo que puede hacer al respecto.

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información de salud personal

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

- Su información de salud personal incluye la información personal que usted nos dio cuando se inscribió en este plan, así como los historiales clínicos y otra información médica y de salud.
- Usted tiene derechos relacionados con su información y el control de cómo se utiliza su información de salud. Le enviamos un aviso por escrito, que se denomina *Aviso de confidencialidad clínica*, en el que se le informa sobre estos derechos y se le explica cómo protegemos la privacidad de la información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que las personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- Excepto en las circunstancias que se indican abajo, si tenemos la intención de dar

información de su salud a cualquier persona que no esté brindándole atención o pagando por su atención, *estamos obligados, en primer lugar, a obtener un permiso por escrito de usted o de la persona a quien usted le haya dado un poder legal para tomar decisiones en su nombre.*

- Existen algunas excepciones que no requieren que tengamos su permiso escrito. Estas excepciones están permitidas o son exigidas por ley.
 - Estamos obligados a divulgar información de salud a las agencias gubernamentales que controlan la calidad de la atención.
 - Como usted es miembro del plan a través de Medicare, estamos obligados a entregar a Medicare su información de salud. Si Medicare divulga su información para investigación o para otros usos, esto se hará conforme a las leyes y regulaciones federales. Normalmente, estas exigen que no se revele información que lo identifique personalmente.

Puede consultar la información de sus registros y saber de qué manera se ha compartido con otros

Tiene derecho de examinar sus historiales clínicos que conserva el plan y de obtener una copia de sus registros. Se nos permite cobrarle una tarifa por las copias. Asimismo, tiene derecho de solicitarnos que incorporemos algo o hagamos correcciones en sus historiales clínicos. Si nos solicita esto, trabajaremos con su proveedor del cuidado de la salud para decidir los cambios que debemos hacer.

Tiene derecho de saber cómo se ha compartido su información de salud con otros por motivos que no son de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes acerca de la privacidad de su información de salud personal, llame al Servicio de Atención a Miembros.

AVISO DE PRIVACIDAD DE CONNECTICARE.

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE SU PERSONA Y DE QUÉ FORMA USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO ATENTAMENTE.

En ConnectiCare, proteger la privacidad y confidencialidad de su información personal es muy importante para nosotros. A fin de proveer y administrar beneficios y servicios para usted, podemos recopilar, usar y divulgar información personal. La ley nos exige resguardar la privacidad de su información personal y proveer a los individuos un aviso de nuestras Prácticas de privacidad y obligaciones legales en relación con esa información personal. Si se viola la privacidad de su información personal no asegurada, tenemos la obligación de notificarle después de acontecida esa violación. Este aviso describe los tipos de información que recopilamos, las medidas que implementamos para protegerla y las situaciones en que podríamos divulgar esa información. Si tiene alguna pregunta sobre este aviso o desea ejercer alguno de los derechos detallados a continuación, llame al Servicio de Atención a Miembros a la línea gratuita que figura en su tarjeta de identificación o al 1-800-251-7722 para recibir asistencia.

En este aviso, el término “información personal” se refiere a toda información acerca de usted que nosotros creamos y recibimos, incluida aquella que podría razonablemente identificarlo y que se relaciona con su salud mental o condición física pasada, presente o futura, o la información

relacionada con el pago de su atención médica.

INFORMACIÓN QUE RECOPIAMOS

ConnectiCare recopila información que nos ayuda a administrar su plan de beneficios de salud. Al igual que todas las compañías del cuidado de la salud, recopilamos los siguientes tipos de información acerca de usted y de sus dependientes:

- Información que recibimos de usted, de su empleador o patrocinador del plan de beneficios (para los planes de salud grupales), de los proveedores médicos o terceros, contenida en solicitudes, formularios de inscripción, encuestas, evaluaciones de riesgos de salud u otros formularios (p. ej., nombre, domicilio, número de seguro social, fecha de nacimiento, estado civil, datos del dependiente, información de pagos, historial médico, etc.).*
- Información sobre su relación y transacciones con nosotros, nuestros afiliados, agentes y otros (p. ej., reclamaciones, información de pagos, historial médico, información de elegibilidad, consultas por servicios, información de quejas, apelaciones y reclamos).

* La información que recopilamos a través de nuestro sitio web en Internet está sujeta a la Política de Privacidad en Internet de ConnectiCare, que está disponible en nuestro sitio web en connecticare.com.

La información que recopilamos y conservamos se usa para propósitos comerciales específicos, como administrar su plan de beneficios y cumplir con las leyes y regulaciones, así como con los requisitos de las organizaciones de acreditación.

CÓMO PROTEGEMOS SU INFORMACIÓN

Conforme a las leyes vigentes y nuestras políticas corporativas, ConnectiCare tiene la responsabilidad de proteger la privacidad de su información personal. Implementamos estándares y procesos de seguridad, como controles de seguridad físicos, electrónicos y procesales, a fin de garantizar que el acceso a su información personal privada esté restringida a las personas autorizadas que la necesitan para proveerle los servicios y beneficios. Por ejemplo, todos los empleados de ConnectiCare deben firmar y acatar el Acuerdo de confidencialidad para empleados. Las medidas de seguridad como el uso de códigos en vez de nombres, el acceso restringido a las computadoras, los receptáculos cerrados con llave y el triturado de los datos que ya no es necesario u obligatorio retener por ley, son solo algunas de las maneras en que protegemos su privacidad.

QUIÉNES RECIBEN SU INFORMACIÓN PERSONAL Y POR QUÉ

Cuando se inscribe en nuestros planes de beneficios, usted acepta que nosotros usemos y divulguemos la información personal de usted y sus dependientes necesaria para administrar su plan de beneficios y proveerle los servicios, como el pago de las reclamaciones y la prestación de los programas de educación para la salud. Asimismo, cuando sea necesario para facilitar la operación de nuestros planes de beneficios, la recepción del tratamiento médico u otras actividades relacionadas, usamos su información personal de manera interna y la divulgamos a proveedores de atención médica (médicos, farmacias, hospitales y otros cuidadores), a nuestros

afiliados y a quienes nos ayudan a administrar los planes de beneficios. También podemos compartirla con otros seguros, administradores terceros, patrocinadores de planes (en circunstancias limitadas para los planes de salud grupales a fin de permitirle al patrocinador realizar funciones administrativas del plan), organizaciones de proveedores de atención médica y otros que pueden ser financieramente responsables de pagar los servicios o beneficios que usted recibe en el plan.

Estas partes también están obligadas a proteger la confidencialidad de su información personal, según lo estipulan las leyes vigentes. De ninguna otra manera divulgamos su información personal, salvo con su autorización o si las leyes permiten o exigen lo contrario.

A continuación, presentamos otros ejemplos de lo que hacemos con la información que recopilamos y los motivos por los que podría divulgarse a terceros:

- Propósitos de administración del plan y beneficios, que pueden comprender pagos de reclamaciones y control médico; evaluación de necesidad médica; coordinación de la atención, beneficios y otros servicios; respuesta a sus inquietudes o solicitudes de servicios; promoción de nuestros productos y programas; realización de evaluaciones de apelaciones y reclamos; investigaciones de fraudes y otras conductas ilegales; auditorías; suscripciones y construcción de tarifas; administración de los reaseguros y políticas de seguro de exceso o limitador de pérdida.
- Ejecución de programas de medicina preventiva, detección temprana y educación para la salud mediante los cuales nosotros, nuestros afiliados o contratistas enviamos materiales educativos y recordatorios para hacerse chequeos médicos preventivos a los miembros elegibles y proveedores. También podemos usar o divulgar su información personal para identificar y contactar a miembros que podrían beneficiarse de participar en programas de asistencia de casos o enfermedades específicos y enviar información pertinente a estos miembros (y a sus proveedores que se inscriban en los programas).
- Evaluación de la calidad y actividades de mejora, incluidas las organizaciones de acreditación como el Comité Nacional para el Aseguramiento de la Calidad (NCQA) y otras organizaciones independientes; medición de desempeño y evaluación de resultados; análisis de reclamaciones y elaboración de informes e investigación de los servicios de salud.
- Control de sistemas de datos e información.
- Realización de las actividades/informes de cumplimiento reglamentario obligatorios; respuesta a las solicitudes de información de las autoridades reguladoras; respuesta a las órdenes o citaciones judiciales; denuncias de fraude u otra actividad delictiva sospechada; realización de litigaciones o procedimientos de resolución de disputas; y realización de responsabilidad de terceros y actividades relacionadas.
- Transición de políticas o contratos de o a otros seguros, HMO o administradores terceros, y facilitación de actividades de diligencia debida en relación con la compra, venta o transferencia de los planes de beneficios de salud.
- A entidades afiliadas o terceros no afiliados que actúan en nuestro nombre para proveer servicios administrativos del plan, según lo permitido por la ley.
- Patrocinador del plan: Podemos compartir su información personal con el administrador del plan de salud a través del cual usted recibe beneficios de salud. Por ejemplo, podemos compartir información que no identifica a participantes específicos a los fines de obtener licitaciones de primas o modificar o rescindir un plan de salud.

¿CUÁNDO SE REQUIERE SU AUTORIZACIÓN?

Excepto como se describe en este Aviso de confidencialidad clínica, y según lo permitido por la ley estatal o federal aplicable, no usaremos ni divulgaremos su información personal sin su autorización por escrito. Requerimos específicamente su autorización previa por escrito para usar o divulgar su

información personal para los fines descritos a continuación:

- **Marketing.** Se requiere una autorización firmada para usar o divulgar su información personal para un propósito que lo aliente a comprar o usar un producto o servicio, excepto en determinadas circunstancias limitadas, como cuando la comunicación de marketing es cara a cara o cuando la acción de marketing implica distribuir un regalo promocional de valor nominal que proveamos nosotros.
- **Venta de información médica personal.** Se requiere una autorización firmada para el uso o la divulgación de su información personal en caso de que recibamos una remuneración por dicho uso o divulgación, excepto en ciertas circunstancias permitidas por la ley federal o estatal aplicable.

Además, requerimos su autorización por escrito antes de usar o divulgar su información personal para los propósitos que no se enumeraron antes (p. ej., datos solicitados para la compensación de un trabajador o reclamación de seguros de automotores). No podemos usar ni divulgar su información genética con fines de suscripción. En el caso de que usted no pueda dar la autorización requerida (por ejemplo, si es o se vuelve legalmente incapaz), aceptamos la autorización de cualquier persona legalmente autorizada a otorgarla en su nombre. Si nos otorga la autorización por escrito, puede revocarla en cualquier momento, excepto en la medida en que ya nos hayamos amparado en ella, o si la autorización se otorgó como una condición para obtener la cobertura de seguro, otra ley nos concede el derecho de impugnar una reclamación conforme a la política o la política en sí. Para revocar una autorización que nos había otorgado previamente, puede enviarnos una carta en la que declare que desea revocar la autorización. Incluya su nombre, domicilio, número de identificación de miembro, la fecha en que dio la autorización y un número de teléfono donde podamos contactarlo.

NORMAS ESPECIALES EN RELACIÓN CON LA DIVULGACIÓN DE CIERTA INFORMACIÓN PERSONAL

Si un uso o divulgación de información personal descrito antes en este aviso está prohibido o materialmente limitado por otras leyes que nos rigen, nuestra intención es cumplir los requisitos de la ley más rigurosa. Por ejemplo, pueden aplicar restricciones adicionales a las divulgaciones de información personal relacionada con la atención de condiciones psiquiátricas, abuso de sustancias o pruebas y tratamientos asociados al VIH. En la mayoría de los casos, esta información no se divulgaría sin su permiso explícito por escrito, salvo que específicamente lo exijan o permitan las leyes estatales o federales aplicables.

Información de salud mental. Es posible divulgar cierta información sobre la salud mental para las operaciones de tratamiento, pago y atención médica, según lo permita o requiera la ley. De lo contrario, solo divulgaremos dicha información de acuerdo con una autorización u orden judicial, o conforme a lo que estipule la ley.

Información sobre tratamiento de abuso de sustancias. Si tenemos información relacionada con un tratamiento que haya recibido en el marco de un programa de abuso de sustancias, las leyes federales protegen la confidencialidad de los registros del paciente que contengan información sobre abuso de alcohol y drogas. Estos registros solo se pueden divulgar en circunstancias limitadas.

Información relacionada con el VIH. Podemos divulgar información relacionada con el VIH solo según lo permitan o exijan las leyes estatales. Por ejemplo, la ley estatal puede permitir que se divulgue información relacionada con el VIH sin su autorización para fines de tratamiento, ciertas actividades de supervisión de la salud o en cumplimiento con una orden judicial.

DERECHOS INDIVIDUALES PARA LOS MIEMBROS DE CONNECTICARE

Como miembro de ConnectiCare, usted goza de los siguientes derechos en relación con su información personal. Para ejercer alguno de los derechos detallados a continuación, llame al **Servicio de Atención a Miembros a la línea gratuita que figura en su tarjeta de identificación o al 1-800-251-7722 para recibir asistencia.**

Derecho a solicitar restricciones: Tiene derecho a pedirnos que implementemos restricciones en la manera en que usamos o divulgamos su información personal. Sin embargo, no estamos obligados a aceptar la restricción solicitada.

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales: Daremos lugar a las solicitudes razonables para comunicarnos con usted sobre su información personal por medios alternativos o en lugares alternativos. Es posible que le pidamos que haga su solicitud por escrito.

Derecho a acceder a su información personal: Si quiere acceder a la información de su historial clínico, o si tiene alguna pregunta relacionada con su atención, debe dirigirse al proveedor (p. ej., médico, farmacia, hospital u otro cuidador) que generó esos registros originales. Si quiere acceder a las reclamaciones o a otra información relacionada que conservemos sobre usted y sus dependientes, póngase en contacto con el Servicio de Atención a Miembros. Conforme a las leyes aplicables, le permitiremos obtener los documentos que reflejan la información que recibimos de sus proveedores cuando nos presentan reclamaciones o prestaciones a los efectos de pagos. Si esta información está en formato electrónico, usted tiene derecho a obtener una copia electrónica de la información médica que conservamos sobre usted en nuestro registro electrónico. Nos reservamos el derecho de cobrarle una tarifa administrativa.

Derecho a solicitar la modificación de su información personal: Tiene derecho a solicitar que modifiquemos su información personal. Si cree que la información en sus historiales clínicos está equivocada o incompleta, contáctese con el proveedor que fue responsable del servicio o tratamiento en cuestión. Si nosotros somos la fuente de un error confirmado en nuestros registros relacionados con usted, corregiremos o modificaremos los registros en nuestro poder. Si rechazamos su solicitud, le daremos una explicación por escrito. No podemos corregir los registros que creó o conservó su proveedor.

Derecho a solicitar un informe de las divulgaciones de su información personal: Tiene derecho a recibir una lista de las veces que nosotros o nuestros socios comerciales divulgamos su información personal. Este informe de divulgaciones no incluye información sobre las divulgaciones que se hicieron: para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica; a usted o a su representante personal; en cumplimiento de su autorización escrita. Si solicita esta lista más de una vez en un período de 12 meses, podemos cobrarle una tarifa basada en el costo razonable por responder estas solicitudes adicionales. Debe presentar esta solicitud por escrito mediante el formulario de solicitud de ConnectiCare. Puede obtener este formulario comunicándose con el Servicio de Atención a Miembros.

Derecho a recibir un Aviso de confidencialidad clínica. Tiene derecho a recibir una copia en papel de este Aviso de privacidad. Si desea obtener una explicación más detallada de estos derechos o si quiere ejercer uno o más de estos derechos, póngase en contacto con el Servicio de Atención a Miembros.

¿QUÉ SUCEDE CON LA INFORMACIÓN PERSONAL LUEGO DE LA TERMINACIÓN?

Incluso después de que ya no esté inscrito en ningún plan de ConnectiCare, podemos conservar su información personal, según sea necesario, para administrar el plan en su nombre como se mencionó

anteriormente. Sin embargo, las políticas y los procedimientos que protegen esa información contra el uso indebido y la divulgación se aplican independientemente del estado de terminación.

DISTRIBUCIÓN DEL AVISO DE PRIVACIDAD DE CONNECTICARE

Enviamos a nuestros miembros un aviso de privacidad cuando se inscriben, cuando se cambian materialmente nuestras prácticas de privacidad, cuando un miembro solicita una copia y de forma anual cuando el miembro renueva su plan de salud.

VIOLACIÓN DE LOS DERECHOS DE PRIVACIDAD

Si considera que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante ConnectiCare, el Departamento de Seguros o el secretario del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos. Para presentar una queja ante ConnectiCare, siga los procedimientos de quejas formales y apelaciones que están detallados en los documentos de su plan o llame al Servicio de Atención a Miembros a la línea gratuita que figura en su tarjeta de identificación o al 1-800-251-7722. No iniciaremos acciones legales en su contra por presentar una queja.

DEBEMOS ACATAR LAS CLÁUSULAS DE ESTE AVISO. NOS RESERVAMOS EL DERECHO DE CAMBIAR LAS CLÁUSULAS DE ESTE AVISO Y DE HACER EFECTIVAS LAS DISPOSICIONES DEL NUEVO AVISO PARA TODA LA INFORMACIÓN PERSONAL QUE CONSERVAMOS.

Este aviso describe las prácticas de privacidad de ConnectiCare, Inc. y sus compañías afiliadas: ConnectiCare Holding Company, Inc.; ConnectiCare of Massachusetts, Inc.; ConnectiCare Insurance Company, Inc.; and ConnectiCare Benefits, Inc.

Conforme a las leyes estatales aplicables, los miembros pueden gozar de derechos adicionales.

Vigente desde el 23 de septiembre de 2013

Sección 1.4 Le debemos ofrecer información sobre el plan, su red de proveedores y los servicios cubiertos

Como miembro de ConnectiCare Choice Plan 2, tiene derecho a obtener diferentes tipos de información de nuestra parte.

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame al Servicio de Atención a Miembros: **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la condición financiera del plan.

Información sobre los proveedores de nuestra red. Tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores de nuestra red y sobre cómo le pagamos a los proveedores de nuestra red.

Información sobre su cobertura y las reglas que debe seguir al usar su cobertura. En los Capítulos 3 y 4 se proporciona información sobre los servicios médicos.

Información sobre por qué algo no tiene cobertura y qué puede hacer al respecto. En el Capítulo 7 se proporciona información sobre cómo solicitar una explicación por escrito sobre por qué un servicio médico no está cubierto o si su cobertura está restringida. El Capítulo 7 también proporciona información sobre cómo solicitarnos que cambiemos una decisión, también llamada apelación.

Sección 1.5 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su cuidado

Tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y participar en las decisiones sobre su cuidado de la salud.

Tiene derecho a obtener información completa de sus médicos y de otros proveedores de atención médica. Sus proveedores deben explicar su condición médica y sus opciones de tratamiento *de manera que usted pueda entender*.

También tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su cuidado de la salud. Para ayudarlo a tomar decisiones con sus médicos sobre qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos incluyen los siguientes:

- **Conocer todas sus opciones.** Tiene derecho a recibir información sobre todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, sin importar el costo o si nuestro plan las cubre.
- **Conocer los riesgos.** Usted tiene derecho a que le informen sobre los riesgos de su atención. Se le debe informar con anticipación si algún tipo de atención médica o tratamiento propuestos forman parte de un experimento de investigación. Siempre tiene la opción de rechazar los tratamientos experimentales.
- **El derecho a decir “no”.** Tiene derecho a rechazar los tratamientos recomendados. Esto incluye el derecho a abandonar un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le recomienda no hacerlo. Por supuesto, si rechaza el tratamiento, acepta la responsabilidad plena de lo que le suceda a su organismo como consecuencia de ello.

Tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que se debe hacer si no puede tomar decisiones médicas por sí mismo.

A veces, las personas no pueden tomar decisiones de cuidado de la salud por sí mismas debido a accidentes o enfermedades graves. Tiene derecho a decir lo que quiere que suceda si se encuentra en esta situación. Esto significa que, *si quiere*, puede:

- Completar un formulario por escrito a fin de otorgar a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas en lugar de usted** si en algún momento no puede tomar decisiones por usted mismo.
- **Proporcionar a sus médicos instrucciones escritas** sobre cómo desea que manejen su atención médica si no puede tomar decisiones por usted mismo.

Los documentos legales que puede usar para dar instrucciones por adelantado en estas situaciones se llaman “**directivas médicas anticipadas**”. Existen diferentes tipos de directivas médicas anticipadas y diferentes nombres para ellas. Los documentos como la **declaración de voluntad anticipada** y el **poder de representación para la atención médica** son ejemplos de directivas médicas anticipadas.

Si desea usar una *directiva médica anticipada* para dar sus instrucciones, a continuación se muestra lo que debe hacer:

- **Obtenga el formulario.** Puede obtener un formulario de directiva médica anticipada de su abogado, de un trabajador social o en algunas tiendas de insumos de oficina. A veces, puede obtener formularios de directivas médicas anticipadas de organizaciones que brindan información sobre Medicare. También puede comunicarse con el Servicio de Atención a Miembros para solicitar los formularios.
- **Llénelo y fírmelo.** Independientemente de dónde obtenga este formulario, tenga en cuenta que es un documento legal. Debe considerar contar con la ayuda de un abogado para preparar el documento.
- **Entregue copias a las personas apropiadas.** Debe entregar una copia del formulario a su médico y a la persona que designe en el formulario que pueda tomar las decisiones en nombre de usted si usted no puede hacerlo. Puede entregar copias a amigos cercanos o miembros de su familia. Conserve una copia en su casa.

Si sabe de antemano que va a ser hospitalizado y ha firmado una directiva médica anticipada, **lleve una copia al hospital.**

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

Recuerde, es decisión suya completar o no una directiva médica anticipada (incluido si desea o no firmar una si está en el hospital). Según la ley, nadie puede negarle el cuidado ni discriminarlo en función de si ha firmado o no una directiva médica anticipada.

¿Qué sucede si no se respetan sus instrucciones?

Si ha firmado una directiva médica anticipada y considera que un médico o un hospital no respetaron las instrucciones de dicha directiva, puede presentar una queja ante el Departamento de Salud Pública de Connecticut. Si desea presentar una queja sobre un médico, debe llamar al 1-860-509-7400.

Sección 1.6 Tiene derecho a presentar quejas y solicitarnos que reconsideremos las decisiones que tomamos

Si tiene algún problema, inquietud o queja y necesita solicitar cobertura, o presentar una apelación, el Capítulo 7 proporciona información sobre lo que puede hacer. Independientemente de lo que haga, ya sea solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja, **debemos tratarlo de manera justa.**

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si cree que lo están tratando injustamente o que no se están respetando sus derechos?

Si se trata de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles.

Si cree que ha recibido un tratamiento injusto o que sus derechos no fueron respetados por motivos

de su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad, orientación sexual o nacionalidad de origen, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697, o llame a su Oficina de Derechos Civiles local.

¿Se trata de otra cosa?

Si cree que ha recibido un tratamiento injusto o que sus derechos no fueron respetados y *no* es un asunto de discriminación, puede obtener ayuda para resolver el problema que tiene:

- Puede **llamar al Servicio de Atención a Miembros**.
- Puede **llamar al Programa estatal de asistencia con seguros de salud**. Para obtener más información, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- O bien, **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227], las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY: 1-877-486-2048).

Sección 1.8 **Cómo obtener más información sobre sus derechos**

Hay varios lugares donde puede obtener más información sobre sus derechos:

- Puede **llamar al Servicio de Atención a Miembros**.
- Puede **llamar al Programa estatal de asistencia con seguros de salud**. Para obtener más información, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- Puede ponerse en contacto con **Medicare**.
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación *Medicare Rights & Protections* (Derechos y protecciones de Medicare). (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf). O bien, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY: 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 **Como miembro del plan, tiene algunas responsabilidades**

Las cosas que debe hacer como miembro del plan se presentan a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame al Servicio de Atención a Miembros.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y con las reglas que debe seguir para obtener estos servicios cubiertos.** Use este documento de *Evidencia de Cobertura* para saber qué está cubierto en su caso y las reglas que debe seguir para obtener sus servicios cubiertos.
 - En los Capítulos 3 y 4 se brindan detalles sobre sus servicios médicos.
- **Si tiene alguna otra cobertura del seguro de salud además de nuestro plan, o una cobertura de medicamentos con receta por separado, debe informarnos.** En el Capítulo 1 se informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de miembro del plan cada vez que reciba atención médica.
- **Colabore con sus médicos y con otros proveedores, para que ellos lo ayuden a usted, brindándoles información, haciendo preguntas y siguiendo las pautas que le den para su**

cuidado.

- Para obtener la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores de salud sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus médicos acuerden.
 - Asegúrese de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que recibe, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
 - Si tiene alguna pregunta, asegúrese de hacerla y obtener una respuesta que pueda comprender.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. Asimismo, esperamos que actúe de una manera que ayude al buen funcionamiento del consultorio de su médico, los hospitales y de otros consultorios.
 - **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, es responsable de estos pagos:
 - Debe continuar pagando una prima por su Medicare Parte B para seguir siendo miembro del plan.
 - Para algunos de sus servicios médicos cubiertos por el plan, debe pagar su parte del gasto cuando recibe el servicio.
 - **Si se muda *dentro* del área de servicio de nuestro plan, debemos estar al tanto de esto** para mantener actualizado su registro de miembro y para saber cómo podemos comunicarnos con usted.
 - **Si se traslada *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro del plan.**
 - Si se muda, también es importante informar al Seguro Social (o a la Junta de Retiro Ferroviario).

CAPÍTULO 7:

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

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

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 ¿Qué hacer si tiene un problema o una inquietud?

En este capítulo, se explican dos tipos de procesos para manejar problemas e inquietudes:

Para algunos problemas, debe seguir el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.

Para otros problemas, debe seguir el **proceso para la presentación de quejas**, también llamadas “querellas”.

Ambos procesos tienen la aprobación de Medicare. Cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y plazos que nosotros y usted debemos cumplir.

En la guía que aparece en la Sección 3, obtendrá asistencia para identificar el proceso correcto que debe seguir e información sobre qué debe hacer.

Sección 1.2 ¿Qué sucede con los términos legales?

Existen términos legales para algunas de las reglas, los procedimientos y los tipos de fechas límite que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender. Para facilitar las cosas, en este capítulo:

- Usa palabras más simples en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo, generalmente, encontrará la frase “presentar una queja” en lugar de “presentar un reclamo”; “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de organización”; y “organización de evaluación independiente” en vez de “entidad de evaluación independiente”.
- Asimismo, las abreviaturas se usan lo menos posible.

No obstante, puede ser útil y, algunas veces, bastante importante, que conozca los términos legales correctos. Saber qué términos emplear le ayudará a comunicarse de manera más precisa para obtener la asistencia o la información adecuadas para su situación. Para ayudarlo a conocer qué términos debe emplear, incluimos términos legales cuando brindamos detalles para manejar tipos específicos de situaciones.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos disponibles para ayudarlo. Incluso si tiene una queja sobre nuestro tratamiento, estamos obligados a respetar su derecho a presentar una queja. Por lo tanto, siempre debe comunicarse con Servicio de Atención a Miembros para obtener ayuda. Pero en algunas situaciones, es posible que también desee ayuda u orientación de alguien que no esté conectado con nosotros. A continuación, encontrará dos entidades que pueden ayudarlo.

Programa estatal de asistencia con seguros de salud (SHIP)

Cada estado cuenta con un programa gubernamental con orientadores capacitados. El programa no está conectado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los orientadores de este programa pueden ayudarlo a comprender qué proceso debe seguir para manejar un problema

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

que tenga. Además, pueden responder sus preguntas, brindarle más información y ofrecerle orientación sobre qué hacer.

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

Medicare

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

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

También puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

SECCIÓN 3 Para manejar su problema, ¿qué proceso debe seguir?

Si tiene un problema o una inquietud, solamente necesita leer las partes de este capítulo correspondientes a su situación. En la guía a continuación encontrará ayuda.

¿Su problema o inquietud es sobre sus beneficios o cobertura?

Esto incluye problemas sobre si la atención médica (artículos médicos, servicios o medicamentos con receta de la Parte B) está cubierta o no, la forma en que está cubierta y los problemas relacionados con el pago de la atención médica.

Sí.

Vaya a la siguiente sección de este capítulo, **Sección 4, “Guía sobre los conceptos básicos de las decisiones de cobertura y las apelaciones”**.

No.

Vaya directamente a la **Sección 9** al final de este capítulo: **Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio de atención a miembros u otras inquietudes**.

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

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

SECCIÓN 4 Guía sobre los conceptos básicos de las decisiones de cobertura y las apelaciones

Sección 4.1 Solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: panorama general

Las decisiones de cobertura y las apelaciones tratan los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos con receta de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar las cosas, en general, nos referimos a artículos, servicios y medicamentos con receta de Medicare Parte B como **atención médica**. Usted utiliza el proceso de decisión de cobertura y apelaciones para asuntos como determinar si algo está cubierto o no, y la forma en que está cubierto.

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir los beneficios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o con relación al importe que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si su médico de la red del plan lo deriva a un especialista médico que no está dentro de la red, esta derivación se considera una decisión de cobertura favorable, a menos que su médico de la red pueda demostrar que recibió un aviso de denegación estándar para este especialista médico, o la Evidencia de cobertura deje en claro que el servicio derivado nunca está cubierto para ninguna afección. Usted o su médico también pueden ponerse en contacto con nosotros y solicitar una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico en particular o si se niega a brindar el cuidado médico que usted considera que necesita. En otras palabras, si usted quiere saber si cubriremos la atención médica antes de recibirla, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. En circunstancias limitadas, una solicitud de decisión de cobertura se desestimará, lo que significa que no evaluaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se desestimará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted solicita que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos un aviso en el que le explicaremos por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una evaluación de la desestimación.

Tomamos una decisión de cobertura por usted cuando decidimos qué cubriremos en su caso y cuánto pagaremos. En algunos casos, podríamos decidir que la atención médica no está cubierta o que ya no tiene cobertura de Medicare para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Presentación de una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de recibir un beneficio y usted no está satisfecho, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que evaluemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. En ciertas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una **apelación acelerada** o rápida de una decisión de cobertura. Su apelación es manejada por diferentes revisores que no son los que tomaron la decisión original.

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

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se llama apelación de Nivel 1. En esta apelación, evaluamos la decisión de cobertura que tomamos para comprobar si seguimos todas las reglas adecuadamente. Cuando hayamos completado la evaluación, le informaremos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, una solicitud de apelación de Nivel 1 se desestimará, lo que significa que no evaluaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se desestimará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted solicita que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de apelación de Nivel 1, le enviaremos un aviso en el que le explicaremos por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una evaluación de la desestimación.

Si rechazamos la totalidad o parte de su apelación de Nivel 1 para atención médica, la apelación pasará automáticamente a una apelación de Nivel 2 realizada por una organización de evaluación independiente que no está conectada con nosotros.

- No es necesario que haga nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las normas de Medicare requieren que enviemos automáticamente su apelación de atención médica al Nivel 2 si no estamos totalmente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.
- Para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2, consulte la **Sección 6.4** de este capítulo.

Si no está satisfecho con la decisión en la apelación de Nivel 2, es posible que pueda avanzar a otros niveles de apelación (en la Sección 8 de este capítulo se explica el proceso de apelaciones de Nivel 3, 4 y 5).

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

Aquí, se presentan recursos que se pueden usar si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

Puede llamarnos al Servicio de Atención a Miembros.

Puede obtener ayuda gratuita de su SHIP.

Su médico puede hacer una solicitud por usted. Si su médico le ayuda con una apelación superior al Nivel 2, deberá ser designado como su representante. Llame al Servicio de Atención a Miembros y solicite el formulario de *Designación de representante*. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf [en inglés] o en nuestro sitio web en connecticare.com/medicare).

- Para casos de atención médica o medicamentos con receta de la Parte B, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación es rechazada en el Nivel 1, se enviará automáticamente al Nivel 2.

Puede pedirle a alguien que actúe en nombre de usted. Si lo desea, puede nombrar a otra persona para que actúe en su nombre como su *representante* para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.

- Si desea que un amigo, un familiar u otra persona actúen como su representante, llame al Servicio de Atención a Miembros y solicite el formulario de *designación de representante*. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en connecticare.com/medicare). El formulario autoriza a esa persona a actuar en

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

su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que lo represente. Debe darnos una copia del formulario firmado.

- Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar o completar nuestra evaluación hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario en un plazo de 44 días calendario después de recibir su solicitud de apelación (nuestra fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será desestimada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que le explicaremos su derecho a solicitar a la organización de evaluación independiente que haga una evaluación de nuestra decisión de desestimar su apelación.

También tiene derecho a contratar un abogado. Puede ponerse en contacto con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado de su colegio de abogados local u otro servicio de derivación. También hay grupos que ofrecen servicios legales gratuitos, si usted califica. Sin embargo, **no es necesario que contrate a un abogado** para solicitar algún tipo de decisión de cobertura o para apelar una decisión.

Sección 4.3 ¿Qué sección de este capítulo proporciona información detallada de su situación?

Hay tres situaciones diferentes que conllevan decisiones de cobertura y apelaciones. Debido a que cada situación tiene diferentes reglas y fechas límite, ofrecemos información detallada de cada una en una sección aparte:

Sección 5 de este capítulo: Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 6 de este capítulo: Cómo solicitarnos que cubramos una internación más prolongada si cree que el médico le está dando de alta demasiado pronto.

Sección 7 de este capítulo: Cómo solicitarnos que mantengamos la cobertura de ciertos servicios médicos si cree que su cobertura termina demasiado pronto (*Se aplica solo a estos servicios: cuidado de salud en el hogar, atención en centro de enfermería especializada y en un centro integral de rehabilitación de paciente ambulatorio [CORF]*).

Si no está seguro de qué sección debe usar, llame al Servicio de Atención a Miembros. También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales como, su SHIP.

SECCIÓN 5 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura

Sección 5.1 En esta sección, se informa qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea que le hagamos un reintegro por nuestra parte del costo de su atención

En esta sección se describen los beneficios que tiene de atención médica. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este documento: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*. En algunos casos, se aplican reglas diferentes para solicitar un medicamento con

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

receta de la Parte B. En esos casos, explicaremos de qué manera son diferentes las reglas para los medicamentos con receta de la Parte B con respecto a las reglas para los artículos y servicios médicos.

En esta sección, se le informa qué puede hacer si se encuentra en alguna de las siguientes cinco situaciones:

1. No recibe cierta atención médica que desea y considera que esta atención está cubierta por nuestro plan. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor médico desean brindarle y usted considera que esta atención está cubierta por el plan. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
3. Recibió atención médica que cree que debería estar cubierta por el plan, pero hemos determinado que no pagaremos por esta atención. **Presentar una apelación. Sección 5.3.**
4. Recibió y pagó la atención médica que cree que debería estar cubierta por el plan y desea solicitar a nuestro plan que le reembolse el pago por esta atención. **Envíenos la factura. Sección 5.5**
5. Le informan que la cobertura de cierta atención médica que ha recibido y que hemos aprobado previamente se reducirá o se suspenderá y considera que eso podría ser perjudicial para su salud. **Presentar una apelación. Sección 5.3**

Nota: Si la cobertura que se suspenderá es de atención hospitalaria, cuidado de salud en el hogar, atención en centro de enfermería especializada o servicios en un centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios, debe leer las Secciones 6 y 7 de este capítulo. Se aplican reglas especiales a estos tipos de atención.

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

Términos legales

Cuando una decisión de cobertura afecta su atención médica, se denomina “**determinación de organización**”.

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

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

Por lo general, una decisión de cobertura estándar se toma dentro de los 14 días o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Por lo general, una decisión de cobertura acelerada se toma dentro de las 72 horas para los servicios médicos o dentro de las 24 horas para los medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión de cobertura acelerada, debe cumplir con dos requisitos:

- Puede *solicitar cobertura solamente* para artículos o servicios de atención médica (no solicitudes de pago de artículos o servicios ya recibidos).
- Puede obtener una decisión de cobertura acelerada *solamente* si el uso de las fechas

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

límite estándar podría *provocar daños graves a su salud o dañar su capacidad funcional*.

- **Si su médico nos dice que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente aceptaremos proporcionarle una decisión de cobertura rápida.**
- **Si pide una decisión de cobertura acelerada por su propia cuenta, sin el apoyo de su médico, nosotros decidiremos si su salud lo requiere.** Si no aprobamos una decisión de cobertura acelerada, le enviaremos una carta en la que se explicará lo siguiente:
 - Que tenemos en cuenta los plazos estándar.
 - Que, si su médico pide la decisión de cobertura acelerada, se la daremos de forma automática.
 - Que puede presentar una *queja de respuesta rápida* sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura acelerada que pidió.

Paso 2: Solicite a nuestro plan que tome una decisión de cobertura o una decisión de cobertura acelerada.

Para empezar, llame, escriba o envíe un fax a nuestro plan para solicitar que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. Usted, su médico o su representante pueden hacerlo. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

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

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

Esto significa que le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud **para un artículo o servicio médico**. Si su solicitud es para un **medicamento con receta de Medicare Parte B**, le daremos una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud.

- **Sin embargo**, si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos demorar hasta 14 días más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, le informaremos por escrito. No podemos tardarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de Medicare Parte B.
- Si cree que *no* debemos tomar días adicionales, puede presentar una *queja de respuesta rápida*. Le daremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y de apelaciones. Para obtener más información sobre las quejas, consulte la Sección 9 de este capítulo).

Para las decisiones de cobertura acelerada, tenemos en cuenta un plazo acelerado

Una decisión de cobertura acelerada significa que responderemos en un plazo de 72 horas si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento con receta de Medicare Parte B, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas.

- **No obstante**, si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días adicionales**. Si nos tomamos días adicionales, le informaremos por escrito. No podemos tardarnos más tiempo para tomar

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

una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de Medicare Parte B.

- Si cree que *no* debemos tomar días adicionales, puede presentar una *queja de respuesta rápida*. (Consulte la Sección 9 de este capítulo para obtener información sobre quejas). Lo llamaremos ni bien tomemos la decisión.
- **Si nuestra respuesta es “no” a todo o parte de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué tomamos esa decisión.

Paso 4: Si nuestra respuesta es “no” a su solicitud de cobertura de atención médica, puede presentar una apelación.

Si nuestra respuesta es “no”, tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos esta decisión mediante una apelación. Esto significa solicitar nuevamente la cobertura de atención médica que desea. Si presenta una apelación, significa que procederá al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

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

Términos legales

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

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

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

Por lo general, se presenta una apelación estándar en un plazo de 30 días o 7 días para los medicamentos de la Parte B. Por lo general, una apelación acelerada se presenta dentro de las 72 horas.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de atención que aún no ha recibido, usted o su médico deberán decidir si necesita una *apelación acelerada*. Si su médico nos informa que su estado de salud exige una apelación acelerada, se la daremos.
- Los requisitos para obtener una *apelación acelerada* son los mismos que para obtener una *decisión de cobertura acelerada*, que se explican en la Sección 5.2 de este capítulo.

Paso 2: Solicitar a nuestro plan una apelación o una apelación acelerada

Si solicita una apelación estándar, preséntela por escrito. También puede solicitar una apelación llamándonos. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

Si solicita una apelación acelerada, presente su apelación por escrito o llámenos. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 60 días calendario a partir de la fecha del aviso por escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta a su solicitud de una decisión de cobertura. Si no cumple con esta fecha límite y tiene un buen motivo para no cumplirla, explique el motivo por el cual su apelación se atrasa cuando presente su apelación. Podemos darle más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una justificación aceptable pueden incluir una enfermedad grave que le haya impedido comunicarse con nosotros o que le hayamos proporcionado información

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

incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.

Puede solicitar una copia de la información de su decisión médica. Usted y su médico pueden brindarnos información adicional para apoyar su apelación.

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

Cuando nuestro plan evalúa su apelación, volvemos a examinar cuidadosamente toda la información. Hacemos un control para ver si cumplimos con todas las reglas al momento de rechazar su solicitud.

Recopilaremos más información si es necesario, posiblemente comunicándonos con usted o con su médico.

Fechas límite para una apelación acelerada

- En el caso de las apelaciones aceleradas, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas después de haber recibido su apelación**. Le daremos nuestra respuesta antes si su estado de salud así lo requiere.
 - Sin embargo, si solicita más tiempo o si necesitamos recopilar más información que podría beneficiarlo a usted, **podemos demorar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, le informaremos por escrito. No podemos tardarnos más tiempo si su solicitud es para un medicamento con receta de Medicare Parte B.
 - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas (o al final del período prorrogado si necesitamos días adicionales), estamos obligados a enviar su solicitud automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será evaluada por una Organización de Evaluación Independiente. La Sección 5.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es “sí” a todo o parte de lo que solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que hemos acordado en un plazo de 72 horas después de haber recibido su apelación.
- **Si nuestra respuesta es “no” para todo o parte de lo que solicitó**, le enviaremos nuestra decisión por escrito y enviaremos automáticamente su apelación a la organización de evaluación independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de evaluación independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Fechas límite para una apelación estándar

- Para las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta en **un plazo de 30 días calendario** después de haber recibido su apelación. Si su solicitud es para un medicamento con receta de Medicare Parte B que aún no ha recibido, le daremos una respuesta en un **plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le informaremos nuestra decisión antes si su afección así lo exige.
 - Sin embargo, si solicita más tiempo o si necesitamos recopilar más información que podría beneficiarlo a usted, **podemos demorar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, le informaremos por escrito. No podemos tardarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de Medicare Parte B.
 - Si cree que *no* debemos tomar días adicionales, puede presentar una *queja de respuesta rápida*. Cuando presenta una queja de respuesta rápida, le daremos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Consulte la Sección 9 de

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

este capítulo para obtener información sobre quejas).

- Si no le damos una respuesta antes de la fecha límite (o al final del período prorrogado), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2, donde la apelación será evaluada por una Organización de Evaluación Independiente. La Sección 5.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.

Si nuestra respuesta es “sí” a todo o parte de lo que solicitó, debemos autorizar o proporcionar la cobertura en un plazo de 30 días calendario si su solicitud es para un artículo o servicio médico, o **en un plazo de 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento con receta de Medicare Parte B.

Si la respuesta de nuestro plan es “no” para todo o parte de su apelación, enviaremos automáticamente su apelación a la Organización de Evaluación Independiente para una apelación de Nivel 2.

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

Término legal

El nombre formal de la *Organización de evaluación independiente* es **entidad de evaluación independiente**. A menudo, se llama **IRE**.

La **organización de evaluación independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. No está vinculada con nosotros y no es un organismo gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa este trabajo.

Paso 1: La organización de evaluación independiente evalúa su apelación.

Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. A esta información se la denomina **“expediente del caso”**. **Usted tiene el derecho de solicitarnos una copia de su expediente del caso.**

Usted tiene el derecho de proporcionarle información adicional a la organización de evaluación independiente para respaldar su apelación.

Los revisores de la organización de evaluación independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Si se le concedió una apelación acelerada en el Nivel 1, también se le concederá una apelación acelerada en el Nivel 2

Para la *apelación acelerada*, la organización de evaluación debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 en un **plazo de 72 horas** después de recibir su apelación.

Sin embargo, si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la Organización de Evaluación Independiente necesita reunir más información que podría beneficiarlo, **el proceso puede demorarse hasta 14 días calendario más**. La organización de evaluación independiente no puede tardarse más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de Medicare Parte B.

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

Si se le concedió una apelación estándar en el Nivel 1, también se le concederá una apelación estándar en el Nivel 2

En el caso de la *apelación estándar*, si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la organización de evaluación debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 en un **plazo de 30 días** calendario después de haber recibido su apelación. Si su solicitud es para un medicamento con receta de Medicare Parte B, la organización de evaluación debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de haber recibido su apelación.

- Sin embargo, si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la Organización de Evaluación Independiente necesita reunir más información que podría beneficiarlo, **el proceso puede demorarse hasta 14 días calendario más**. La organización de evaluación independiente no puede tardarse más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de Medicare Parte B.

Paso 2: La organización de evaluación independiente le da una respuesta.

La organización de evaluación independiente le informará la decisión por escrito y le explicará los motivos.

Si la organización de evaluación acepta todo o parte de una solicitud para un artículo o servicio médico, debemos autorizar la cobertura de atención médica en un plazo de 72 horas o proporcionar el servicio en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido la decisión de la organización de evaluación para casos de solicitudes estándar. En el caso de las solicitudes aceleradas, tenemos 72 horas a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de evaluación.

Si la organización de evaluación acepta todo o parte de una solicitud para un medicamento con receta de Medicare Parte B, debemos autorizar el medicamento con receta de la Parte B en disputa en un plazo de **72 horas** después de haber recibido la decisión de la organización de evaluación para casos de **solicitudes estándar**. Para **solicitudes aceleradas**, tenemos **24 horas** a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la organización de evaluación.

Si esta organización rechaza toda o parte de la apelación que usted hizo, significa que están de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica no debe aprobarse. (Esto se llama *confirmar la decisión o rechazar su apelación*). En este caso, la organización de evaluación independiente le enviará una carta que:

- Le explicaremos su decisión.
- Una notificación sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica que solicita cumple con un determinado mínimo. El aviso por escrito que reciba de la organización de evaluación independiente le informará el importe en dólares para continuar con el proceso de apelaciones.
- Información sobre cómo presentar una apelación de Nivel 3.

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

Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea avanzar con su apelación.

Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (que dan un total de cinco niveles de apelación). Si desea continuar y presentar una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo están en el aviso por escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.

La apelación de Nivel 3 es manejada por un Juez de Derecho Administrativo o un mediador legal. En la Sección 8 de este capítulo se brinda información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 5.5 ¿Qué sucede si nos pide que le paguemos nuestra participación de una factura recibida por atención médica?

En el Capítulo 5, se describe cuándo puede necesitar solicitar un reembolso o el pago de una factura que recibió de un proveedor. Además, se explica cómo enviarnos la documentación del pago que nos solicita.

Solicitar un reembolso es solicitarnos una decisión de cobertura

Si nos envía la documentación que solicita el reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, controlaremos si la atención médica que pagó es de un servicio cubierto. También controlaremos si siguió todas las reglas para usar su cobertura para atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud:** Si la atención médica tiene cobertura y usted siguió todas las reglas, le enviaremos el pago de nuestra participación del costo en un plazo de 60 días calendario después de haber recibido su solicitud. Si aún no ha pagado por la atención médica, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si rechazamos su solicitud:** Si la atención médica *no* tiene cobertura o si usted *no* cumplió con todas las reglas, no le enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que se le informa que no pagaremos la atención médica y las razones.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de desestimarla, **puede presentar una apelación**. Si lo hace, significa que nos pide que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos cuando desestimamos su solicitud de pago.

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

- Debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 60 días calendario después de haber recibido su apelación. Si nos solicita un reintegro por la atención médica que ya recibió y pagó, no puede solicitar una apelación acelerada.
- Si la Organización de Evaluación Independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago en un plazo de 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es “sí” en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviar el pago solicitado, ya sea a usted o al proveedor, en un plazo de 60 días calendario.

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

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

Cuando es admitido en un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios de hospital cubiertos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su estadía hospitalaria cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararse para el día en que saldrá del hospital. También ayudarán a organizar la atención que pueda necesitar después de salir del hospital.

- El día que sale del hospital se llama “**fecha de alta**”.
- Cuando esté decidida su fecha de alta, el médico o el personal del hospital se lo informarán.
- Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede solicitar una estadía hospitalaria más prolongada y su solicitud será considerada.

Sección 6.1 Durante su estadía hospitalaria como paciente internado, recibirá un aviso por escrito de Medicare donde se le informan sus derechos

Dentro de los dos días posteriores a su admisión en el hospital, se le entregará un aviso por escrito titulado *Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas con Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de parte alguien en el hospital (por ejemplo, un asistente social o profesional de enfermería), solicítela a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame al Servicio de Atención a Miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

1. Lea este aviso detenidamente y haga preguntas si no lo entiende. Le brinda información sobre:

- Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estadía hospitalaria, según lo indique su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son estos servicios, quién los pagará y dónde puede recibirlos.
- Su derecho a participar en todas las decisiones sobre su estadía hospitalaria.
- Dónde informar las inquietudes que tenga sobre la calidad de su atención en el hospital.
- Su derecho a **solicitar una evaluación inmediata** de su decisión de alta si cree que lo están dando de alta del hospital demasiado pronto. Esta es una manera formal y legal de solicitar un retraso en su fecha de alta para que cubramos su atención en el hospital durante un tiempo más prolongado.

2. Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.

- Se le pedirá a usted o a quien actúe en su nombre que firme el aviso.
- La firma del aviso *solamente* demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no indica su fecha de alta. La firma del aviso **no significa** que usted esté de acuerdo con una fecha de alta.

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

3. Guarde su copia del aviso para tener a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud sobre la calidad de la atención) si la necesita.

- Si firma el aviso más de dos días antes de su fecha de alta, recibirá otra copia antes de que se programe el alta.
- Para ver una copia de este aviso con anticipación, puede llamar al Servicio de Atención a Miembros o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Asimismo, puede ver el aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.

Sección 6.2 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital

Si desea solicitar que cubramos sus servicios en el hospital para pacientes ingresados por un período más prolongado, deberá utilizar el proceso de apelaciones para realizar esta solicitud. Antes de comenzar, comprenda lo que debe hacer y cuáles son las fechas límite:

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

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización de mejora de la calidad evalúa su apelación. Comprueba si su fecha de alta planificada es médicamente apropiada para usted.

La **Organización de mejora de la calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales del cuidado de la salud contratados por el gobierno federal para controlar y mejorar la calidad de la atención que reciben las personas con Medicare. Incluye la evaluación de fechas de altas hospitalarias para personas que tienen Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Comuníquese con la Organización de mejora de la calidad de su estado y pida una “evaluación inmediata” de su alta hospitalaria. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

El aviso por escrito que recibió (*Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) le indica cómo comunicarse con esta organización. (O bien, encuentre el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización de Mejora de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápidamente:

- Para presentar su apelación, debe comunicarse con la Organización de Mejora de la Calidad *antes* de irse del hospital y **a más tardar hasta la medianoche del día de su alta.**
 - **Si cumple con este plazo,** podrá permanecer en el hospital *después* de su fecha de alta *sin pagar por esto* mientras espera la decisión sobre su apelación de la Organización de mejora de la calidad.

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

- Si **no cumple con este plazo** y decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta planificada, *es posible que deba pagar todos los costos* de la atención hospitalaria que reciba después de su fecha de alta planificada. Si se le pasa el plazo para comunicarse con la Organización de Mejora de la Calidad y aún desea apelar, debe presentar una apelación directamente a nuestro plan. Para obtener más información sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 6.4.

Una vez que solicite una evaluación inmediata de su alta hospitalaria, la Organización de mejora de la calidad se comunicará con nosotros. A más tardar, al mediodía del día después de que nos contacten, le daremos un **Aviso detallado de alta**. Este aviso indica su fecha de alta planificada y explica en detalle los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (médicamente apropiado) que le den el alta en esa fecha.

Puede obtener una muestra del **Aviso detallado de alta** llamando al Servicio de Atención a Miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de un dispositivo TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver un aviso de muestra en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices (en inglés).

Paso 2: La Organización de mejora de la calidad realiza una evaluación independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización de mejora de la calidad (los *revisores*) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que debe continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Los revisores también analizarán su información médica, hablarán con su médico y evaluarán información que el hospital y nosotros les hayamos proporcionado.
- A más tardar al mediodía del día después de que los revisores nos informen sobre su apelación, usted recibirá un aviso por escrito de nuestra parte que le indicará la fecha de alta planificada. Este aviso también explica en detalle los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (médicamente apropiado) que le den el alta en esa fecha.

Paso 3: Al cabo de un día completo de contar con toda la información necesaria, la Organización de mejora de la calidad responderá a su apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es “sí”?

- Si la organización de evaluación responde *sí*, **debemos continuar brindándole servicios hospitalarios de paciente ingresado cubiertos durante todo el tiempo que estos sean médicamente necesarios.**
- Deberá continuar pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la respuesta es “no”?

- Si la organización de evaluación responde *no*, significa que su fecha de alta planificada es médicamente apropiada. Si esto sucede, **nuestra cobertura para sus servicios hospitalarios de paciente internado terminará al mediodía del día después** de que la Organización de mejora de la calidad responda a su apelación.

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

- Si la organización de evaluación *rechaza* su apelación y usted decide permanecer en el hospital, entonces **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día después de que la Organización de Mejora de la Calidad responda a su apelación.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es “no”, usted decide si desea presentar otra apelación

- Si la Organización de mejora de la calidad ha dicho no a su apelación, y usted permanece en el hospital después de su fecha de alta planificada, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al *Nivel 2* del proceso de apelaciones.

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

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización de mejora de la calidad que haga otra evaluación de la decisión sobre su primera apelación. Si la Organización de mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que tenga que pagar el costo total de su estadía después de su fecha de alta hospitalaria planificada.

Paso 1: Se comunica nuevamente con la Organización de mejora de la calidad y solicita otra evaluación

Debe pedir esta evaluación en un **plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización de Mejora de la Calidad haya *rechazado* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta evaluación solamente si permanece en el hospital después de la fecha en la que finalizó la cobertura de su atención.

Paso 2: La Organización de Mejora de la Calidad realiza una segunda evaluación de su situación

Los revisores de la Organización de Mejora de la Calidad revisarán nueva y detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario a partir de haber recibido su solicitud de apelación de Nivel 2, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y le informarán su decisión.

Si la organización de evaluación dice “sí”:

Debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que haya recibido desde el mediodía del día después de la fecha en que la Organización de Mejora de la Calidad rechazó su primera apelación. **Debemos continuar brindando cobertura para su atención hospitalaria para pacientes ingresados mientras sea médicamente necesario.**

Usted debe continuar pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la organización de evaluación dice “no”:

Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron sobre su apelación de Nivel 1. Esto se

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

denomina *confirmar la decisión*.

El aviso que reciba le indicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de evaluación.

Paso 4: Si la respuesta es “no”, deberá decidir si desea seguir con su apelación y pasar al Nivel 3

Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (que dan un total de cinco niveles de apelación). Si desea continuar y presentar una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo están en el aviso por escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.

La apelación de Nivel 3 es manejada por un Juez de Derecho Administrativo o un mediador legal. En la Sección 8 de este capítulo se brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 6.4 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital?

Término legal

A la evaluación acelerada (o apelación acelerada) también se la denomina “**apelación rápida**”.

Puede presentarnos la apelación a nosotros.

Como se explica anteriormente, debe actuar rápido para comenzar su apelación de Nivel 1 de su fecha de alta del hospital. Si se le pasa el plazo para comunicarse con la Organización de mejora de la calidad, hay otra forma de presentar su apelación.

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

Paso a paso: Cómo presentar una apelación *alternativa* de Nivel 1

Paso 1: Comuníquese con nosotros y pida una evaluación acelerada.

Pida una evaluación acelerada. Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos *rápidos* en lugar de los *estándares*. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

Paso 2: Hacemos una evaluación acelerada de su fecha de alta planificada y comprobamos si fue médicamente apropiada.

Durante esta evaluación, analizamos toda la información sobre su estadía hospitalaria. Hacemos una comprobación para ver si su fecha de alta planificada fue médicamente apropiada. Veremos si la decisión sobre cuándo debe salir del hospital fue justa y si se siguieron todas las reglas.

Paso 3: Le comunicaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de que pida una evaluación acelerada.

Si **aceptamos su apelación**, significa que estamos de acuerdo con usted en que aún necesita estar

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

en el hospital después de la fecha del alta. Continuaremos brindándole servicios hospitalarios como paciente ingresado cubiertos durante todo el tiempo que estos sean médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que haya recibido desde la fecha en la que indicamos que terminaría su cobertura. (Debe continuar pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).

Si rechazamos su apelación, significa que su fecha de alta planificada fue médicamente apropiada. Nuestra cobertura para sus servicios hospitalarios de paciente internado termina el día en que dijimos que terminaría su cobertura.

- Si permaneció en el hospital *después* de su fecha de alta planificada, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha de alta planificada.

Paso 4: Si rechazamos su apelación acelerada, su caso se enviará automáticamente al próximo nivel del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de apelación *alterna* de Nivel 2

Término legal

El nombre formal de la *Organización de evaluación independiente* es **entidad de evaluación independiente**. A menudo, se llama **IRE**.

La organización de evaluación independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No está vinculada con nuestro plan y no es un organismo gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa este trabajo.

Paso 1: Enviaremos su caso automáticamente a la organización de evaluación independiente.

Debemos enviar la información para su apelación de Nivel 2 a la organización de evaluación independiente en un plazo de 24 horas a partir del momento en el que le informemos que rechazamos su primera apelación. (Si considera que no cumplimos con esta fecha límite u otras, puede presentar una queja. En la Sección 9 de este capítulo se indica cómo presentar una queja).

Paso 2: La organización de evaluación independiente hace una evaluación acelerada de su apelación. Los revisores le dan una respuesta en un plazo de 72 horas.

Los revisores de la organización de evaluación independiente revisarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación del alta hospitalaria.

Si la organización *acepta* su apelación, entonces debemos (devolverle) el dinero por nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que haya recibido desde su fecha de alta planificada. También debemos continuar la cobertura del plan para sus servicios hospitalarios de paciente internado mientras sean médicamente necesarios. Debe continuar pagando su parte de los costos. Si hay limitaciones en la cobertura, esto podría limitar cuánto le reembolsaríamos o durante cuánto tiempo continuaríamos cubriéndole sus servicios.

Si esta organización *rechaza* su apelación, significa que está de acuerdo en que su fecha de alta hospitalaria planificada era médicamente apropiada.

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

- El aviso por escrito que reciba de la organización de evaluación independiente le indicará cómo iniciar una apelación de Nivel 3 con el proceso de evaluación, que es manejado por un Juez de Derecho Administrativo o un mediador.

Paso 3: Si la Organización de Evaluación Independiente rechaza su apelación, usted decide si desea seguir con su apelación

Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (que dan un total de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, usted decide si desea aceptar su decisión o pasar al Nivel 3 de apelación.

En la Sección 8 de este capítulo se brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo pedirnos que mantengamos la cobertura de determinados servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto

Sección 7.1 *En esta sección se abordan tres servicios solamente:*
Cuidado de salud en el hogar, atención del centro de enfermería especializada y servicios en un centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF)

Cuando está recibiendo **servicios de atención médica a domicilio, servicios de atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios)** que estén cubiertos, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios para ese tipo de atención, siempre que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es momento de dejar de cubrir cualquiera de los tres tipos de atención para usted, estamos obligados a informarle con anticipación. Cuando termina la cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar nuestra parte del costo de esa atención.*

Si cree que estamos terminando la cobertura de su atención demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 7.2 Le informaremos con anticipación cuándo terminará su cobertura

Término legal

Aviso de no cobertura de Medicare. Le informa cómo puede solicitar una **apelación acelerada**. La solicitud de una apelación acelerada es una forma legal y formal de solicitar un cambio a nuestra decisión de cobertura sobre cuándo interrumpir su atención.

1. Recibirá un aviso por escrito al menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. El aviso le brinda información sobre:

- Le indicará la fecha en la que dejaremos de cubrirle la atención.

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

- Cómo solicitar una *apelación acelerada* para pedirnos que sigamos cubriendo su atención durante un período más prolongado.

2. **Se le pedirá a usted o a quien actúe en su nombre que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.** Al firmar el aviso, *solamente* demuestra que recibió la información sobre cuándo terminará su cobertura. Su firma **no** significa que esté de acuerdo con la decisión del plan de detener la atención.

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

Si quiere pedirnos que cubramos su atención durante más tiempo, deberá usar el proceso de apelaciones para hacer esta solicitud. Antes de comenzar, comprenda lo que debe hacer y cuáles son las fechas límite.

Siga el proceso. Cumpla con las fechas límite.

Pida ayuda si la necesita. Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Servicio de Atención a Miembros. O llame a su SHIP, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización de mejora de la calidad evalúa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente adecuada.

La **Organización de mejora de la calidad** es un grupo de médicos y otros expertos en el cuidado de la salud contratados por el gobierno federal para controlar y mejorar la calidad de la atención que reciben las personas con Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan sobre cuándo es momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Presente su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización de mejora de la calidad y pida una apelación acelerada. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

El aviso por escrito que recibió (*Aviso de no cobertura de Medicare*) le indica cómo comunicarse con esta organización. O bien, encuentre el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización de mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápidamente:

Debe comunicarse con la Organización de Mejora de la Calidad para iniciar su apelación **antes del mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigencia** que figura en el Aviso de no cobertura de Medicare.

Si se le pasa el plazo para comunicarse con la Organización de Mejora de la Calidad y aún desea presentar una apelación, debe presentar una apelación directamente a nuestro plan. Para obtener más información sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 7.5.

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

Paso 2: La Organización de mejora de la calidad realiza una evaluación independiente de su caso.

Término legal
Explicación detallada de la falta de cobertura. Aviso que proporciona detalles sobre los motivos para finalizar la cobertura.

¿Qué sucede durante esta evaluación?

Los profesionales de la salud de la Organización de mejora de la calidad (los *evaluadores*) le preguntarán a usted o a su representante por qué cree que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.

La organización de evaluación también analizará su información médica, hablará con su médico y evaluará información que nuestro plan les haya proporcionado.

Al terminar el día, los evaluadores nos informarán sobre su apelación, y también recibirá la **explicación detallada de no cobertura** de parte nuestra que explica en detalle nuestros motivos para terminar la cobertura de sus servicios.

Paso 3: Dentro del plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los evaluadores le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores dicen que sí?

Si los revisores *aceptan* su apelación, **debemos continuar brindándole los servicios cubiertos durante el tiempo que estos sean médicamente necesarios.**

Deberá continuar pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores dicen que no?

Si los revisores dicen *no*, entonces **su cobertura terminará en la fecha que le indicamos.**

Si decide seguir recibiendo el cuidado de salud en el hogar, la atención del Centro de enfermería especializada o los servicios del Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) *después* de esta fecha en que termina su cobertura, **usted deberá pagar la totalidad del costo** de esta atención.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es “no”, usted decide si desea presentar otra apelación.

Si los revisores dicen “no” a su apelación de Nivel 1 y usted decide continuar recibiendo la atención después de que finalice su cobertura, entonces puede presentar una apelación de Nivel 2.

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

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

Durante una apelación de Nivel 2, le pide a la Organización de mejora de la calidad que haga otra evaluación de la decisión que tomó en su primera apelación. Si la Organización de mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que tenga que pagar el costo total del cuidado de salud en el hogar, la atención del centro de enfermería especializada o los servicios del Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura.

Paso 1: Comuníquese nuevamente con la Organización de mejora de la calidad y pida otra evaluación.

Debe pedir esta evaluación **dentro de los 60 días** después del día en que la Organización de Mejora de la Calidad haya *rechazado* su Apelación de Nivel 1. Puede pedir esta evaluación solamente si continuó recibiendo atención después de la fecha en la que finalizó la cobertura de la atención.

Paso 2: La Organización de mejora de la calidad realiza una segunda evaluación de su situación.

Los revisores de la Organización de Mejora de la Calidad revisarán nueva y detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días a partir de haber recibido su solicitud de apelación, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y le informarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de evaluación dice que sí?

Debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que haya recibido desde la fecha en la que dijimos que terminaría su cobertura. **Debemos continuar brindando cobertura** de la atención mientras sea médicamente necesaria.

Debe continuar pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de evaluación la rechaza?

Significa que están de acuerdo con la decisión tomada sobre su apelación de Nivel 1.

El aviso que reciba le indicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de evaluación. Le dará los detalles sobre cómo seguir al siguiente nivel de apelación, a cargo de un Juez de Derecho Administrativo o mediador legal.

Paso 4: En caso de rechazo, deberá decidir si desea seguir con su apelación en el siguiente nivel.

Hay tres niveles más de apelación después del Nivel 2, (que hacen un total de cinco niveles de apelación). Si desea continuar y presentar una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo están en el aviso por escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.

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

La apelación de Nivel 3 es manejada por un Juez de Derecho Administrativo o un mediador legal. En la Sección 8 de este capítulo se brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 7.5 ¿Qué sucede si se le pasa la fecha límite para presentar su apelación de Nivel 1?

Puede presentarnos la apelación a nosotros.

Como se explicó anteriormente, debe actuar rápidamente para iniciar su apelación de Nivel 1 (en un plazo de uno o dos días, como máximo). Si se le pasa el plazo para comunicarse con la Organización de mejora de la calidad, hay otra forma de presentar su apelación. Si usa esta otra forma de presentar su apelación, *los dos primeros niveles de apelación son diferentes*.

Paso a paso: Cómo presentar una apelación *alterna* de Nivel 1

Término legal

A la *evaluación acelerada* (o *apelación acelerada*) también se la denomina **apelación rápida**.

Paso 1: Comuníquese con nosotros y pida una evaluación acelerada.

Pida una evaluación acelerada. Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos *rápidos* en lugar de los *estándares*. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

Paso 2: Hacemos una evaluación acelerada de la decisión que tomamos respecto de cuándo terminar la cobertura de los servicios.

Durante esta evaluación, analizamos toda la información sobre su caso. Hacemos una comprobación para ver si se siguieron todas las reglas cuando establecimos la fecha para terminar la cobertura por parte del plan de los servicios que estaba recibiendo.

Paso 3: Le comunicaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de que pida una evaluación acelerada.

Si aceptamos su apelación, significa que hemos acordado con usted que necesita los servicios durante más tiempo y continuaremos brindándole los servicios cubiertos mientras sean médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que haya recibido desde la fecha en la que indicamos que terminaría su cobertura. (Debe continuar pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).

Si rechazamos su apelación, entonces su cobertura terminará en la fecha que le indicamos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esta fecha.

Si siguió recibiendo cuidado de salud en el hogar, atención del Centro de Enfermería Especializada o servicios del Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura, **usted deberá pagar la totalidad del costo** de esta atención.

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

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

Término legal

El nombre formal de la *Organización de evaluación independiente* es **entidad de evaluación independiente**. A menudo, se llama **IRE**.

Paso a paso: Proceso de apelación *alterna* de Nivel 2

Durante la apelación de Nivel 2, una **Organización de evaluación independiente** evalúa la decisión que tomamos con respecto a su *apelación acelerada*. Esta organización determina si la decisión debe cambiarse. **La organización de evaluación independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. Esta organización no está vinculada con nuestro plan y no es un organismo gubernamental. Esta organización es una compañía elegida por Medicare para hacer la tarea de la organización de evaluación independiente. Medicare supervisa este trabajo.

Paso 1: Enviaremos su caso automáticamente a la organización de evaluación independiente.

Debemos enviar la información para su apelación de Nivel 2 a la organización de evaluación independiente en un plazo de 24 horas a partir del momento en el que le informemos que rechazamos su primera apelación. (Si considera que no cumplimos con esta fecha límite u otras, puede presentar una queja. En la Sección 9 de este capítulo se indica cómo presentar una queja).

Paso 2: La organización de evaluación independiente hace una evaluación acelerada de su apelación. Los revisores le dan una respuesta en un plazo de 72 horas.

- Los revisores de la organización de evaluación independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización *acepta* su apelación**, entonces debemos devolverle el dinero por nuestra parte de los costos de la atención que haya recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. También debemos continuar brindando cobertura de la atención mientras sea médicamente necesaria. Debe continuar pagando su parte de los costos. Si hay limitaciones en la cobertura, esto podría limitar cuánto le reembolsaríamos o durante cuánto tiempo continuaríamos cubriendo los servicios.
- **Si esta organización dice “no” su apelación**, significa que está de acuerdo con la decisión que tomó nuestro plan para su primera apelación y no la cambiará.
- El aviso que reciba de la organización de evaluación independiente le indicará por escrito qué puede hacer si desea continuar y presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si la organización de evaluación independiente rechaza su apelación, usted decide si desea seguir con su apelación.

Hay tres niveles más de apelación después del Nivel 2, que hacen un total de cinco niveles de apelación. Si desea continuar y presentar una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo están en el aviso por escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.

Una apelación de Nivel 3 es evaluada por un Juez de Derecho Administrativo o mediador. En la Sección 8 de este capítulo se brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

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

SECCIÓN 8 Cómo seguir con el proceso de apelación en el Nivel 3 y posteriores

Sección 8.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede ser apropiada para usted si presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas fueron rechazadas.

Si el valor en dólares del servicio médico o artículo por el que apela cumple con determinados niveles mínimos, es posible que pueda continuar en otros niveles de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, usted no podrá continuar apelando. La respuesta que reciba por escrito a su apelación de Nivel 2 explicará cómo solicitar una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan de manera similar. Le mostramos quién maneja la evaluación de su apelación en cada uno de estos niveles.

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

- **Si el juez de derecho administrativo o mediador legal acepta su apelación, el proceso de apelaciones *puede o no haber terminado*.** A diferencia de una apelación en el Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted. Si decidimos apelar, pasará a una apelación de nivel 4.
 - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o proporcionarle atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del juez administrativo o mediador.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con cualquier documento suplementario. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar la atención médica en cuestión.
- **Si el juez de derecho administrativo o el mediador legal rechazan su apelación, el proceso de apelaciones *puede o no haber terminado*.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones termina.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el próximo nivel del proceso de evaluación. El aviso que reciba le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4: El Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo) evaluará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.

- **Si acepta su apelación o el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisión de una decisión de apelación de Nivel 3 favorable, el proceso de apelaciones *puede o no haber terminado*.** A diferencia de una decisión en el Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 que sea favorable para usted. Decidiremos si apelaremos esta decisión en el Nivel 5.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle atención médica

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

- en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del Consejo.
- Si decidimos apelar la decisión, le informaremos por escrito.
 - Si rechaza su apelación o el Consejo rechaza la solicitud de evaluación, el proceso de apelaciones *puede o no* haber terminado.
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones termina.
 - Si no desea aceptar la decisión, es posible que pueda continuar con el próximo nivel del proceso de evaluación. Si el Consejo rechaza su apelación, el aviso que reciba le indicará si las normas le permiten seguir a una apelación de Nivel 5 y cómo continuar con una apelación de este nivel.

Apelación de Nivel 5: Un juez del **Tribunal del Distrito Federal** evaluará su apelación.

- Un juez evaluará toda la información y decidirá si responder “*si*” o “*no*” a su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal del Distrito Federal.

PRESENTACIÓN DE QUEJAS

SECCIÓN 9 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio de atención a miembros u otras inquietudes

Sección 9.1 ¿Qué tipos de problemas maneja el proceso de quejas?

El proceso de quejas se usa para determinados tipos de problemas *solamente*. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el Servicio de atención a Miembros que recibe. Estos son algunos ejemplos de los tipos de problemas manejados por el proceso de quejas.

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

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está satisfecho con la calidad de la atención que recibió (incluido el cuidado de hospital)?
Respeto de su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, Servicio de Atención a Miembros deficiente u otras conductas negativas	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien fue descortés o irrespetuoso con usted? • ¿Está disconforme con nuestro Servicio de Atención a Miembros? • ¿Siente que lo están incentivando a abandonar el plan?

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

Queja	Ejemplo
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Tiene problemas para obtener una cita o debe esperar demasiado para obtenerla? • ¿Ha tenido que esperar mucho a los médicos u otros profesionales de la salud? ¿O lo han hecho esperar nuestro Servicio de Atención a Miembros u otro personal del plan? <ul style="list-style-type: none"> ○ Algunos ejemplos incluyen esperar demasiado en el teléfono, en la sala de espera o de examen.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está satisfecho con la limpieza o las condiciones de una clínica, un hospital o un consultorio médico?
Información que le proporcionamos	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No le enviamos un aviso requerido? • ¿Es difícil comprender nuestra información por escrito?
Puntualidad (Todos estos tipos de quejas se relacionan con la <i>puntualidad</i> de nuestras acciones en relación con las decisiones de cobertura y apelaciones)	<p>Si ya nos solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación, y cree que no le respondemos con la suficiente rapidez, también puede presentar una queja sobre nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si nos solicitó una <i>decisión de cobertura acelerada</i> o una <i>apelación acelerada</i> y dijimos que no; puede presentar una queja. • Si cree que no cumplimos con los plazos para tomar decisiones de cobertura o apelaciones, puede presentar una queja. • Si cree que no estamos cumpliendo con los plazos para cubrirle o reembolsarle ciertos artículos o servicios médicos que fueron aprobados, puede presentar una queja. • Si cree que no cumplimos con los plazos para reenviar su caso a la organización de evaluación independiente, puede presentar una queja.

Sección 9.2 Cómo presentar una queja

Términos legales

- Una **queja** también se denomina “**querella**”.
- **Presentar una queja** también se denomina **interponer una querella**.
- **Usar el proceso para quejas** también se denomina **usar el proceso para interponer una querella**.
- Una **queja de respuesta rápida** también se denomina una **querella rápida**.

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

Sección 9.3 Paso a paso: Presentación de una queja

Paso 1: Comuníquese con nosotros a la brevedad, ya sea por teléfono o por escrito.

En general, el primer paso es llamar a Servicio de Atención a Miembros. Si hay algo más que deba hacer, el Servicio de Atención a Miembros se lo informará.

Si no desea llamar (o si llamó y no está satisfecho con la respuesta), puede asentar su queja por escrito y enviárnosla. Si presentó su queja por escrito, le responderemos por escrito.

El reclamo (queja) del miembro debe presentarse dentro de los 60 días de la fecha del incidente que generó la queja. Si alguien presenta una queja en su nombre, le enviaremos una carta para notificárselo. En esta carta, le pediremos que complete y firme un “Formulario de Designación de representante”, por el que autoriza a la persona que envió la queja a representarlo. La finalidad de este proceso es proteger su confidencialidad. Para obtener el formulario, llame a Servicio de atención a miembros (los números de teléfono son los indicados anteriormente) y pida un “Formulario de designación de representante”. También está disponible en el sitio web de Medicare, en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf (en inglés) o en nuestro sitio web en <https://medicare.myconnecticare.com/representation> (en inglés). Si bien podemos aceptar una queja sin el formulario, no podemos hacer nuestra evaluación hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario dentro de los 30 días a partir de haber recibido su solicitud de queja (nuestro plazo para responder), se cerrará su solicitud de reclamo.

Si solicita una decisión de cobertura acelerada o apelación acelerada, podemos decidir que su solicitud no cumple los criterios para acelerar el proceso. En ese caso, procesaremos su solicitud usando los plazos de tiempo de una solicitud estándar. Le enviaremos una carta para informarle el plazo de tiempo que se aplicará. Si decidimos que su solicitud no es urgente o pedimos una extensión para su solicitud, puede solicitar un reclamo de expedición urgente. ConnectiCare debe responder a su queja de expedición urgente dentro de las 24 horas posteriores a la solicitud.

La **fecha límite** para presentar una queja es de **60 días calendario** desde el momento en que tuvo el problema por el que desea quejarse.

Paso 2: Analizaremos su queja y le daremos nuestra respuesta.

Si es posible, le responderemos de inmediato. Si nos llama para presentar una queja, es posible que le demos una respuesta en la misma llamada telefónica.

La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días calendario. Si necesitamos más información y la demora va en interés suyo o si solicita más tiempo, podemos tomarnos hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder su queja. Si decidimos tomar días adicionales, le informaremos por escrito.

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

Si no estamos de acuerdo con la totalidad o parte de su queja, o no nos hacemos cargo del problema por el que se está quejando, incluiremos los motivos en la respuesta que le brindemos.

Capítulo 7 ¿Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)?**Sección 9.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización de Mejora de la Calidad**

Cuando su queja tiene que ver con la *calidad de la atención*, tiene dos opciones más:

Puede presentar su queja directamente ante la Organización de Mejora de la Calidad.

La Organización de mejora de la calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en cuidado de la salud contratados por el gobierno federal para controlar y mejorar la atención que reciben los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

O

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

Sección 9.5 También puede informarle a Medicare sobre su queja

Puede presentar una queja acerca de ConnectiCare Choice Plan 2 directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TDD/TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 8:

*Cómo terminar su membresía en
el plan*

SECCIÓN 1 Introducción a cómo terminar su membresía en nuestro plan

La terminación de su membresía en ConnectiCare Choice Plan 2 puede ser **voluntaria** (de su elección) o **involuntaria** (no de su elección):

- Usted podría abandonar nuestro plan porque ha decidido que *desea* hacerlo. Las Secciones 2 y 3 proporcionan información para terminar su membresía de forma voluntaria.
- También hay situaciones limitadas en las que nosotros nos vemos obligados a finalizar su membresía. La Sección 5 brinda información sobre las situaciones en las que debemos terminar su membresía.

Si abandona nuestro plan, nuestro plan debe continuar brindándole atención médica y usted debe continuar pagando su parte del costo hasta que termine su membresía.

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

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

Puede terminar su membresía en nuestro plan durante el **período de inscripción anual** (también conocido como *período de inscripción abierta anual*). Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y medicamentos y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- El **Período de Inscripción Anual** es del **15 de octubre al 7 de diciembre**.
 - **Elija si mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el año siguiente.** Si decide cambiarse a un plan nuevo, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos con receta.
 - Original Medicare *con* un plan de medicamentos con receta de Medicare diferente.
- O
- Original Medicare *sin* un plan de medicamentos con receta de Medicare diferente.

Su membresía en nuestro plan terminará cuando comience la cobertura del plan nuevo el 1.º de enero.

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

Usted puede efectuar *un* cambio en su cobertura médica durante el **período de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

- El **Período de Inscripción Abierta Anual de Medicare Advantage** es del 1.º de enero al 31 de marzo.
- **Durante el Período de Inscripción Abierta Anual de Medicare Advantage** puede hacer lo siguiente:

- Cambiarse a otro Plan Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos con receta.
- Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si decide cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare separado en ese momento.
- **Su membresía terminará** el primer día del mes posterior a su inscripción en un plan Medicare Advantage diferente o al momento en que recibamos su solicitud de cambio a Original Medicare. Si también decide inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.3 En determinadas situaciones, puede terminar su membresía durante un Período de inscripción especial

En ciertas situaciones, los miembros de ConnectiCare Choice Plan 2 pueden ser elegibles para terminar su membresía en otros momentos del año. Este se conoce como **Período de inscripción especial**.

Usted puede ser elegible para terminar su membresía durante un Período de inscripción especial si alguna de las siguientes situaciones se aplica a su caso. Son tan solo ejemplos; para ver la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):

- Generalmente, cuando se muda.
- Si tiene Medicaid.
- Si no respetamos el contrato que tenemos con usted.
- Si recibe atención en una institución, como un hogar de ancianos o un hospital de atención a largo plazo (LTC, siglas en inglés).

Los períodos de inscripción varían según su situación.

Para saber si es elegible para un Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para terminar su membresía por una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud como su cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Puede elegir una de las siguientes opciones:

- Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos con receta.
- Original Medicare *con* un plan de medicamentos con receta de Medicare diferente.

O

- Original Medicare *sin* un plan de medicamentos con receta de Medicare diferente.

Su membresía generalmente terminará el primer día del mes después de recibir su solicitud de cambio de plan.

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

Si tiene alguna pregunta sobre cómo terminar su membresía, puede:

- **Llamar al Servicio de Atención a Miembros.**
- Encuentre la información en el manual *Medicare y Usted 2024*.
- Comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 ¿Cómo termina usted su membresía en nuestro plan?

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

Si desea cambiarse de nuestro plan a:	Debe hacer lo siguiente:
<ul style="list-style-type: none">• Otro plan de salud de Medicare.	<ul style="list-style-type: none">• Inscríbase en el nuevo plan de salud de Medicare.• Cuando comience la cobertura de su nuevo plan, se cancelará su inscripción en ConnectiCare Choice Plan 2 automáticamente.
<ul style="list-style-type: none">• Original Medicare <i>con</i> un plan de medicamentos con receta de Medicare diferente.	<ul style="list-style-type: none">• Inscríbase en el plan de medicamentos con receta nuevo de Medicare.• Cuando comience la cobertura de su nuevo plan, se cancelará su inscripción en ConnectiCare Choice Plan 2 automáticamente.
<ul style="list-style-type: none">• Original Medicare <i>sin</i> un plan de medicamentos con receta de Medicare diferente.	<ul style="list-style-type: none">• Envíenos una solicitud de cancelación de inscripción por escrito.• Comuníquese con el Servicio de Atención a Miembros si necesita más información sobre cómo hacer esto.• También puede comunicarse con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.• Se cancelará su inscripción en ConnectiCare Choice Plan 2 cuando comience su cobertura de Original Medicare.

Nota: Si tiene cobertura acreditable de medicamentos con receta (por ej., un PDP independiente) y cancela su inscripción en esa cobertura, es posible que deba pagar una penalidad por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante después de no tener cobertura acreditable de medicamentos con receta durante 63 días o más seguidos.

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

Hasta que termine su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare, debe continuar recibiendo sus artículos, servicios y atención médica a través de nuestro plan.

- **Continúe utilizando nuestros proveedores de la red para recibir atención médica.**
- **Si está hospitalizado el día en que termina su membresía, su estadía hospitalaria estará cubierta por nuestro plan hasta que sea dado de alta** (incluso si esto ocurre después de que se haga efectiva su nueva cobertura de salud).

SECCIÓN 5 ConnectiCare Choice Plan 2 debe terminar su membresía en el plan en ciertas situaciones

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

ConnectiCare Choice Plan 2 debe terminar su membresía en el plan si se produce alguno de los siguientes hechos:

- Si ya no tiene Medicare Parte A y Parte B.
- Si se muda de nuestra área de servicio.
- Si está fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
 - Si se muda o hace un viaje largo, llame al Servicio de Atención a Miembros para saber si el lugar al cual viajará o se mudará se encuentra dentro del área de nuestro plan.
- Si lo encarcelan (va a prisión).
- Si ya no es ciudadano de los Estados Unidos o no está legalmente presente en los Estados Unidos.
- Si intencionalmente nos brinda información incorrecta al inscribirse en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos hacer que abandone nuestro plan por este motivo, a menos que primero obtengamos permiso de Medicare).
- Si usted tiene continuamente un comportamiento problemático que dificulta que podamos brindarles atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos hacer que abandone nuestro plan por este motivo, a menos que primero obtengamos permiso de Medicare).
- Si deja que otra persona use su tarjeta de membresía para recibir atención médica. (No podemos hacer que abandone nuestro plan por este motivo, a menos que primero obtengamos permiso de Medicare).
 - Si terminamos su cobertura por este motivo, Medicare puede hacer que el inspector general investigue su caso.

¿Dónde puede solicitar más información?

Si tiene preguntas o si desea más información sobre cuándo podemos terminar su membresía, llame al Servicio de Atención a Miembros.

Sección 5.2 **No podemos pedirle que abandone nuestro plan por motivos relacionados con su salud**

ConnectiCare Choice Plan 2 no tiene permitido pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si cree que le están pidiendo que abandone nuestro plan por un motivo relacionado con su salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

Sección 5.3 **Tiene derecho a presentar una queja si terminamos su membresía en nuestro plan**

Si terminamos su membresía en nuestro plan, debemos indicarle por escrito los motivos por los que la terminamos. También debemos explicar cómo puede presentar un reclamo o una queja sobre nuestra decisión de terminar su membresía.

CAPÍTULO 9:

Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre la legislación aplicable

La ley principal que se aplica a esta *Evidencia de Cobertura* es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social (Social Security Act) y las regulaciones que fueron creadas conforme a la Ley del Seguro Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Además, pueden aplicarse otras leyes federales y, en ciertas circunstancias, las leyes del estado en el que vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades aun cuando las leyes no estén incluidas ni se expliquen en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso respecto de la no discriminación

No discriminamos por raza, etnia, nacionalidad de origen, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia con reclamaciones, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que proporcionan planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben obedecer las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles (Civil Rights Act) de 1964, la Ley de Rehabilitación (Rehabilitation Act) de 1973, la Ley contra la Discriminación por Edad (Age Discrimination Act) de 1975, La Ley de Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act), el artículo 1557 de la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA), todas las demás leyes aplicables a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o norma que resulte aplicable por otro motivo.

Si desea obtener más información o si tiene inquietudes de discriminación o tratamiento injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a su Oficina de Derechos Civiles local. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en <https://www.hhs.gov/ocr/index.html> (en inglés).

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención, llámenos al Servicio de Atención a Miembros. Si tiene una queja, como un problema para tener acceso en silla de ruedas, el Servicio de Atención a Miembros puede asistirlo.

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

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios cubiertos de Medicare de los cuales Medicare no es el pagador principal. Conforme con la normativa de los CMS establecida en el Título 42 del Código Federal de Regulaciones (CFR), artículos 422.108 y 423.462, ConnectiCare Choice Plan 2, como organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce la Secretaría conforme con la normativa de los CMS establecida en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección sustituyen cualquier legislación estatal.

CAPÍTULO 10:

Definiciones de palabras importantes

Cantidad permitida: el reembolso permitido por los servicios cubiertos. Puede reflejar un programa de tarifas o cargos habituales que determine ConnectiCare, el acuerdo de ConnectiCare con un proveedor o por estatuto o reglamento (puede estar sujeto a un deducible o coseguro).

Centro quirúrgico ambulatorio: un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que funciona exclusivamente con el fin de brindar servicios quirúrgicos a pacientes ambulatorios que no requieren hospitalización, y cuya estancia prevista en el centro no es mayor de 24 horas.

Período de inscripción anual: el período desde el 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año durante el cual los miembros pueden cambiar sus planes de salud o medicamentos, o cambiarse a Original Medicare.

Apelación: usted presenta una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar una solicitud de cobertura de servicios de cuidado de la salud, o de pago de servicios que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo.

Facturación de saldo: se produce cuando un proveedor (como un médico u hospital) le factura a un paciente más del importe de la participación en los costos permitido del plan. Como miembro de ConnectiCare Choice Plan 2, solamente tiene que pagar el importe de la participación en los costos de nuestro plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le *facturen el saldo* o cobren, de otra manera, más que el importe de la participación en los costos que su plan indica que debe pagar.

Período de beneficios: la forma en que nuestro plan y Original Medicare miden su uso de los servicios del centro de enfermería especializada (SNF) y hospitales. Un período de beneficios comienza el día en que lo internan en un hospital o en un centro de enfermería especializada. El período de beneficios termina si usted no ha recibido atención hospitalaria para pacientes internados (ni atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si vuelve a ingresar en un hospital o centro de enfermería especializada después de que finalice un período de beneficios, comenzará un nuevo período de beneficios. La cantidad de períodos de beneficios es ilimitada.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): organismo federal que administra Medicare.

Plan de necesidades especiales de atención crónica: los C-SNP son planes de necesidades especiales que restringen la inscripción personas elegibles para Medicare Advantage que tienen una o más afecciones crónicas graves o discapacitantes, según se define en la Sección 422.2 del Título 42 del Código Federal de Regulaciones (CFR, siglas en inglés), incluida la restricción de la inscripción basada en las múltiples agrupaciones de afecciones comúnmente comórbidas y clínicamente vinculadas especificadas en la Sección 422.4(a)(1)(iv) del Título 42 del CFR.

Coseguro: importe que posiblemente deba pagar, expresado como un porcentaje (por ejemplo 20 %) como su parte del costo por los servicios.

Queja: el nombre formal para *presentar una queja es interponer una querrela*. El proceso de quejas se usa para determinados tipos de problemas *solamente*. Incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el Servicio de Atención a Miembros que recibe.

También incluye quejas si su plan no respeta los plazos del proceso de apelación.

Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF): centro que presta principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, que incluyen fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y del lenguaje, y servicios de evaluación en el hogar.

Copago: importe que tal vez deba pagar como su parte del gasto por un servicio o suministro médico, como una visita al médico, una visita al hospital para pacientes ambulatorios o un medicamento con receta. Un copago es un importe fijo (por ejemplo, \$10), en lugar de un porcentaje.

Participación en los costos: se refiere a los importes que debe pagar un miembro cuando recibe servicios. La participación en los costos incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) todo importe de deducible que puede exigir un plan antes de cubrir los servicios; (2) todo importe fijo de *copago* que un plan exige cuando usted recibe un servicio específico; o (3) todo importe de *coseguro*, un porcentaje del importe total pagado por un servicio o medicamento que un plan exige cuando se recibe un servicio específico.

Servicios cubiertos: el término que usamos para hacer referencia a todos los servicios de cuidado de la salud y suministros cubiertos por nuestro plan.

Cobertura acreditable de medicamentos con receta: cobertura de medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando se convierten en elegibles para Medicare generalmente pueden conservar esa cobertura sin pagar una penalidad, si deciden inscribirse en una cobertura de medicamentos con receta de Medicare posteriormente.

Atención de custodia: la atención de custodia es el cuidado personal que se brinda en un hogar de ancianos, hospicio u otro centro donde no se necesita atención médica especializada o atención de enfermería especializada. La atención de custodia, proporcionada por personas que no tienen capacitación o habilidades profesionales, incluye ayudar con las actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse, comer, acostarse y levantarse de la cama o sentarse y levantarse de la silla, desplazarse y usar el baño. También puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas hacen por sí solas, como usar gotas para los ojos. Medicare no paga la atención de custodia.

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

Cancelar la inscripción o cancelación de la inscripción: el proceso de terminar la membresía en nuestro plan.

Planes de necesidades especiales de Doble Elegibilidad (D-SNP): los D-SNP inscriben a personas que tienen derecho tanto a Medicare (título XVIII de la Ley del Seguro Social) como a asistencia médica de un plan estatal en virtud de Medicaid (título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

Equipo médico duradero (DME): determinados equipos médicos solicitados por su médico por motivos médicos. Algunos ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchón motorizado, suministros para diabéticos, bombas de infusión IV, dispositivos generadores de habla, equipos de oxígeno, nebulizadores y camas de hospital solicitadas por un proveedor para usar en el hogar.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted o cualquier otra persona prudente que tenga un conocimiento promedio sobre salud y medicina cree que usted tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir la pérdida de la vida (y, si usted es una mujer embarazada, la pérdida de un bebé en gestación), la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad, o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.

Atención de emergencia: servicios cubiertos que: 1) son proporcionados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia; 2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Evidencia de Cobertura (EOC) e información de la cobertura: este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro adjunto, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, que explican su cobertura, qué debemos hacer nosotros, sus derechos y qué debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Ayuda Adicional: programa de Medicare que ayuda a las personas con recursos e ingresos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como primas, deducibles y coseguro.

Queja formal: tipo de queja que usted presenta sobre nuestro plan o proveedores, incluido una relativa a la calidad de su atención. Esto no implica disputas sobre el pago o la cobertura.

Asistente de salud a domicilio: una persona que brinda servicios que no requieren de las habilidades de un terapeuta o un profesional de enfermería matriculado, como ayuda con el cuidado personal (p. ej., bañarse, usar el baño, vestirse o hacer los ejercicios indicados).

Hospicio: un beneficio que proporciona tratamiento especial para un miembro que ha sido certificado médicamente como enfermo terminal, lo que significa tener una expectativa de vida de 6 meses o menos. Nuestro plan debe ofrecerle una lista de hospicios en su área geográfica. Si elige ser atendido en un hospicio y continúa pagando las primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Igualmente puede recibir todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios suplementarios que ofrecemos.

Atención hospitalaria para pacientes ingresados: estadía hospitalaria cuando lo ingresan formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Incluso si permanece hospitalizado durante toda la noche, es posible que aún se lo considere un *paciente ambulatorio*.

Período de inscripción inicial: cuando es elegible por primera vez para acceder a Medicare, el período en el cual usted se puede inscribir en Medicare Parte A y Parte B. Si es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza tres meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y termina tres meses después del mes en que cumple 65 años.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): consulte “Ayuda Adicional”.

Importe de gasto máximo de bolsillo: el importe máximo que usted paga de su bolsillo durante el año calendario por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B dentro de la red. Los importes que paga por las primas de Medicare Parte A y Parte B no se contemplan para el importe máximo de bolsillo.

Medicaid (o Asistencia Médica): es un programa federal y estatal conjunto que brinda asistencia con los costos médicos para personas con ingresos bajos y recursos limitados. Los programas Medicaid varían; sin embargo, la mayoría de los costos del cuidado de la salud están cubiertos si califica para Medicare y Medicaid.

Medicamento necesarios: servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición médica y cumplen con los estándares de práctica médica aceptados.

Medicare: programa del seguro de salud federal destinado a personas de 65 años de edad o más, determinadas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen enfermedad renal en etapa terminal (generalmente, personas con insuficiencia renal permanente que requieren diálisis o un trasplante de riñón).

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: el período de tiempo desde el 1.º de enero hasta el 31 de marzo en el que los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si decide cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare separado en ese momento. El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible por un período de 3 meses después de que una persona es elegible por primera vez para Medicare.

Plan Medicare Advantage (MA): a veces se denomina Medicare Parte C. Es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos los beneficios de Medicare Parte A y Parte B. Un plan Medicare Advantage puede ser: i) un plan de una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO); ii) un plan de una Organización de Proveedores Preferidos (PPO); iii) un plan privado de cargo por servicio (PFFS) o iv) un plan con una cuenta de ahorros para costos médicos (MSA) de Medicare. Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un plan de necesidades especiales (SNP, siglas en inglés). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen Medicare Parte D (cobertura de medicamentos con receta). Estos planes se denominan **planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos con receta**. El plan ConnectiCare Choice Plan 2 no ofrece la cobertura de medicamentos con receta de Medicare.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por Medicare Parte A y Parte B. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Parte A y Parte B. El término Servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como servicios de la vista, dentales o de audición, que un plan Medicare Advantage puede ofrecer.

Plan de salud de Medicare: plan de salud de Medicare que es ofrecido por una compañía privada que tiene contratos con Medicare para brindar beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con

Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, planes con costo de Medicare, planes de necesidades especiales, programas piloto/de demostración y Programas de atención integral para personas mayores (PACE).

Cobertura de medicamentos con receta de Medicare (Medicare Parte D): seguro que ayuda a pagar los medicamentos con receta para pacientes ambulatorios, vacunas, preparaciones biológicas y ciertos suministros no cubiertos por Medicare Parte A o Medicare Parte B.

Póliza de Medigap (seguro suplementario de Medicare): seguro suplementario de Medicare ofrecido por empresas de seguros privadas para cubrir las **carencias** de Original Medicare. Las pólizas de Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza de Medigap).

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): persona que tiene Medicare, es elegible para obtener servicios cubiertos, se ha afiliado a nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid.

Servicio de Atención a Miembros: departamento de nuestro plan que está a cargo de responder sus preguntas respecto de su membresía, sus beneficios, sus reclamos y sus apelaciones.

Proveedor de la red: “proveedor” es el término general para referirnos a médicos, otros profesionales de atención médica, hospitales y otros centros de atención médica que tienen licencia o certificación de Medicare y del estado para prestar servicios de atención médica. Los **proveedores de la red** tienen un contrato con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan *proveedores del plan*.

Determinación de organización: una decisión que toma nuestro plan acerca de si determinados artículos o servicios están cubiertos, o cuánto debe pagar usted por artículos o servicios cubiertos. Las determinaciones de organización se denominan *decisiones de cobertura* en este documento.

Original Medicare (Medicare tradicional o plan Medicare con cargo por servicio): el plan Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no por planes de salud privados, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. Con Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos mediante el pago de importes establecidos por el Congreso a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica. Puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Debe pagar el deducible. Medicare paga su parte del importe aprobado por Medicare y usted paga su parte. Original Medicare tiene dos partes: la Parte A (seguro de hospital) y la Parte B (seguro médico), y se encuentra disponible en cualquier lugar de los Estados Unidos.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: un proveedor o centro que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o brindar servicios cubiertos a miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que nuestro plan no emplea, posee ni administra.

Gastos de bolsillo: consulte la definición anterior de *participación en los costos*. El requisito de participación en los costos de un miembro que le exige pagar una parte de los servicios recibidos también se denomina requerimiento de *gastos de bolsillo* del miembro.

Parte C: consulte Plan Medicare Advantage (MA).

Parte D: programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare.

Plan de una Organización de Proveedores Preferidos (PPO): es un plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que acordaron tratar a los miembros del plan por el pago de un importe especificado. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, independientemente de si los recibe de proveedores de la red o fuera de la red. La participación en los costos del miembro generalmente será más alta cuando los beneficios del plan se reciban de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual en los gastos que usted debe pagar de su bolsillo para los servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite más alto para sus gastos de bolsillo totales combinados para los servicios de proveedores de la red (preferidos) y fuera de la red (no preferidos).

Prima: el pago periódico a Medicare, una compañía de seguros o un plan del cuidado de la salud por la cobertura de salud o de medicamentos con receta.

Proveedor de atención primaria (PCP): el médico u otro proveedor a quien usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, debe consultar a su proveedor de atención primaria antes de consultar a cualquier otro proveedor de atención médica.

Autorización previa: aprobación por adelantado para recibir servicios. Los servicios cubiertos que requieren autorización previa están marcados en la Tabla de beneficios del Capítulo 4.

Prótesis y ortopedia: dispositivos médicos que incluyen, entre otros, aparatos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función interna del cuerpo, que incluyen suministros para ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización de Mejora de la Calidad (QIO): grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en cuidado de la salud contratados por el gobierno federal para controlar y mejorar la atención que reciben los pacientes de Medicare.

Servicios de rehabilitación: incluyen los servicios de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje.

Área de servicio: Área geográfica donde debe vivir para inscribirse en un plan de salud en particular. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede usar, generalmente también es el área donde puede recibir servicios de rutina (que no son de emergencia). El plan debe cancelar su inscripción si se muda permanentemente del área de servicio del plan.

Atención en un centro de enfermería especializada (SNF): servicios de rehabilitación y atención de enfermería especializada que se brindan de manera continua, todos los días, en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de atención incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden estar a cargo de un profesional de enfermería registrado o médico.

Período de inscripción especial: período especificado durante el cual los miembros pueden cambiar sus planes de salud o medicamentos, o volver a Original Medicare. Las situaciones en que puede ser elegible para un período de inscripción especial incluyen: si se muda fuera del área de servicio, si se muda a un hogar de ancianos o si incumplimos nuestro contrato con usted.

Plan de necesidades especiales: tipo especial de plan Medicare Advantage que brinda atención de cuidado de la salud más específica para grupos específicos de personas, como aquellas que tienen Medicare y Medicaid, que residen en un hogar de ancianos o tienen determinadas condiciones médicas crónicas.

Ingreso suplementario de seguridad (SSI): beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas de ingresos y recursos limitados que son discapacitadas, ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios de la SSI no son iguales a los beneficios del Seguro Social.

Servicios de urgencia: servicios cubiertos que no son servicios de emergencia, proporcionados cuando los proveedores de la red no están disponibles o no se puede acceder a ellos momentáneamente o cuando el afiliado está fuera del área de servicio. Por ejemplo, si necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser inmediatamente y médicamente necesarios.

Servicio de atención a miembros de ConnectiCare Choice Plan 2

Método	Servicio de Atención a Miembros: información de contacto
LLAMADAS	1-800-224-2273 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a sábados, del 1 de abril al 30 de septiembre. El Servicio de Atención a Miembros también ofrece servicios gratuitos de interpretación disponibles para personas que no hablan inglés.
TTY	711 - Para llamar a este número, se necesita un equipo telefónico especial, y está destinado solo a personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a sábados, del 1.º de abril al 30 de septiembre.
FAX	1-860-674-2232
CORREO	ConnectiCare P.O. Box 4050 Farmington, CT 06034-4050 *Envíenos un correo electrónico: Info@connecticare.com *Los miembros pueden enviar preguntas generales a esta dirección de correo electrónico. No utilice esta dirección de correo electrónico para enviar información confidencial, como identificaciones de miembro, números de Seguro Social o información médica privada. Este tipo de información solo debe enviarse en un formato seguro.
SITIO WEB	connecticare.com/medicare

CHOICES: El programa de Connecticut para la asistencia en seguro de salud, contacto, información y consejería de referidos, examen de elegibilidad (SHIP de Connecticut)

CHOICES es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para ofrecer consejería gratuita local sobre seguros de salud a personas con Medicare.

Método	Información de contacto
LLAMADAS	1-800-994-9422
TTY	711 - Para llamar a este número, se necesita un equipo telefónico especial, y está destinado solo a personas con dificultades para oír o hablar.
CORREO	CHOICES Departamento de Servicios Sociales de Connecticut Departamento de Geriatría del Estado 55 Farmington Avenue - 12th Floor Hartford, CT 06105
SITIO WEB	www.ct.gov/agingservices

Declaración de divulgación de la PRA De acuerdo con la Ley de Reducción de Documentación (PRA) de 1995, ninguna persona debe responder a una recolección de información a no ser que presente un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recolección de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.



Servicio de atención a miembros de ConnectiCare Choice Plan 2

Método	Servicio de Atención a Miembros: información de contacto
LLAMADAS	1-800-224-2273 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a sábados, del 1 de abril al 30 de septiembre. El Servicio de Atención a Miembros también ofrece servicios gratuitos de interpretación disponibles para personas que no hablan inglés.
TTY	711 - Para llamar a este número, se necesita un equipo telefónico especial, y está destinado solo a personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a sábados, del 1.º de abril al 30 de septiembre.
FAX	1-860-674-2232
CORREO	ConnectiCare P.O. Box 4050 Farmington, CT 06034-4050 *Envíenos un correo electrónico: Info@connecticare.com *Los miembros pueden enviar preguntas generales a esta dirección de correo electrónico. No utilice esta dirección de correo electrónico para enviar información confidencial, como identificaciones de miembro, números de Seguro Social o información médica privada. Este tipo de información solo debe enviarse en un formato seguro.
SITIO WEB	connecticare.com/medicare



CHOICES: El programa de Connecticut para la asistencia en seguro de salud, contacto, información y consejería de referidos, examen de elegibilidad (SHIP de Connecticut)

CHOICES es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para ofrecer consejería gratuita local sobre seguros de salud a personas con Medicare.

Método	Información de contacto
LLAMADAS	1-800-994-9422
TTY	711 - Para llamar a este número, se necesita un equipo telefónico especial, y está destinado solo a personas con dificultades para oír o hablar.
CORREO	CHOICES Departamento de Servicios Sociales de Connecticut Departamento de Geriátría del Estado 55 Farmington Avenue - 12th Floor Hartford, CT 06105
SITIO WEB	www.ct.gov/agingservices

Declaración de divulgación de la PRA De acuerdo con la Ley de Reducción de Documentación (PRA) de 1995, ninguna persona debe responder a una recolección de información a no ser que presente un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recolección de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850