

2026

Evidencia de Cobertura

Central Health Valor Care Plan (HMO)

California H5649-030-000

Condados de Fresno, Imperial, Kern, Kings, Los Angeles, Madera, Orange, Riverside, Sacramento, San Bernardino, San Diego, San Francisco, San Joaquin, San Mateo, Santa Clara y Tulare

A partir del 1 de enero al 31 de diciembre de 2026



Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2026

Evidencia de Cobertura para 2026:

Sus beneficios y servicios de salud de Medicare como miembro de Central Health Valor Care Plan (HMO)

Este documento le ofrece información detallada acerca de su cobertura de atención médica de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2026. **Este es un documento legal importante. Consérvelo en un lugar seguro.**

Central Health Medicare Plan es un plan HMO/HMO SNP con un contrato con Medicare. La inscripción depende de la renovación del contrato.

En este documento, se explican sus beneficios y derechos. Utilice este documento para informarse acerca de lo siguiente:

- Nuestra prima del plan y la distribución de costos
- Nuestros beneficios médicos
- Cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento
- Cómo comunicarse con nosotros
- Otras protecciones requeridas por la ley de Medicare

Si tiene preguntas sobre este documento, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 314-2427. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es del 1.º de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. Esta llamada es gratuita.

Este plan, Central Health Valor Care Plan (HMO), se ofrece a través de Central Health Medicare Plan. (Cuando en esta *Evidencia de Cobertura* se mencionan las palabras “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se hace referencia a Central Health Medicare Plan. Cuando se dice “plan” o “nuestro plan”, se hace referencia a Central Health Valor Care Plan (HMO)).

Este documento está disponible de forma gratuita en inglés.

Este documento puede estar disponible en otros formatos, por ejemplo, braille, letra grande o audio.

Los beneficios, los deducibles o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2027.

Nuestro formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso sobre cualquier cambio que pueda afectarle con al menos 30 días de anticipación.

Índice**Índice**

CAPÍTULO 1:	Empezar a ser miembro	3
SECCIÓN 1	Usted es miembro de Central Health Valor Care Plan (HMO)	3
SECCIÓN 2	Requisitos de elegibilidad del plan	3
SECCIÓN 3	Material importante para la membresía	4
SECCIÓN 4	Resumen de costos importantes para 2026	5
SECCIÓN 5	Mantenga actualizado el registro de membresía de su plan	6
SECCIÓN 6	Funcionamiento de un seguro médico adicional con nuestro plan	7
CAPÍTULO 2:	Números telefónicos y recursos	9
SECCIÓN 1	Contactos de Central Health Valor Care Plan (HMO)	9
SECCIÓN 2	Cómo obtener ayuda de Medicare	11
SECCIÓN 3	Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP)	12
SECCIÓN 4	Organización de Mejoramiento de la Calidad (QIO)	16
SECCIÓN 5	Seguro Social	17
SECCIÓN 6	Medicaid	17
SECCIÓN 7	Junta de Trabajadores Ferroviarios Jubilados (RRB)	18
SECCIÓN 8	Si tiene algún seguro grupal o algún otro seguro médico de un empleador	18
CAPÍTULO 3:	Uso del plan para sus servicios médicos	20
SECCIÓN 1	Cómo obtener su atención médica como miembro de nuestro plan	20
SECCIÓN 2	Utilizar proveedores de la red de nuestro plan para obtener atención médica	21
SECCIÓN 3	Cómo obtener servicios en caso de emergencia, desastre o necesidad urgente de atención	25
SECCIÓN 4	Cómo proceder si se le factura directamente el costo total de sus servicios cubiertos	27
SECCIÓN 5	Servicios médicos en un estudio de investigación clínica	27
SECCIÓN 6	Normas para obtener atención en una institución religiosa no médica de atención de la salud	29
SECCIÓN 7	Normas para la adquisición de propiedad de equipo médico duradero	29
CAPÍTULO 4:	Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)	31
SECCIÓN 1	Explicación de los gastos de su bolsillo por servicios cubiertos	31
SECCIÓN 2	La tabla de Beneficios Médicos muestra sus beneficios médicos y costos	32
SECCIÓN 3	Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones)	72
CAPÍTULO 5:	Solicitar que paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos cubiertos	75
SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe solicitarnos el pago de nuestra parte del costo de sus servicios cubiertos	75
SECCIÓN 2	Cómo solicitar el reintegro o pago de una factura que ha recibido	76

Índice

SECCIÓN 3	Consideraremos su solicitud de pago y le responderemos de manera afirmativa o negativa	77
CAPÍTULO 6:	Sus derechos y responsabilidades	78
SECCIÓN 1	En nuestro plan se deben respetar sus derechos y sensibilidades culturales	78
SECCIÓN 2	Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan	84
CAPÍTULO 7:	Si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos) ..	86
SECCIÓN 1	Qué hacer si tiene algún problema o inquietud	86
SECCIÓN 2	Dónde puede obtener más información y asistencia personalizada	86
SECCIÓN 3	Qué proceso se puede aplicar para su problema	87
SECCIÓN 4	Una guía de decisiones de cobertura y apelaciones	87
SECCIÓN 5	Atención médica: ¿Cómo pedir una decisión de cobertura o hacer una apelación?	90
SECCIÓN 6	¿Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si considera que se le está dando el alta demasiado pronto?	96
SECCIÓN 7	¿Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que la cobertura finaliza demasiado pronto?	100
SECCIÓN 8	Cómo llevar su apelación al Nivel 3, 4 y 5	103
SECCIÓN 9	¿Cómo presentar un reclamo por la calidad de la atención, tiempos de espera, el servicio de atención al cliente u otras inquietudes?	104
CAPÍTULO 8:	Finalización de membresía en el plan	107
SECCIÓN 1	Finalización de su membresía en nuestro plan	107
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan?	107
SECCIÓN 3	Cómo finalizar su membresía en nuestro plan	109
SECCIÓN 4	Hasta que su membresía finalice, usted debe continuar recibiendo sus servicios y artículos médicos a través de nuestro plan	109
SECCIÓN 5	Central Health Valor Care Plan (HMO) debe finalizar la membresía en el plan en ciertas situaciones	110
CAPÍTULO 9:	Avisos legales	111
SECCIÓN 1	Aviso de leyes aplicables	111
SECCIÓN 2	Aviso de no discriminación	111
SECCIÓN 3	Aviso sobre sus derechos de subrogación para pagadores secundarios de Medicare	111
CAPÍTULO 10:	Definiciones	112

Capítulo 1: Empezar a ser miembro

CAPÍTULO 1:

Empezar a ser miembro

SECCIÓN 1 Usted es miembro de Central Health Valor Care Plan (HMO)

Sección 1.1 Usted está inscrito en Central Health Valor Care Plan (HMO), que es un HMO de Medicare

Usted tiene cobertura de Medicare y eligió obtener su cobertura de salud de Medicare a través de nuestro plan, Central Health Valor Care Plan (HMO). El plan cubre todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, la distribución de costos y el acceso a los proveedores en este plan son diferentes a los de Medicare Original.

Central Health Valor Care Plan (HMO) es un plan Medicare Advantage HMO (HMO significa Organización para el Mantenimiento de la Salud) aprobado por Medicare y gestionado por una empresa privada. Central Health Valor Care Plan (HMO) *no* incluye cobertura de medicamentos de la Parte D.

Sección 1.2 Información legal sobre la Evidencia de Cobertura

Esta *Evidencia de Cobertura* forma parte de nuestro contrato con usted y describe cómo Central Health Valor Care Plan (HMO) le brinda cobertura para su atención. Las demás partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción y todos los avisos que le enviemos sobre cambios en su cobertura o condiciones que afecten a su cobertura. Estos avisos a veces se llaman *cláusulas adicionales o enmiendas*.

El contrato estará vigente durante los meses en que usted esté inscrito en Central Health Valor Care Plan (HMO), entre el 1 de enero de 2026 y el 31 de diciembre de 2026.

Medicare nos permite hacer cambios a los planes que ofrecemos cada año calendario. Esto significa que podemos cambiar los costos y los beneficios de Central Health Valor Care Plan (HMO) después del 31 de diciembre de 2026. También podemos optar por dejar de ofrecer nuestro plan en su área de servicio después del 31 de diciembre de 2026.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar Central Health Valor Care Plan (HMO) todos los años. Usted puede seguir recibiendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan solo si decidimos seguir ofreciéndolo y Medicare renueva su aprobación.

SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para la membresía en nuestro plan siempre que cumpla con todas estas condiciones:

- Está inscrito en Medicare Part A y Medicare Part B.
- Vive en nuestra área de servicio geográfica (descrita en la Sección 2.2). Las personas encarceladas no se consideran dentro del área de servicio geográfica a pesar de que se encuentran físicamente en ella.

Capítulo 1: Empezar a ser miembro

Mientras sea miembro de este plan, NO utilice la tarjeta de color rojo, blanco y azul de Medicare para los servicios médicos cubiertos. Si utiliza la tarjeta de Medicare en lugar de la tarjeta de membresía de Central Health Valor Care Plan (HMO), es posible que tenga que pagar el costo total de los servicios médicos de su bolsillo. Guarde la tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que se le pida que la muestre si necesita servicios hospitalarios, servicios de cuidados paliativos o si participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare (también denominados ensayos clínicos).

Si se le daña, se le pierde o le roban su tarjeta de membresía del plan, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 314-2427 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) de inmediato y le enviaremos una nueva.

Sección 3.2 Directorio de Proveedores

En el *Directorio de Proveedores*, www.centralhealthplan.com, se enumeran nuestros proveedores de la red actuales. Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un contrato con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier distribución de costos del plan como pago total.

Usted debe utilizar proveedores de la red para obtener atención médica y servicios médicos. Si recibe servicios en otro lugar sin la debida autorización, deberá pagar el total. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios requeridos urgentemente cuando la red no está disponible (es decir, situaciones en las que no es razonable o no es posible obtener servicios dentro de la red), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que Central Health Valor Care Plan (HMO) autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

Acceda a la lista más reciente de proveedores en nuestro sitio web en www.centralhealthplan.com.

Si no tiene un *Directorio de proveedores*, puede solicitar una copia (en formato electrónico o impreso) al Departamento de Servicios para Miembros. Para ello, llame al (866) 314-2427 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Los Directorios de Proveedores impresos que haya solicitado se le enviarán por correo en un plazo de 3 días hábiles.

SECCIÓN 4 Resumen de costos importantes para 2026

	Sus costos en 2025
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser superior a este monto. Diríjase a la Sección 4.1 para obtener más información.	\$0
Monto máximo de gastos de bolsillo Este es el <u>máximo</u> que pagará de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 del Capítulo 4 para obtener más información.)	\$4,400
Consultas a un médico de atención primaria	\$0 de copago por consulta

Capítulo 1: Empezar a ser miembro

	Sus costos en 2025
Consultas en el consultorio del médico especialista	\$0 de copago por consulta
Hospitalización como paciente internado	Usted paga \$150 de copago por día por los días del 1 - 6. Usted paga \$0 de copago por día por los días del 7 - 90.

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

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

Sección 4.1 Prima del plan

Usted no paga una prima mensual separada por Central Health Valor Care Plan (HMO).

Las primas de Medicare Part B difieren para las personas con diferentes ingresos. Si tiene preguntas sobre estas primas, revise su copia del manual *Medicare y Usted 2026*, en la sección llamada *Costos de Medicare* para 2026. Si necesita una copia, puede descargarla desde el 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 4.2 Prima mensual de Medicare Part B**Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare.**

Uno de los beneficios que ofrece nuestro plan es el reembolso de la prima de la Parte B. En consecuencia, cada mes se aplica automáticamente un monto de \$79 a su prima de la Parte B, lo que aumenta su cheque del Seguro Social.

Debe seguir pagando sus primas de Medicare para mantener su membresía en nuestro plan. Esto incluye su prima de la Parte B. También puede pagar una prima de la Parte A si no es elegible para la Parte A sin prima.

SECCIÓN 5 Mantenga actualizado el registro de membresía de su plan

Su registro de membresía contiene información tomada de su formulario de inscripción, lo que incluye su dirección y número de teléfono. Allí se indica la cobertura específica de su plan.

Los médicos, hospitales y otros proveedores incluidos en la red de nuestro plan **utilizan su registro de membresía para saber qué servicios están cubiertos y cuáles son sus montos de distribución de costos.** Por este motivo, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos si experimenta alguno de los siguientes cambios:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura médica que tenga (como la de su empleador, la del empleador de su cónyuge o pareja de hecho, la indemnización por accidente laboral o Medicaid)
- Reclamaciones de responsabilidad civil, como una reclamación por un accidente automovilístico
- Si le ingresan en una residencia para ancianos
- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias fuera del área o fuera de la red

Capítulo 1: Empezar a ser miembro

- Si cambia la persona responsable designada (como un cuidador)
- Si participa en un estudio de investigación clínica (**Nota:** No es necesario que informe a nuestro plan sobre los estudios de investigación clínica en los que desea participar, pero le recomendamos que lo haga).

Si cambia alguna parte de esta información, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 314-2427 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) e infórmenos.

También es importante que se comunique con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

SECCIÓN 6 Funcionamiento de un seguro médico adicional con nuestro plan

Medicare nos exige que recopilemos información sobre cualquier otra cobertura de atención médica o de medicamentos que tenga para que podamos coordinar cualquier otra cobertura con los beneficios que tiene en nuestro plan. Esto se denomina **Coordinación de beneficios**.

Una vez al año, le enviaremos una carta en la que se enumerarán todas las demás coberturas de atención médica o de medicamentos de las que tengamos conocimiento. Lea esta información con atención. Si es correcta, no es necesario que haga nada. Si la información no es correcta, o si tiene otra cobertura que no aparece en la lista, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 314-2427 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Es posible que tenga que proporcionar el número de identificación de miembro de nuestro plan a sus otras aseguradoras (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Si tiene otro seguro (como la cobertura médica grupal de su empleador), las normas de Medicare determinan si nuestro plan o su otro seguro paga primero. El seguro que paga primero (“el pagador principal”) paga hasta los límites de su cobertura. El seguro que paga en segundo lugar (“el pagador secundario”) solo paga si hay costos que no cubre la cobertura principal. Es posible que el pagador secundario no pague los costos que no estén cubiertos. Si tiene otro seguro, informe a su médico, hospital y farmacia.

Estas normas se aplican a la cobertura del plan médico grupal del empleador o del sindicato:

- Si tiene cobertura para jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan médico grupal se basa en su empleo actual o en el de un familiar, el pagador principal se definirá en función de su edad, el número de empleados que tenga su empleador y si tiene Medicare por edad, discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal (ESRD):
 - Si es menor de 65 años, tiene una discapacidad y usted (o su familiar) todavía trabaja, el plan médico grupal pagará primero si el empleador tiene 100 empleados o más, o si al menos uno de los empleadores que participan en un plan de múltiples empleadores tiene más de 100 empleados.
 - Si es mayor de 65 años y usted (o su cónyuge o pareja de hecho) todavía trabaja, el plan médico grupal pagará primero si el empleador tiene 20 empleados o más, o si al menos uno de los empleadores que participan en un plan de múltiples empleadores tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare debido a una ESRD, su plan médico grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de que usted sea elegible para Medicare.

Estos tipos de cobertura suelen pagarse primero por los servicios relacionados con cada tipo:

- Seguro sin culpa (incluye seguro de automóvil)
- Responsabilidad civil (incluye seguro de automóvil)

Capítulo 1: Empezar a ser miembro

- Beneficios por neumoconiosis
- Indemnización por accidentes de trabajo

Medicaid y TRICARE nunca pagan primero los servicios cubiertos por Medicare. Solo pagan después de que hayan pagado Medicare, los planes médicos grupales del empleador o Medigap.

Capítulo 2: Números telefónicos y recursos

CAPÍTULO 2: Números telefónicos y recursos

SECCIÓN 1 Contactos de Central Health Valor Care Plan (HMO)

Si necesita ayuda con las reclamaciones o la facturación, o si tiene preguntas sobre la tarjeta de membresía, llame o escriba al Departamento de Servicios para Miembros de Central Health Valor Care Plan (HMO) al (866) 314-2427 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estaremos encantados de ayudarle.

Departamento de Servicios para Miembros: información de contacto

Llame al	(866) 314-2427 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es del 1.º de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. El Departamento de Servicios para Miembros, con el número (866) 314-2427 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), también cuenta con servicios gratuitos de intérpretes de idiomas para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es del 1.º de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local.
Fax	(310) 507-6186
Escriba a	Central Health Plan Attn: Medicare Member Services 200 Oceangate Ste. 100 Long Beach, CA 90802
Sitio web	www.centralhealthplan.com

Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación relacionada con su atención médica

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y su cobertura, o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o presentar apelaciones relacionadas con su atención médica, consulte el Capítulo 7.

Decisiones de cobertura y apelaciones de atención médica: información de contacto

Llame al	(866) 314-2427 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es del 1.º de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local.
-----------------	--

Capítulo 2: Números telefónicos y recursos**Decisiones de cobertura y apelaciones de atención médica: información de contacto**

TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es del 1.º de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local.
Fax	(310) 507-6186: para decisiones de cobertura y apelaciones de reclamaciones médicas
Escriba a	Para decisiones de cobertura de reclamaciones médicas: Central Health Plan Attn: Coverage Request 200 Oceangate Ste. 100 Long Beach, CA 90802 Para apelaciones de reclamaciones médicas: Molina Healthcare ATTN: Appeals & Grievances PO Box 22816 Long Beach, CA 90801-9977
Sitio web	www.centralhealthplan.com

Cómo presentar una queja sobre su atención médica

Puede presentar reclamos sobre nosotros o nuestros proveedores de la red, así como quejas sobre la calidad de su atención. Este tipo de quejas no incluye disputas por cobertura o pagos. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja por su atención médica, consulte el Capítulo 7.

Reclamos por atención médica: información de contacto

Llame al	(866) 314-2427 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es del 1.º de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es del 1.º de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local.
Fax	(310) 507-6186
Escriba a	Central Health Medicare Plan ATTN: Medicare Appeals & Grievances PO Box 22816 Long Beach, CA 90801-5816

Capítulo 2: Números telefónicos y recursos**Reclamos por atención médica: información de contacto**

Sitio web de Medicare	Para presentar una queja sobre Central Health Valor Care Plan (HMO) directamente ante Medicare, visite www.Medicare.gov/my/medicare-complaint .
------------------------------	---

Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica que usted recibió

Si recibió una factura o pagó por servicios (como una factura de un proveedor) que considera que nosotros deberíamos pagar, es posible que deba solicitarnos un reembolso o que paguemos la factura del proveedor. Consulte el Capítulo 5 para obtener más información.

Si envía una solicitud de pago y rechazamos cualquier parte de su solicitud, usted puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información.

Solicitudes de pago: información de contacto

Llame al	(866) 314-2427 El horario de atención es del 1.º de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. Las llamadas a este número son gratuitas.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es del 1.º de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local.
Fax	(310) 507-6186
Escriba a	Reclamaciones médicas: Central Health Plan Attn: Medicare Member Services 200 Oceangate Ste. 100 Long Beach, CA 90802
Sitio web	www.centralhealthplan.com

SECCIÓN 2 Cómo obtener ayuda de Medicare

Medicare es el programa federal de seguro médico para personas mayores de 65 años, algunas personas menores de 65 con discapacidades y pacientes con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal permanente que requiere tratamiento con diálisis o un trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare se denomina Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Esta agencia tiene contratos con organizaciones Medicare Advantage, incluido nuestro plan.

Medicare: información de contacto

Teléfono	1-800-MEDICARE o (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas.
-----------------	--

Capítulo 2: Números telefónicos y recursos

Medicare: información de contacto	
	Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
Chat en vivo	Chatee en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone .
Correo postal	Escriba a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044.
Sitio web	www.Medicare.gov <ul style="list-style-type: none"> • Obtenga información sobre los planes médicos y de medicamentos de Medicare en su área, incluido su costo y los servicios que ofrecen. • Busque médicos u otros proveedores de atención médica y suministros que participan en Medicare. • Averigüe qué cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como exámenes de detección, vacunas y visitas anuales de “bienestar”). • Obtenga información y formularios de apelaciones de Medicare. • Obtenga información sobre la calidad de la atención proporcionada por los planes, residencias para ancianos, hospitales, médicos, agencias de atención médica domiciliaria, centros de diálisis, centros de cuidados paliativos, centros de rehabilitación para pacientes internados y hospitales de atención a largo plazo. • Busque sitios web y números de teléfono útiles. <p>También puede visitar www.Medicare.gov para comunicarle a Medicare cualquier queja que tenga sobre <i>Central Health Valor Care Plan</i>.</p> <p>Para presentar una queja ante Medicare, visite www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare toma en serio sus quejas y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.</p>

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP)

El Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en todos los estados que ofrece ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare. En California, el SHIP se llama Valley Caregiver Resource Center (Fresno and Madera Counties), Elder Law & Advocacy (Imperial and San Diego County), Kern County Aging and Adult Services Dept (Kern County), Kings/Tulare Area Agency on Aging (Kings and Tulare Counties), Center for Health Care Rights (Los Angeles and San Bernardino Counties), Council on Aging – Southern California (Orange and Riverside Counties), Legal Services of Northern CA, Inc. (Sacramento and San Joaquin County), Self Help For the Elderly (San Francisco and San Mateo Counties), Sourcewise Community Resource Solutions (Santa Clara County).

Valley Caregiver Resource Center (Fresno and Madera Counties), Elder Law & Advocacy (Imperial and San Diego County), Kern County Aging and Adult Services Dept (Kern County), Kings/Tulare Area Agency on Aging (Kings

Capítulo 2: Números telefónicos y recursos

and Tulare Counties), Center for Health Care Rights (Los Angeles and San Bernardino Counties), Council on Aging – Southern California (Orange and Riverside Counties), Legal Services of Northern CA, Inc. (Sacramento and San Joaquin County), Self Help For the Elderly (San Francisco and San Mateo Counties), Sourcewise Community Resource Solutions (Santa Clara County) es un programa estatal independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni plan médico) que recibe dinero del Gobierno federal para ofrecer asesoramiento local gratuito sobre seguros médicos a personas con Medicare.

Los asesores de Valley Caregiver Resource Center (Fresno and Madera Counties), Elder Law & Advocacy (Imperial and San Diego County), Kern County Aging and Adult Services Dept (Kern County), Kings/Tulare Area Agency on Aging (Kings and Tulare Counties), Center for Health Care Rights (Los Angeles and San Bernardino Counties), Council on Aging – Southern California (Orange and Riverside Counties), Legal Services of Northern CA, Inc. (Sacramento and San Joaquin County), Self Help For the Elderly (San Francisco and San Mateo Counties), Sourcewise Community Resource Solutions (Santa Clara County) le pueden ayudar a comprender sus derechos de Medicare, a presentar quejas por la atención médica o tratamiento y ayudarlo a solucionar problemas con sus facturas de Medicare. Además, los asesores de Valley Caregiver Resource Center (Fresno and Madera Counties), Elder Law & Advocacy (Imperial and San Diego County), Kern County Aging and Adult Services Dept (Kern County), Kings/Tulare Area Agency on Aging (Kings and Tulare Counties), Center for Health Care Rights (Los Angeles and San Bernardino Counties), Council on Aging – Southern California (Orange and Riverside Counties), Legal Services of Northern CA, Inc. (Sacramento and San Joaquin County), Self Help For the Elderly (San Francisco and San Mateo Counties), Sourcewise Community Resource Solutions (Santa Clara County) pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas de Medicare, ayudarlo a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

MÉTODO DE ACCESO AL SHIP y OTROS RECURSOS:

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

Capítulo 2: Números telefónicos y recursos

Valley Caregiver Resource Center (Fresno and Madera Counties), Elder Law & Advocacy (Imperial and San Diego County), Kern County Aging and Adult Services Dept (Kern County), Kings/Tulare Area Agency on Aging (Kings and Tulare Counties), Center for Health Care Rights (Los Angeles and San Bernardino Counties), Council on Aging - Southern California (Orange and Riverside Counties), Legal Services of Northern CA, Inc. (Sacramento and San Joaquin County), Self Help For the Elderly (San Francisco and San Mateo Counties), Sourcewise Community Resource Solutions (Santa Clara County) (SHIP de California): información de contacto

Teléfono

Fresno and Madera Counties:
(559) 224-9117
Imperial County:
(760) 353-0223
Kern County:
(661) 868-1000
Kings and Tulare Counties:
(559) 713-2875 / (800) 434-0222
Los Angeles County:
(213) 383-4519
Orange County:
(714) 560-0424
Riverside and San Bernardino Counties:
(909)-256-8369
Sacramento County:
(800) 434-0222 / (916) 376-8915
San Diego County:
(858) 565-8772
San Francisco County:
(415) 677-7520
San Joaquin County:
(209) 470-7812
San Mateo County:
(650) 627-9350
Santa Clara County:
(408) 350-3200

TTY

711

Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.

Capítulo 2: Números telefónicos y recursos

Valley Caregiver Resource Center (Fresno and Madera Counties), Elder Law & Advocacy (Imperial and San Diego County), Kern County Aging and Adult Services Dept (Kern County), Kings/Tulare Area Agency on Aging (Kings and Tulare Counties), Center for Health Care Rights (Los Angeles and San Bernardino Counties), Council on Aging – Southern California (Orange and Riverside Counties), Legal Services of Northern CA, Inc. (Sacramento and San Joaquin County), Self Help For the Elderly (San Francisco and San Mateo Counties), Sourcewise Community Resource Solutions (Santa Clara County) (SHIP de California): información de contacto

Correo postal

Fresno and Madera Counties:
 Valley Caregiver Resource Center
 5363 N. Fresno Street
 Fresno, CA 93710

Imperial County:
 Elder Law & Advocacy
 939 W. Main Street, Box #19 Basement
 El Centro, CA 92243

Kern County:
 Kern County Aging and Adult Services Dept
 5357 Truxtun Ave.
 Bakersfield, CA 93301

Kings and Tulare Counties:
 Kings/Tulare Area Agency on Aging
 3350 W. Mineral King
 Visalia, CA 93291

Los Angeles County:
 Center for Health Care Rights
 4601 Wilshire Blvd., Suite 160
 Los Angeles, CA 90010

Orange County:
 Council on Aging – Southern California
 2 Executive Circle, Suite 175
 Irvine, CA 92614

Riverside and San Bernardino Counties:
 Council on Aging Southern California
 2280 Market Street, Ste. 140
 Riverside, CA 92501

Sacramento and San Joaquin Counties:
 Legal Services of Northern CA, Inc.
 505 12th St Sacramento, CA 95814

San Diego County:
 Elder Law & Advocacy
 5151 Murphy Canyon Road, Suite 110
 San Diego CA 92123

San Francisco County:
 Self Help For the Elderly
 601 Jackson Street, 2nd Floor
 San Francisco, CA 94133

San Mateo County:
 Self Help for the Elderly

Capítulo 2: Números telefónicos y recursos

Valley Caregiver Resource Center (Fresno and Madera Counties), Elder Law & Advocacy (Imperial and San Diego County), Kern County Aging and Adult Services Dept (Kern County), Kings/Tulare Area Agency on Aging (Kings and Tulare Counties), Center for Health Care Rights (Los Angeles and San Bernardino Counties), Council on Aging - Southern California (Orange and Riverside Counties), Legal Services of Northern CA, Inc. (Sacramento and San Joaquin County), Self Help For the Elderly (San Francisco and San Mateo Counties), Sourcewise Community Resource Solutions (Santa Clara County) (SHIP de California): información de contacto

1710 S. Amphlett Blvd., Suite 100
San Mateo, CA 94402
Santa Clara County:
Sourcewise Community Resource Solutions
3100 De La Cruz Boulevard, Suite 310
Santa Clara, CA 95054

Sitio web <https://www.aging.ca.gov/hicap>

SECCIÓN 4 Organización de Mejoramiento de la Calidad (QIO)

Una Organización de Mejoramiento de Calidad (QIO) designada presta servicios a las personas con Medicare en cada estado. Para California, la Organización de Mejoramiento de Calidad se llama Livanta.

Livanta tiene un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a quienes Medicare paga para que controlen y ayuden a mejorar la calidad de la atención que reciben las personas cubiertas por Medicare. Livanta es una organización independiente. No está relacionada con nuestro plan.

Comuníquese con Livanta en cualquiera de estas situaciones:

- Tiene una queja acerca de la calidad de la atención que recibió. Algunos ejemplos de problemas relacionados con la calidad de la atención incluyen recibir medicamentos equivocados, someterse a pruebas o procedimientos innecesarios o recibir un diagnóstico erróneo.
- Considera que la cobertura de su hospitalización termina demasiado pronto.
- Considera que la cobertura de los servicios de atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o atención en un centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF) termina demasiado pronto.

Livanta (Organización de Mejoramiento de Calidad de California): información de contacto

Teléfono (877) 588-1123
De lunes a viernes: de 9 a.m. a 5 p.m., (hora local)
Sábado y domingo: de 11 a.m. a 3 p.m. (hora local)
El servicio de correo de voz está disponible las 24 horas

TTY Dial 711 (855) 887-6668
Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.

Correo postal BFCC-QIO Program
Commence Health
PO Box 2687
Virginia Beach, VA 23450

Capítulo 2: Números telefónicos y recursos**Livanta (Organización de Mejoramiento de Calidad de California): información de contacto**

Sitio web	https://www.livantaqio.cms.gov/
------------------	---

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social determina la elegibilidad para Medicare y administra la inscripción en Medicare.

Si se muda o cambia su dirección postal, debe comunicarse con el Seguro Social para informarles al respecto.

Seguro Social: información de contacto

Teléfono	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de lunes a viernes, de 8 a.m. a 7 p.m. Use los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunos trámites las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. 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 ayuda a ciertas personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos médicos. Algunas personas que reciben beneficios de Medicare también pueden ser elegibles para Medicaid. Medicaid ofrece programas que ayudan a las personas con Medicare a pagar los gastos de dicho programa, como las primas. Entre estos **Programas de Ahorros de Medicare** se incluyen los siguientes:

Beneficiario calificado para Medicare (QMB): ayuda a pagar las primas de Medicare Part A y Medicare Part B, así como otras formas de distribución de costos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunas personas que reciben beneficios de QMB también pueden ser elegibles para recibir los beneficios completos de Medicaid [QMB+]).

Beneficiario de Medicare de bajos ingresos especificados (SLMB): ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas que reciben beneficios de SLMB también pueden ser elegibles para recibir los beneficios completos de Medicaid [SLMB+]).

Individuo calificado (QI): ayuda a pagar las primas de la Parte B.

Individuos discapacitados y empleados calificados (QDWI): ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Capítulo 2: Números telefónicos y recursos

Para obtener más información sobre los Programas de ahorro de Medicaid y Medicare, comuníquese con Medi-Cal.

Medi-Cal (programa de Medicaid de California): información de contacto

Teléfono	(916) 449-5000 De lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.; excepto días festivos
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
Correo postal	Medi-Cal Managed Care P.O. Box 997413, MS 4400 Sacramento, CA 95899-7413
Sitio web	https://www.dhcs.ca.gov/Pages/default.aspx

SECCIÓN 7 Junta de Trabajadores Ferroviarios Jubilados (RRB)

La Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB) es una agencia federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores del ferrocarril de la nación y sus familias. Si recibe sus servicios de Medicare por medio de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, debe informarles si se muda o cambia de dirección postal. Si tiene alguna consulta con respecto a los beneficios que le corresponden de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, llame a la agencia.

Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios: información de contacto

Teléfono	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Presione "0" para hablar con un representante de la RRB los días lunes, martes, jueves y viernes de 9 a.m. a 3:30 p.m., y los miércoles de 9 a.m. a 12 p.m. Presione "1" para acceder a la Línea de ayuda automatizada de la RRB y obtener información grabada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número no son gratuitas.
Sitio web	https://RRB.gov

SECCIÓN 8 Si tiene algún seguro grupal o algún otro seguro médico de un empleador

Si usted (o su cónyuge o pareja de hecho) recibe beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o del empleador o grupo de jubilados de su cónyuge o pareja de hecho) como parte de este plan y tiene alguna

Capítulo 2: Números telefónicos y recursos

pregunta, llame al administrador de beneficios del empleador/sindicato o al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 314-2427 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Puede consultar sobre los beneficios de salud, las primas o el periodo de inscripción que ofrece su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja de hecho). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare bajo este plan. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 3:

Uso del plan para sus servicios médicos

SECCIÓN 1 Cómo obtener su atención médica como miembro de nuestro plan

En este capítulo se explica lo que necesita saber sobre cómo utilizar nuestro plan para que su atención médica esté cubierta.

Para obtener detalles sobre la atención médica que cubre nuestro plan y cuánto pagará usted cuando reciba atención, consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4.

Sección 1.1 Proveedores de la red y servicios cubiertos

- Los **proveedores** son los médicos y otros profesionales de atención médica autorizados por el estado para proveer servicios médicos y atención. 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 médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un contrato con nosotros para aceptar nuestro pago y el monto de su distribución de costos como pago total. Hemos coordinado con estos proveedores para que brinden servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan directamente por la atención que le brindan. Cuando acude a un proveedor de la red, solo paga la parte que le corresponde de los costos de sus servicios.
- Los **servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los suministros y el equipo que cubre nuestro plan. Sus servicios cubiertos de atención médica se enumeran en la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4.

Sección 1.2 Normas básicas para obtener atención médica y otros servicios cubiertos por nuestro plan

Debido a que se trata de un plan médico de Medicare, Central Health Valor Care Plan (HMO) debe cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Original y respetar las reglas de cobertura de Medicare Original.

En general, Central Health Valor Care Plan (HMO) cubrirá su atención médica si ocurre lo siguiente:

- **La atención que recibe esté incluida en la Tabla de beneficios médicos de nuestro plan** (Capítulo 4).
- **La atención que recibe se considera médicamente necesaria.** Médicamente necesario significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos se necesitan para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición médica y cumplen con estándares aceptados de la práctica médica.
- **Usted cuenta con un proveedor de atención primaria (PCP) de la red que le brinda atención médica y la supervise.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP de la red (consulte la Sección 2.1 de este capítulo para obtener más información).

Capítulo 3: Uso del plan para sus servicios médicos

- En la mayoría de los casos, su PCP de la red debe darle su aprobación por adelantado (una remisión) antes de que pueda acudir a otros proveedores de la red del plan, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica domiciliaria. Para mayor información, consulte a la Sección 2.3.
- No necesita remisiones de su PCP para recibir atención de emergencia en casos de emergencia o servicios requeridos urgentemente. Para obtener información sobre otros tipos de atención médica que puede recibir sin obtener la aprobación por adelantado de su PCP, consulte la Sección 2.2.
- **Debe recibir la atención médica de un proveedor de la red** (consulte la Sección 2). En la mayoría de los casos, la atención 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 usted tiene que pagar al proveedor la totalidad de los servicios que recibe. *Hay 3 excepciones:*
 - Nuestro plan cubre servicios de emergencia o servicios requeridos urgentemente que usted recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y para saber cuáles son los servicios de emergencia o los servicios requeridos urgentemente, consulte la Sección 3.
 - Si necesita atención médica que Medicare requiere que nuestro plan cubra pero no hay especialistas en nuestra red que brinden este tipo de atención, puede obtener la atención de un proveedor fuera de la red con la misma distribución de costos que normalmente paga dentro de la red. Antes de recibir la atención requerida, debe obtener autorización del plan o de su PCP. En esta situación, usted paga lo mismo que paga si recibe la atención médica de un proveedor de la red. Para obtener información sobre cómo obtener la aprobación para ver a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4.
 - Nuestro plan cubre los servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está fuera del área de servicio de nuestro plan de manera temporal o cuando su proveedor para este servicio no está disponible temporalmente o es inaccesible. La distribución de costos que usted paga a nuestro plan por la diálisis nunca puede ser mayor que la distribución de costos de Medicare Original. Si usted está fuera del área de servicio de nuestro plan y recibe diálisis de un proveedor fuera de la red de nuestro plan, su distribución de costos no puede ser más alta que la que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de diálisis dentro de la red no está disponible de forma temporal y usted decide obtener los servicios dentro de nuestra área de servicio de un proveedor fuera de la red de nuestro plan, la distribución de costos de la diálisis puede ser mayor.

SECCIÓN 2 Utilizar proveedores de la red de nuestro plan para obtener atención médica

Sección 2.1 Debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) que brinde y supervise su atención médica

¿Qué es un PCP y qué hace por usted?

- **¿Qué es un PCP?**

Cuando se inscribe en el plan, usted debe elegir un proveedor del plan contratado como su proveedor de atención primaria (PCP). Su PCP es un médico que cumple con los requisitos estatales y está capacitado para brindarle atención médica básica. Dado que su PCP será quien provea y coordine su atención médica, usted debe solicitar que todas sus historias clínicas anteriores se envíen al consultorio de su PCP.

Capítulo 3: Uso del plan para sus servicios médicos

• **¿Qué tipos de proveedores pueden actuar como un PCP?**

Muchos de nuestros PCP son médicos internistas, médicos de familia y médicos generales. En ocasiones, puede elegir a un especialista del plan como su PCP (por ejemplo, un cardiólogo). Debe llamar al Departamento de Servicios para Miembros para averiguar si un especialista del plan está contratado como PCP.

• **¿Cuál es el papel de mi PCP?**

Su PCP le proveerá la mayor parte de su atención, incluida la atención de rutina y básica, y le ayudará a organizar o coordinar el resto de los servicios cubiertos que recibe como miembro de nuestro plan. Por ejemplo, para poder consultar a un especialista, generalmente necesita obtener primero la aprobación de su PCP (esto se denomina obtener una “remisión” a un especialista). Esto incluye coordinar lo siguiente:

- Radiografías
- Análisis de laboratorio
- Terapias
- Atención médica de especialistas
- Admisiones al hospital
- Atención de seguimiento

• **¿Cuál es el papel del PCP en la coordinación de los servicios cubiertos?**

Una vez que su PCP determine que necesita atención de un especialista, se encargará de coordinar su remisión. La coordinación de sus servicios incluye verificar o consultar con otros proveedores del plan sobre su atención y su progreso. Algunas remisiones no requieren la aprobación previa del plan. Su PCP tiene una lista de los especialistas y proveedores a los que puede acudir sin necesidad de obtener una aprobación previa. Esto se denomina “remisión directa”.

• **¿Cuál es el papel del PCP en la toma de decisiones o en la obtención de autorización previa, si corresponde?**

Si necesita un especialista, pero este no figura en la lista de remisión directa, necesitará la autorización previa de su plan. Su PCP es responsable de solicitar la autorización previa. En la Sección 2.3 a continuación se describe con más detalle el proceso para obtener la autorización previa para la atención médica.

¿Cómo elegir un PCP?

Es importante que se tome el tiempo para seleccionar cuidadosamente a su PCP, ya que esta es la persona que trabajará más estrechamente con usted en sus necesidades de atención médica. Si su PCP actual no pertenece a nuestra red, Central Health Medicare Plan puede ayudarle a identificar a un PCP que satisfaga sus necesidades.

Si desea obtener ayuda para identificar y seleccionar un PCP, visite nuestro sitio web en www.centralhealthplan.com o llame al número del Departamento de Servicios para Miembros que figura en el reverso de su tarjeta de identificación. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros también figuran al reverso de este folleto).

Cómo cambiar de PCP

Puede cambiar su PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. También es posible que su PCP abandone la red de proveedores de nuestro plan, en cuyo caso usted tendrá que elegir un nuevo PCP. Para cambiar de PCP puede visitar nuestro sitio web en www.centralhealthplan.com para encontrar un nuevo PCP y luego

Capítulo 3: Uso del plan para sus servicios médicos

llamar al número del Departamento de Servicios para Miembros que se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación para solicitar el cambio de PCP. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros también figuran al reverso de este folleto). Su nueva asignación de PCP entrará en vigencia inmediatamente después de recibir su solicitud. Lo mismo se aplica si desea cambiar de IPA o grupo médico.

Cambiar de PCP puede resultar en estar limitado a especialistas específicos u hospitales a los que se refiere ese PCP (es decir, subred, especialistas, laboratorios, radiología, etc.)

Sección 2.2 Atención médica que puede obtener sin una remisión del PCP

Usted puede obtener los servicios que se detallan a continuación sin obtener la aprobación previa de su PCP:

- Atención médica de rutina para mujeres, lo que incluye exámenes de mama, mamografías de detección (radiografías de mama), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre y cuando los obtenga de un proveedor de la red.
- Vacunas contra la gripe, la COVID-19, la hepatitis B y la neumonía, siempre y cuando las obtenga de un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red.
- Los servicios cubiertos por el plan que se requieren con urgencia son aquellos que requieren atención médica inmediata (pero no son una emergencia) si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si, dada la hora, el lugar y las circunstancias, no es razonable obtener este servicio de los proveedores de la red. Algunos ejemplos de servicios requeridos urgentemente son las enfermedades y lesiones médicas imprevistas o los brotes inesperados de condiciones existentes. Las visitas de rutina médicamente necesarias (como los chequeos anuales) no se consideran servicios requeridos urgentemente, incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan. Si es posible, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 314-2427 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarlo a coordinar su diálisis de mantenimiento mientras está fuera del área.
- Examen físico anual realizado por un proveedor dentro de la red.

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

Un especialista es un médico que brinda servicios de atención médica para una enfermedad o parte del cuerpo en particular. Existen muchos tipos de especialistas. Por ejemplo:

- Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer
- Los cardiólogos atienden a pacientes con condiciones cardíacas
- Los ortopedistas atienden a pacientes con ciertas condiciones óseas, articulares o musculares

Algunas remisiones a especialistas y otros proveedores no requieren aprobación previa. Su PCP tiene una lista de proveedores a los que se le puede remitir directamente. Antes de consultar a estos proveedores, hable primero con su PCP. Si un especialista u otro proveedor del plan no figura en esta lista, se debe obtener una autorización previa. Su PCP es responsable de solicitar dicha autorización previa. Para ello, su PCP enviará la solicitud al Departamento de Gestión de Utilización (UM) de nuestro plan, donde se tomará una decisión al respecto. El Departamento de UM le notificará a usted y a su PCP por escrito el estado de cualquier solicitud

Capítulo 3: Uso del plan para sus servicios médicos

de autorización previa. Consulte el Capítulo 4, Sección 2, para obtener información sobre los servicios que requieren autorización previa. Si su PCP forma parte de un grupo médico o de una Asociación de Proveedores Independientes (IPA), es posible que se le exija consultar a proveedores o especialistas asociados con el grupo o la IPA. Si hay especialistas específicos a los que desea consultar, averigüe si su PCP remite pacientes a esos especialistas. Cada PCP del plan tiene determinados especialistas del plan a los que remite a sus pacientes. Esto significa que el PCP que elija puede determinar los especialistas a los que puede acudir. Por lo general, puede cambiar de PCP en cualquier momento si desea consultar a un especialista del plan al que su PCP actual no puede remitirle. Si hay hospitales específicos a los que desea acudir, primero debe averiguar si su PCP o los médicos que va a consultar utilizan esos hospitales.

Cuando un especialista u otro proveedor de la red abandona nuestro plan

Podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) de la red de nuestro plan durante el año. Si su médico o especialista abandona nuestro plan, usted tiene los siguientes derechos y protecciones:

- Si bien nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que usted tenga acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le notificaremos que su proveedor dejará nuestro plan para que tenga tiempo de elegir uno nuevo.
 - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual deja nuestro plan, le notificaremos si ha visitado a ese proveedor en los últimos 3 años.
 - Si alguno de sus otros proveedores deja nuestro plan, le notificaremos si se le ha asignado a ese proveedor, si actualmente recibe atención de él o si lo ha visitado en los últimos 3 meses.
- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor de la red calificado para que siga recibiendo atención.
- Si actualmente está recibiendo tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar la continuación del tratamiento o de las terapias médicamente necesarios. Trabajaremos con usted para que pueda seguir recibiendo atención.
- Le proporcionaremos información sobre los periodos de inscripción disponibles y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Cuando un beneficio o proveedor de la red no esté disponible o no sea adecuado para satisfacer sus necesidades médicas, coordinaremos cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores, con la misma distribución de costos que tendría dentro de la red. Es posible que se requiera autorización previa.
- Si se entera de que su médico o especialista abandonará nuestro plan, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 314-2427 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para que podamos ayudarle a elegir un nuevo proveedor que administre su atención médica.
- Si considera que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior, o que su atención no se está administrando de manera adecuada, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención ante la QIO, una queja sobre la calidad de la atención ante nuestro plan, o ambas. (Consulte el Capítulo 7).

Sección 2.4 ¿Cómo recibir atención médica de proveedores fuera de la red?

La atención fuera de la red que no se considere una emergencia o una atención de emergencia fuera del área no estará cubierta sin una autorización previa. Para obtener una autorización previa, usted o su médico pueden comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros para obtener ayuda. El plan también cubre los

Capítulo 3: Uso del plan para sus servicios médicos

servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan.

Si necesita atención médica que Medicare exige que nuestro plan cubra y los proveedores de nuestra red no pueden proporcionarla, autorizaremos al proveedor fuera de la red adecuado. En este caso, pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red.

SECCIÓN 3 **Cómo obtener servicios en caso de emergencia, desastre o necesidad urgente de atención**

Sección 3.1 **Obtener atención en caso de una emergencia médica**

Una **emergencia médica** ocurre cuando usted, o cualquier otra persona prudente no experta en medicina pero con conocimientos básicos sobre salud y medicina, considera que presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la muerte (y, en el caso de una mujer embarazada, la pérdida del feto), la pérdida de una extremidad o la función de una extremidad, o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor grave o una condición médica que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Busque ayuda cuanto antes.** Llame al 911 para pedir ayuda o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercanos. Llame a una ambulancia si la necesita. No es necesario obtener primero la aprobación o la remisión de su PCP. Tampoco es necesario que acuda a un médico de la red. Puede recibir atención médica de emergencia cubierta siempre que la necesite, en cualquier parte del mundo.
- **En cuanto pueda, verifique que se haya informado a nuestro plan acerca de su emergencia.** Debemos realizar el seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona deben llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente dentro de las 48 horas. (866) 314-2427, el horario de atención es del 1º de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local.

Servicios cubiertos en una emergencia médica

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

Los médicos que le proveen atención de emergencia decidirán cuándo su estado es estable y cuándo ha finalizado la emergencia médica.

Después de que la emergencia médica haya finalizado, tiene derecho a recibir atención de seguimiento para confirmar que su estado sigue siendo estable. Sus médicos continuarán brindándole tratamiento hasta que se comuniquen con nosotros y planifiquen cualquier atención adicional. El plan cubrirá su atención de seguimiento.

Si recibe atención de emergencia de proveedores fuera de la red, intentaremos coordinar que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su condición médica y las circunstancias lo permitan.

Capítulo 3: Uso del plan para sus servicios médicos

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

En ocasiones puede ser difícil saber si su situación es una emergencia médica. Por ejemplo, puede que usted busque atención de emergencia porque cree que su salud está en grave peligro, y que luego el médico determine que en realidad no se trataba de una emergencia médica. En ese caso, su atención estará cubierta siempre que usted haya tenido motivos razonables para creer que su salud estaba en grave peligro.

Sin embargo, una vez que el médico determine que no se trataba de una emergencia, *solo* cubriremos la atención adicional si la recibe de una de estas 2 formas:

- Usted acude a un proveedor de la red para recibir la atención adicional.
- La atención adicional que recibe se considera un servicio requerido urgentemente y usted sigue las normas que se indican a continuación para recibir este tipo de atención.

Sección 3.2 Obtener atención en caso de servicios requeridos urgentemente

Un servicio que requiere atención médica inmediata (pero no es una emergencia) se considera un servicio requerido urgentemente si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de su plan o si no es razonable, dada la hora, el lugar y las circunstancias, obtener este servicio de los proveedores de la red. Algunos ejemplos de servicios requeridos urgentemente son las enfermedades y lesiones médicas imprevistas o los brotes inesperados de condiciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina médicamente necesarias al proveedor, como los chequeos anuales, no se consideran requeridos urgentemente, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si nuestra red del plan no está disponible temporalmente.

Si necesita ayuda para localizar el centro de atención de emergencia de la red más cercano, visite nuestro sitio web o comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al número que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros también están impresos en la contraportada de este folleto).

Nuestro plan cubre servicios de atención de emergencia y urgencia en todo el mundo fuera de los Estados Unidos en las siguientes circunstancias: usted presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida, la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una condición médica que empeora rápidamente. Usted será responsable de pagar los servicios por adelantado. Debe presentar una solicitud de reembolso. Si desea más información sobre cómo presentar una solicitud de reembolso, consulte el Capítulo 5.

Sección 3.3 Obtener atención en caso de un desastre

Si el gobernador de su estado, el secretario del U.S. Department of Health and Human Services o el presidente de los Estados Unidos declara un estado de desastre o de emergencia en su área geográfica, usted sigue teniendo derecho a recibir atención de su plan.

Visite www.centralhealthplan.com para obtener información sobre cómo recibir la atención médica necesaria durante un desastre.

Si no puede usar un proveedor de la red durante un desastre, nuestro plan le permitirá obtener atención de proveedores fuera de la red con la distribución de costos que tendría dentro de la red.

Capítulo 3: Uso del plan para sus servicios médicos

SECCIÓN 4 **Cómo proceder si se le factura directamente el costo total de sus servicios cubiertos**

Si pagó más que nuestra distribución de costos del plan por los servicios cubiertos, o si recibió una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos. Consulte el Capítulo 5 para obtener información sobre lo que debe hacer.

Sección 4.1 Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan, deberá pagar el costo total

Central Health Valor Care Plan (HMO) cubre todos los servicios médicamente necesarios que se enumeran en la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4. Si recibe servicios que no están cubiertos por nuestro plan o recibe servicios fuera de la red sin autorización, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

Para los servicios cubiertos que tienen un límite de beneficios, también paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de agotar su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. El costo de los servicios no cubiertos o los servicios que exceden un límite de beneficios no cuentan para el máximo de gastos de bolsillo de su plan.

SECCIÓN 5 **Servicios médicos en un estudio de investigación clínica**

Sección 5.1 Qué es un estudio de investigación clínica

Los médicos y científicos realizan estudios de investigación clínica (también llamados *ensayos clínicos*) para probar nuevos tipos de atención médica, como observar la acción de un nuevo medicamento contra el cáncer. Algunos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare normalmente solicitan voluntarios para participar en el estudio. Cuando participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de sus servicios de atención médica (aquellos que no estén relacionados con el estudio) a través de nuestro plan.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Medicare Original pagará la mayoría de los costos de los servicios cubiertos que reciba como parte del estudio. Si nos informa que está participando en un ensayo clínico calificado, usted solo deberá pagar la distribución de costos dentro de la red para los servicios de ese ensayo. Si pagó más (por ejemplo, si ya pagó el monto de distribución de costos de Medicare Original), le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y la distribución de costos dentro de la red. Para ello, deberá presentar la documentación que demuestre cuánto pagó.

Si desea participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no es necesario que nos informe ni obtenga aprobación de parte nuestra o de su PCP. Además, los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica no necesitan formar parte de la red de nuestro plan. (Esto no se aplica a los beneficios cubiertos que requieren un ensayo clínico o un registro para evaluar el beneficio, incluidos ciertos beneficios que requieren cobertura con desarrollo de evidencia [NCD-CED] y estudios de exención de dispositivos en investigación [IDE]. Estos beneficios también pueden estar sujetos a autorización previa y otras normas del plan).

Si bien no necesita el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, le recomendamos que nos informe con anticipación cuando decida participar en ensayos clínicos calificados por Medicare.

Capítulo 3: Uso del plan para sus servicios médicos

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

Sección 5.2 Quién paga los servicios en un estudio de investigación clínica

Una vez que se inscribe en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Medicare Original cubre los artículos y servicios de rutina que obtiene como parte del estudio, que incluyen lo siguiente:

- Habitación y comidas durante una hospitalización que Medicare pagaría aunque usted no participara en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si es parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de los efectos colaterales y las complicaciones de la nueva atención.

Después de que Medicare pague su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre la distribución de costos en Medicare Original y su distribución de costos dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que el monto que usted pagará por los servicios recibidos como parte del estudio será el mismo que pagaría si recibiera estos servicios a través de nuestro plan. Sin embargo, debe presentar documentación que acredite el monto de distribución de costos que pagó. Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre cómo enviar solicitudes de pago.

Ejemplo de distribución de costos en un ensayo clínico: supongamos que, como parte del estudio de investigación, se le realizan análisis de laboratorio cuyo costo es de \$100. Su parte del costo de estos análisis es de \$20 con Medicare Original, pero tendrían un costo de \$10 con nuestro plan. En este caso, Medicare Original pagaría \$80 por los análisis y usted pagaría los \$20 de copago que requiere Medicare Original. A continuación, deberá informar a nuestro plan que recibió un servicio de ensayo clínico calificado y presentar la documentación (como la factura del proveedor) a nuestro plan. Entonces, nuestro plan le pagaría directamente a usted \$10. Esto hace que su pago neto por los análisis sea de \$10, el mismo monto que pagaría con los beneficios de nuestro plan.

Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán lo siguiente:**

- Por lo general, Medicare no pagará el nuevo artículo o servicio que se está probando en el estudio, a menos que cubra el artículo o servicio incluso si usted no participa en el estudio.
- Artículos o servicios provistos solamente para recopilar datos y no utilizados directamente para su atención médica. Por ejemplo, Medicare no pagará las tomografías computarizadas (CT) mensuales que se realicen como parte de un estudio si su condición médica normalmente requeriría una sola CT.
- Artículos y servicios proporcionados habitualmente por los patrocinadores de la investigación de forma gratuita para cualquier persona inscrita en el ensayo.

Obtenga más información sobre la participación en un estudio de investigación clínica

Obtenga más información sobre la participación en un estudio de investigación clínica en la publicación *Medicare y los estudios de investigación clínica*, disponible en www.Medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Capítulo 3: Uso del plan para sus servicios médicos

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

Sección 6.1 Una institución religiosa no médica de atención de la salud

Una institución religiosa no médica de atención de la salud es un centro que proporciona atención para una condición que usualmente se trataría en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o en un centro de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, en su lugar cubriremos la atención en una institución religiosa no médica de atención de la salud. Este beneficio es exclusivo de los servicios para pacientes internados de la Parte A (servicios de atención de salud no médica).

Sección 6.2 Cómo obtener atención en una institución religiosa no médica de atención de la salud

Para recibir atención en una institución religiosa no médica de atención de la salud, debe firmar un documento legal en el que declare que se opone conscientemente a recibir tratamientos médicos **no exceptuados**.

- La atención o el tratamiento médico **no exceptuados** son cualquier tipo de atención o tratamiento médico que sea *voluntario* y que *no sea exigido* por ninguna ley federal, estatal o local.
- El tratamiento médico **exceptuado** es la atención o el tratamiento médico que recibe y que *no* es de carácter voluntario o se *exige* en virtud de la ley federal, estatal o local.

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

- El centro que brinda la atención debe estar certificado por Medicare.
- Nuestro plan solo cubre los aspectos no religiosos de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
 - debe tener una condición médica que le permitiría recibir servicios cubiertos de atención hospitalaria para pacientes internados o de atención en un centro de enfermería especializada;
 - – y – debe obtener la aprobación previa de nuestro plan antes de que le admitan en el centro, o su hospitalización no estará cubierta.

Las mismas normas de cobertura que rigen los límites de atención hospitalaria para pacientes internados de Medicare se aplican a las instituciones religiosas no médicas de atención de la salud. Consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este manual.

SECCIÓN 7 Normas para la adquisición de propiedad de equipo médico duradero

Sección 7.1 No será propietario de cierto equipo médico duradero después de realizar una determinada cantidad de pagos según nuestro plan

El equipo médico duradero (DME) incluye artículos tales como el equipo de oxígeno y suministros, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchón eléctrico, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos generadores de voz, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital ordenadas por un proveedor para su uso en el hogar. El miembro siempre es propietario de ciertos artículos de DME, como los dispositivos protésicos. Otros tipos de DME deben alquilarse.

Capítulo 3: Uso del plan para sus servicios médicos

En Medicare Original, las personas que alquilan ciertos tipos de DME adquieren la propiedad del equipo después de haber pagado los copagos correspondientes durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de Central Health Valor Care Plan (HMO), generalmente **no obtendrá la propiedad de los DME alquilados, independientemente de la cantidad de copagos que realice por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan.** No obtendrá la propiedad incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el DME con Medicare Original antes de inscribirse en nuestro plan. En algunas circunstancias limitadas, le transferiremos la propiedad del DME. Llame al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información.

¿Qué sucede con los pagos que realizó por su equipo médico duradero si se cambia a Medicare Original?

Si no adquirió la propiedad del DME mientras estaba en nuestro plan, tendrá que realizar 13 pagos consecutivos nuevos después de cambiarse a Medicare Original para ser propietario del DME. Los pagos que realizó mientras estaba inscrito en nuestro plan no cuentan como parte de estos 13 pagos.

Ejemplo 1: usted realizó 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Medicare Original y luego se inscribió en nuestro plan. Los pagos que usted hizo en Medicare Original no cuentan. Deberá realizar 13 pagos a nuestro plan antes de adquirir la propiedad del artículo.

Ejemplo 2: usted realizó 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Medicare Original y luego se inscribió en nuestro plan. No adquirió la propiedad del artículo mientras estaba inscrito en nuestro plan. Luego regresa a Medicare Original. Tendrá que realizar 13 pagos consecutivos nuevos para adquirir la propiedad del artículo cuando vuelva a inscribirse en Medicare Original. Cualquier pago que ya haya realizado (ya sea a nuestro plan o a Medicare Original) no cuenta.

Sección 7.2 Normas para los equipos de oxígeno, los suministros y el mantenimiento

Si usted califica para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare, Central Health Valor Care Plan (HMO) cubrirá lo siguiente:

- Alquiler del equipo de oxígeno
- Suministro y contenido de oxígeno
- Tubos y accesorios relacionados para el suministro y el contenido de oxígeno
- Mantenimiento y reparación del equipo de oxígeno

Si usted abandona Central Health Valor Care Plan (HMO) o ya no necesita el equipo de oxígeno desde el punto de vista médico, entonces debe devolver el equipo.

¿Qué sucede si abandona nuestro plan y vuelve a Medicare Original?

Medicare Original requiere que un proveedor de oxígeno le proporcione servicios por 5 años. Durante los primeros 36 meses, usted alquila el equipo. Durante los 24 meses restantes, el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago por el oxígeno). Después de 5 años, puede optar por seguir con la misma compañía o cambiarse a otra. En ese momento, el ciclo de 5 años vuelve a comenzar, incluso si se queda con la misma compañía, y deberá pagar nuevamente los copagos durante los primeros 36 meses. Si se inscribe en nuestro plan o lo abandona, el ciclo de 5 años vuelve a comenzar.

CAPÍTULO 4:

Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

SECCIÓN 1 Explicación de los gastos de su bolsillo por servicios cubiertos

La Tabla de beneficios médicos enumera los servicios cubiertos y muestra cuánto paga por cada servicio cubierto como miembro de Central Health Valor Care Plan (HMO). En esta sección también se brinda información sobre los servicios médicos que no están cubiertos y se explican las limitaciones para determinados servicios.

Sección 1.1 Gastos de bolsillo que podría pagar por los servicios cubiertos

Los tipos de gastos de bolsillo que podría pagar por los servicios cubiertos incluyen los siguientes:

- **Copago:** el monto fijo que paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. Usted paga un copago en el momento en que recibe el servicio médico. (En la Tabla de beneficios médicos encontrará más información sobre los copagos).
- **Coseguro:** el porcentaje que paga del costo total de ciertos servicios médicos. Usted paga un coseguro en el momento en que recibe el servicio médico. (En la Tabla de beneficios médicos encontrará más información sobre el coseguro).

La mayoría de las personas que califican para Medicaid o para el programa Beneficiario calificado para Medicare (QMB) no pagan deducibles, copagos ni coseguro. Si usted está en uno de estos programas, asegúrese de mostrar a su proveedor su prueba de elegibilidad para Medicaid o QMB.

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

Los planes Medicare Advantage tienen límites en el monto total que usted tiene que pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos dentro de la red cubiertos por Medicare Part A y Part B. Este límite se denomina monto máximo de gastos de bolsillo (MOOP) para servicios médicos. **Para el año calendario 2026, el monto del MOOP es de \$4,400.**

Lo montos que paga por copagos y coseguro por los servicios cubiertos dentro de la red cuentan para este monto máximo de gastos de bolsillo. Además, los montos que paga por algunos servicios no cuentan para su monto máximo de gastos de bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos. Si alcanza el monto máximo de gastos de bolsillo de \$4,400, no tendrá que pagar ningún gasto de bolsillo durante el resto del año por los servicios cubiertos dentro de la red de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, debe seguir pagando la prima de Medicare Part B (a menos que Medicaid u otra tercera parte pague su prima de la Parte B).

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Sección 1.3 Los proveedores no pueden facturarle el saldo

Como miembro de Central Health Valor Care Plan (HMO), usted cuenta con una protección importante, ya que solo tiene que pagar su monto de distribución de costos cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden facturarle cargos adicionales por separado, lo que se conoce como **facturación de saldo**. Esta medida de protección tiene validez incluso si nosotros pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio e, incluso, si hay una disputa y nosotros no pagamos determinados cargos del proveedor.

Así es como funciona la protección contra la facturación de saldo:

- Si su distribución de costos es un copago (un monto fijo de dólares, por ejemplo, \$15.00), solo pagará ese monto por cualquier servicio cubierto que reciba de un proveedor de la red.
- Si su distribución de costos es un coseguro (un porcentaje del total de los cargos), nunca pagará más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor al que acuda:
 - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red, pagará el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de reembolso de nuestro plan (esto se establece en el contrato entre el proveedor y nuestro plan).
 - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa en Medicare, pagará el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Nuestro plan cubre los servicios de proveedores fuera de la red solo en determinadas situaciones, como cuando se obtiene una remisión o cuando se necesitan servicios de emergencia o servicios requeridos urgentemente).
 - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, pagará el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para proveedores no participantes. (Nuestro plan cubre los servicios de proveedores fuera de la red solo en determinadas situaciones, como cuando se obtiene una remisión o cuando se necesitan servicios de emergencia o servicios requeridos urgentemente fuera del área de servicio).

Si usted cree que un proveedor le ha facturado un saldo, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 314-2427 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 2 La tabla de Beneficios Médicos muestra sus beneficios médicos y costos

En la Tabla de beneficios médicos que se encuentra en las páginas siguientes se enumeran los servicios que Central Health Valor Care Plan (HMO) cubre y lo que usted paga en concepto de gastos de bolsillo por cada servicio. Los servicios que se enumeran en la Tabla de beneficios médicos se cubren solo cuando se cumplen los siguientes requisitos:

- Sus servicios cubiertos de Medicare se deben proporcionar de acuerdo con las pautas de cobertura de Medicare.
- Sus servicios (que incluyen atención médica, servicios, suministros, equipo y medicamentos de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que los servicios, suministros o medicamentos se necesitan para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición médica y cumplen con estándares aceptados de la práctica médica.

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

- Si se inscribió recientemente en el plan, su plan de atención coordinada de Medicare Advantage (MA) debe ofrecerle un periodo de transición mínimo de 90 días, durante el cual el nuevo plan no podrá exigir autorización previa para ningún tratamiento en curso, incluso si dicho tratamiento se inició con un proveedor fuera de la red.
- Usted recibe su atención médica 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 una emergencia, una urgencia o que nuestro plan o un proveedor de la red le haya dado una remisión. Esto significa que usted paga al proveedor la totalidad de los servicios fuera de la red que recibe.
- Usted cuenta con un proveedor de atención primaria (PCP) que le brinda atención médica y la supervisa. En la mayoría de los casos, su PCP debe otorgarle una aprobación previa (remisión) antes de que usted consulte a otros proveedores de la red de nuestro plan.
- Algunos de los servicios enumerados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos *solo* si su médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra aprobación por adelantado (a veces denominada autorización previa). Los servicios cubiertos que necesitan autorización por adelantado se indican en cursiva en la Tabla de beneficios médicos.

Otros puntos importantes que considerar sobre nuestra cobertura:

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. Para algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Medicare Original. En el caso de otros, paga *menos*. (Para obtener más información sobre la cobertura y los costos de Medicare original, consulte su manual *Medicare y Usted de 2026*. Consúltelo en línea en www.Medicare.gov o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para los servicios preventivos cubiertos sin costo de acuerdo con Medicare Original, también cubrimos dichos servicios sin costo para usted. Sin embargo, si también recibe tratamiento o control por una condición médica existente durante la visita en que recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención que recibió por la condición médica existente.
- Si Medicare aumenta la cobertura de nuevos servicios durante 2026, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.



Esta manzana muestra los servicios preventivos en la Tabla de beneficios médicos.

Tabla de beneficios médicos

Servicios cubiertos

Lo que usted paga



Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal

Un solo examen de detección de ultrasonido para personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre este examen de detección si tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene una remisión de su médico, asistente médico, enfermero profesional o enfermero clínico especialista.

No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este examen de detección preventivo.

Es posible que se requiera autorización previa.

Puede que se requiera una remisión del médico.


Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Acupuntura para el dolor lumbar crónico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <p>Hasta 12 consultas en 90 días en las siguientes circunstancias:</p> <p>A los efectos de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como el dolor que cumple con estas características:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dura 12 semanas o más. • No es específico, en el sentido de que no tiene ninguna causa sistémica identificable (es decir, no está asociado con una afección metastásica, inflamatoria, enfermedad infecciosa, etc.). • No está asociado con una cirugía. • No está asociado con el embarazo. <p>Se cubrirán 8 sesiones adicionales para los pacientes que muestren mejoría. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura al año.</p> <p>El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o empeora.</p> <p>Requisitos del proveedor:</p> <p>Los médicos (según se define en la sección 1861 (r)(1) de la Ley de Seguro Social [la Ley]) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables.</p> <p>Los asistentes médicos (PA), personal de enfermería profesional (NP) o especialistas en enfermería clínica (CNS) (tal como se indica en la sección 1861 [aa] [5] de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales vigentes y tienen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un máster o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Medicina Oriental (ACAOM) y • 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 District of Columbia. <p>El personal auxiliar que proporciona acupuntura debe estar bajo el nivel apropiado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS exigido por nuestras reglamentaciones del título 42 del Código de Reglamentaciones Federales (CFR), artículos § 410.26 y 410.27.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por los servicios de acupuntura cubiertos por Medicare, o la distribución de costos profesional aplicable si recibe servicios de un médico de atención primaria o un especialista.</p> <p>Consulte la sección “Servicios de médicos y proveedores médicos, incluidas visitas al consultorio del médico” para obtener detalles.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p><i>Puede que se requiera una remisión del médico.</i></p>
<p>Acupuntura: atención de rutina*</p> <p>Hasta 30 consultas de acupuntura de rutina por año.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago.</p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Acupuntura: atención de rutina* (continuación)</p> <p>Estas 30 consultas se combinan con consultas quiroprácticas de rutina.</p>	<p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p><i>Puede que se requiera una remisión del médico.</i></p>
<p>Servicios de ambulancia</p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para situaciones de emergencia como para las que no son una emergencia, incluyen servicios de ambulancia de alas fijas, alas giratorias y terrestres, al centro correspondiente más cercano que pueda proporcionar atención si se brindan a un miembro cuya condición médica es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona o si lo autoriza nuestro plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, se debe documentar que la condición del miembro es tal que otro medio de transporte podría poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.</p>	<p>Usted paga \$275 de copago por viaje por servicios de ambulancia terrestre.</p> <p>Usted paga \$0 de copago por traslados programados en ambulancia terrestre, que no son de emergencia, entre instituciones, lo que incluye lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entre hospitales de agudos • Entre centros de enfermería especializada (SNF) • De un hospital de agudos a un centro de enfermería especializada (SNF) <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p>Usted paga 20% de coseguro por cada viaje en los servicios de ambulancia aérea.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p>
<p>Cobertura de transporte de emergencia en todo el mundo*</p> <p>Se proporciona cobertura para los servicios de transporte de emergencia recibidos en todo el mundo. (En todo el mundo se refiere a la atención de emergencia recibida fuera de los Estados Unidos y sus territorios). El transporte de emergencia debe ser proporcionado por un vehículo de transporte de emergencia autorizado.</p> <p>Los servicios están cubiertos en todo el mundo bajo las mismas condiciones de necesidad médica y adecuación que se habrían aplicado si los mismos servicios se proporcionaran dentro de los Estados Unidos y sus territorios.</p>	<p>Usted paga \$130 de copago por cada viaje en servicios de transporte de emergencia en todo el mundo.</p> <p>Hay un máximo anual de \$50,000 para servicios en todo el mundo, lo que incluye servicios de emergencia en todo el mundo, servicios requeridos urgentemente en todo el mundo y servicios de transporte de emergencia en todo el mundo combinados.</p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Cobertura de transporte de emergencia en todo el mundo* (continuación)</p> <p>Si tiene una emergencia fuera de los EE. UU. y sus territorios, usted será responsable de pagar los servicios prestados por adelantado. Debe presentar un resumen de alta o documentación médica equivalente y un comprobante de pago en inglés y dólares estadounidenses para el reembolso de Central Health Valor Care Plan (HMO). Revisaremos la documentación para verificar la necesidad médica y la idoneidad antes de realizar el reembolso. Es posible que no le reembolsemos todos sus gastos de bolsillo.</p> <p>Si las notas clínicas no están en inglés, deberá proporcionar una traducción certificada. Si la factura de pago no está en dólares estadounidenses, el reembolso se calculará utilizando el tipo de cambio en el momento en que se procese el cheque. Los pagos se realizan únicamente en dólares estadounidenses. Las tasas de cambio monetario, los costos de traducción, el franqueo, el viaje de regreso a los EE. UU. y otras tarifas no médicas no son reembolsables.</p>	
<p>Examen físico anual de rutina*</p> <p>El examen físico anual de rutina incluye un examen físico integral y una evaluación del estado de las enfermedades crónicas. No incluye pruebas de laboratorio, pruebas de diagnóstico radiológico o pruebas de diagnóstico no radiológico o pruebas de diagnóstico. Se puede aplicar una distribución de costos adicional a cualquier prueba de laboratorio o de diagnóstico realizada durante su consulta, como se describe para cada servicio por separado en esta Tabla de beneficios médicos. El examen físico anual de rutina se limita a uno cada año.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago.</p>
<p> Visita preventiva anual</p> <p>Si tiene la Parte B desde hace más de 12 meses, puede obtener una consulta preventiva anual para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado en función de su salud actual y sus factores de riesgo. Esto se cubre una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: Su primera consulta preventiva anual no se puede realizar en los 12 meses posteriores a su consulta de bienestar de “Bienvenida a Medicare”. Sin embargo, no es necesario que se haya realizado una consulta de “Bienvenida a Medicare” para tener cobertura para consultas preventivas anuales luego de haber tenido la Parte B durante 12 meses.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva anual.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p><i>Puede que se requiera una remisión del médico.</i></p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)**Servicios cubiertos****Lo que usted paga****Mediciones de masa ósea**

Para personas elegibles (generalmente, esto significa que son personas en riesgo de perder masa ósea o de padecer osteoporosis), los siguientes servicios se cubren cada 24 meses o con mayor frecuencia si son necesarios por razones médicas: procedimientos para identificar masa ósea, detectar pérdida ósea o determinar la calidad ósea, incluida la interpretación de los resultados por parte de un médico.

No se aplica coseguro, copago ni deducible para las mediciones de masa ósea cubiertas por Medicare.

Es posible que se requiera autorización previa.

Puede que se requiera una remisión del médico.

**Examen de detección de cáncer de mama (mamografías)**

Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:

- Una mamografía de referencia entre los 35 y los 39 años de edad.
- Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años en adelante.
- Un examen clínico de mamas cada 24 meses.

No se aplica coseguro, copago ni deducible para las mamografías de detección cubiertas.

Es posible que se requiera autorización previa.

Puede que se requiera una remisión del médico.

Servicios de rehabilitación cardíaca

Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, capacitación y asesoramiento están cubiertos para miembros que cumplan ciertos requisitos con la orden de un médico.

Usted paga \$0 de copago por consulta para rehabilitación cardíaca.

Nuestro plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que generalmente son más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.

Es posible que se requiera autorización previa.

Puede que se requiera una remisión del médico.

Usted paga \$0 de copago por consulta para rehabilitación cardíaca intensiva.

Es posible que se requiera autorización previa.

Puede que se requiera una remisión del médico.

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)**Servicios cubiertos****Lo que usted paga****Visita para reducción de riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento de enfermedades cardiovasculares)**

Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarle a reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, el médico puede analizar el uso de la aspirina (si corresponde), controlarle la presión arterial y darle consejos para asegurarse de que esté alimentándose de forma saludable.

No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio de terapia conductual intensiva para la prevención de enfermedades cardiovasculares.

Es posible que se requiera autorización previa.

Puede que se requiera una remisión del médico.

**Examen de detección de enfermedades cardiovasculares**

Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas con un riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).

No se aplica coseguro, copago ni deducible para las pruebas de enfermedad cardiovascular que están cubiertas una vez cada 5 años.

Es posible que se requiera autorización previa.

Puede que se requiera una remisión del médico.

**Examen de detección de cáncer vaginal y del cuello uterino**

Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:

- Para todas las mujeres: Las pruebas de Papanicolaou y los tactos vaginales están cubiertos una vez cada 24 meses.
- Si presenta alto riesgo de cáncer vaginal o de cuello uterino, o está en edad reproductiva y tuvo un resultado anormal en la prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses

No se aplica coseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.

Es posible que se requiera autorización previa.

Puede que se requiera una remisión del médico.



Servicios quiroprácticos

Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:

- Solo cubrimos la manipulación manual de la columna para corregir subluxaciones.

Usted paga \$0 de copago por consulta.

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios quiroprácticos (continuación)	<p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p><i>Puede que se requiera una remisión del médico.</i></p>
Servicios quiroprácticos: atención de rutina* Hasta 30 consultas quiroprácticas de rutina por año. Estas 30 consultas se combinan con consultas de acupuntura de rutina.	<p>Usted paga \$0 de copago.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p><i>Puede que se requiera una remisión del médico.</i></p>
 Servicios de control y tratamiento del dolor crónico Servicios mensuales cubiertos para personas que viven con dolor crónico (dolor persistente o recurrente que dura más de 3 meses). Los servicios pueden incluir la evaluación del dolor, el control de la medicación y la coordinación y planificación de la atención.	<p>La distribución de costos de este servicio variará dependiendo de los servicios individuales proporcionados durante el curso del tratamiento.</p> <p>Consulte a continuación la sección Servicios de médicos y proveedores médicos, incluidas visitas al consultorio del médico para obtener información sobre la distribución de costos.</p>
 Examen de detección de cáncer colorrectal Los siguientes exámenes de detección están cubiertos: <ul style="list-style-type: none"> • La colonoscopia no tiene límite de edad mínimo o máximo y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen un alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no tienen un alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia previa de detección. 	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para el examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare. Si su médico encuentra y extrae un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o la sigmoidoscopia flexible, el examen de detección se convierte en un</p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)**Servicios cubiertos****Lo que usted paga****Examen de detección de cáncer colorrectal (continuación)**

- La colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años o más que no tienen un alto riesgo de cáncer colorrectal y está cubierta cuando han pasado al menos 59 meses después del mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o han pasado 47 meses después del mes en que se realizó la última sigmoidoscopia flexible de detección o colonoscopia de detección. Para los pacientes con alto riesgo de cáncer colorrectal, se puede realizar el pago de una colonografía por tomografía computarizada de detección realizada después de que hayan pasado al menos 23 meses después del mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o la última colonoscopia de detección.
- Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para pacientes que no tienen un alto riesgo después de que el paciente se sometió a una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o colonografía por tomografía computarizada.
- Exámenes de detección de sangre oculta en las heces para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses.
- ADN en heces multiobjetivo para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplen los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años.
- Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplan con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años.
- Los exámenes de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de seguimiento después de que un examen de detección de cáncer colorrectal no invasiva cubierta por Medicare arroja un resultado positivo.

examen de diagnóstico y usted paga \$0 de copago.

Es posible que se requiera autorización previa.

Puede que se requiera una remisión del médico.


Servicios dentales

En general, los servicios dentales preventivos (como las limpiezas, los exámenes dentales de rutina y las radiografías dentales) no están cubiertos por Medicare Original. Sin embargo, Medicare paga los servicios dentales en un número limitado de circunstancias, específicamente cuando ese servicio es una parte integral del tratamiento específico de la condición médica principal de una persona. Los ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, las extracciones de dientes realizadas




Usted paga \$0 de copago por los servicios dentales cubiertos por Medicare.

Es posible que se requiera autorización previa.

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios dentales (continuación)	
en preparación para el tratamiento de radiación para un cáncer que afecte la mandíbula o los exámenes orales antes del trasplante de órganos. Además, cubrimos lo siguiente:	
Servicios dentales preventivos	
• Examen bucal	Usted paga \$0 de copago.
• Radiografías dentales	Usted paga \$0 de copago.
• Otros servicios dentales de diagnóstico	Usted paga de \$0 a \$6 de copago.
• Profilaxis (limpieza)	Usted paga \$0 de copago.
• Tratamiento con flúor	Usted paga \$0 de copago.
• Otros servicios dentales preventivos	Usted paga de \$0 a \$20 de copago.
Servicios dentales integrales	
• Servicios de restauración	Usted paga \$25-\$400 de copago.
• Endodoncia	Usted paga \$25-\$720 de copago.
• Periodoncia	Usted paga \$0-\$780 de copago.
• Prostodoncia removible	Usted paga \$0-\$600 de copago.
• Servicios de implantes	Usted paga \$45-\$2,160 de copago.
• Prostodoncia fija	Usted paga \$0-\$840 de copago.
• Cirugía bucal y maxilofacial	Usted paga \$0-\$380 de copago.
• Servicios generales adicionales	Usted paga \$0-\$300 de copago.
Los beneficios pueden estar sujetos a exclusiones y limitaciones de acuerdo con las pautas de los códigos de la American Dental Association (ADA).	<i>Es posible que se requiera autorización previa.</i>
Consulte su Evidencia de Cobertura dental para obtener más información sobre beneficios.	
<hr/>	
 Examen de detección de depresión	
Cubrimos un examen de detección de depresión por año. El examen de detección debe hacerse en un entorno de atención primaria que provea tratamientos de seguimiento o remisiones.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para una consulta anual de examen de detección de depresión.
<i>Es posible que se requiera autorización previa.</i>	

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
 Examen de detección de depresión (continuación)	<p><i>Puede que se requiera una remisión del médico.</i></p>
 Examen de detección de diabetes <p>Cubrimos este examen (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de estos factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad, o antecedentes de alto nivel de azúcar en la sangre (glucosa). Los exámenes también pueden estar cubiertos si usted reúne otros requisitos, como tener sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Puede ser elegible para un máximo de 2 exámenes de detección de la diabetes cada 12 meses después de la fecha de su examen de detección de la diabetes más reciente.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los exámenes de detección de diabetes cubiertos por Medicare.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p><i>Puede que se requiera una remisión del médico.</i></p>
 Servicios, suministros y capacitación para el autocontrol de la diabetes <p>Para todos los pacientes diabéticos (usuarios y no usuarios de insulina). Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para controlar la glucosa en sangre: monitores de glucosa en sangre, tiras reactivas de glucosa en sangre, dispositivos de lancetas y lancetas, soluciones de control de glucosa para controlar la precisión de las tiras reactivas y de los monitores. • Para las personas que padecen enfermedades diabéticas graves en los pies: un par por año calendario de zapatos terapéuticos personalizados (incluidas las plantillas proporcionadas con los zapatos) y 2 pares adicionales de plantillas, o un par de zapatos profundos y 3 pares de plantillas (sin incluir las plantillas extraíbles no personalizadas proporcionadas con los zapatos). La cobertura incluye la adaptación a medida. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta bajo ciertas condiciones. 	<p>Usted paga \$0 de copago.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p>Usted paga \$0 de copago.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p>Usted paga \$0 de copago.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)**Servicios cubiertos****Lo que usted paga****Servicios, suministros y capacitación para el autocontrol de la diabetes (continuación)**

- Ciertos suministros para diabéticos, incluidos los productos para análisis de glucosa en sangre, están limitados a marcas y fabricantes específicos. Los productos para diabéticos preferidos son las marcas de Trividia Health (TrueMetrix). La lista más reciente de estos suministros para diabéticos está disponible en nuestro sitio web.

Cubrimos suministros para diabéticos de un fabricante preferido sin autorización previa.

Puede que se requiera una remisión del médico.

Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados

(Para obtener una definición de equipo médico duradero, consulte el Capítulo 10 y el Capítulo 3)

Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas de hospital solicitadas por un proveedor para uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Cubrimos todos los DME médicamente necesarios que cubre Medicare Original. Si nuestro proveedor en su área no vende una marca o no trabaja con un fabricante en particular, puede preguntarle si puede hacer un pedido especial para usted. La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web en www.centralhealthplan.com.

Usted paga \$0 por artículos de \$100 o menos y 20% de coseguro por artículos de más de \$100.

Las unidades de DME que se presenten en un paquete indivisible se contarán como un solo artículo

Su distribución de costos por la cobertura de los equipos de oxígeno de Medicare es del 20% de coseguro por mes.

Su distribución de costos no cambiará después de estar inscrito por 36 meses.

Es posible que se requiera autorización previa.

Atención de emergencia

La atención de emergencia se refiere a los servicios que tienen las siguientes características:

- Son proporcionados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia.
- Son necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia.

Una emergencia médica ocurre cuando usted u otra persona prudente no experta en medicina, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, considera que presenta síntomas que requieren atención médica inmediata para evitar la muerte (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un bebé), la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos

Usted paga \$130 de copago por todos los servicios de emergencia.

Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención de médica como paciente internado después de que se establezca su afección de emergencia, debe trasladarse a un hospital de la red para que se siga cubriendo su cuidado O bien debe recibir atención médica como paciente internado en un hospital fuera de la red autorizado por nuestro plan y usted

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Atención de emergencia (continuación)</p> <p>pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una condición médica que empeora rápidamente.</p> <p>La distribución de costos por servicios de emergencia necesarios que reciba fuera de la red son los mismos que cuando reciba estos servicios dentro de la red.</p> <p>Cobertura de emergencia en todo el mundo*</p> <p>El plan cubre la atención de emergencia recibida en todo el mundo (en todo el mundo incluye la atención de emergencia recibida fuera de los Estados Unidos y sus territorios).</p> <p>Los servicios están cubiertos en todo el mundo bajo las mismas condiciones de necesidad médica y adecuación que se habrían aplicado si los mismos servicios se proporcionaran dentro de los Estados Unidos y sus territorios.</p> <p>Si tiene una emergencia fuera de los EE. UU. y sus territorios, usted será responsable de pagar los servicios prestados por adelantado. Debe presentar un resumen de alta o documentación médica equivalente, junto con el comprobante de pago en inglés y en dólares estadounidenses, para que Central Health Valor Care Plan (HMO) pueda procesar el reembolso. Revisaremos la documentación para determinar la necesidad médica y la adecuación antes de realizar el reembolso. Es posible que no le reembolsemos todos sus gastos de bolsillo.</p> <p>Si las notas clínicas no están en inglés, deberá proporcionar una traducción certificada. Si la factura de pago no está en dólares estadounidenses, el reembolso se calculará utilizando el tipo de cambio en el momento en que se procese el cheque. Los pagos se realizan únicamente en dólares estadounidenses. Las tasas de cambio monetario, los costos de traducción, el franqueo, el viaje de regreso a los EE. UU. y otras tarifas no médicas no son reembolsables.</p>	<p>pagará la distribución de costos que pagaría en un hospital de la red.</p> <p>Usted paga \$130 de copago por consulta por los servicios de emergencia en todo el mundo.</p> <p>Usted será responsable de pagar los servicios por adelantado y luego enviar una solicitud de reembolso.</p> <p>Hay un máximo anual de \$50,000 para servicios en todo el mundo, lo que incluye servicios de emergencia en todo el mundo, servicios requeridos urgentemente en todo el mundo y servicios de transporte de emergencia en todo el mundo combinados.</p>
<p> Programas educativos sobre salud y bienestar</p> <p>Beneficio de acondicionamiento físico*</p> <p>Obtiene una membresía en un gimnasio en los gimnasios participantes. Si no puede visitar un gimnasio o prefiere hacer ejercicio también desde su casa, puede seleccionar un kit de acondicionamiento en el hogar. El kit le ayudará a mantenerse activo en la comodidad de su hogar. Las opciones de acondicionamiento físico en el hogar incluyen la elección de un rastreador de ejercicios, kits de fuerza o de yoga.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p><i>Puede que se requiera una remisión del médico.</i></p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)**Servicios cubiertos****Lo que usted paga****Programas educativos sobre salud y bienestar (continuación)**

Si elige hacer ejercicio en un gimnasio, puede ver el sitio web y seleccionar una ubicación participante, o puede ir directamente a un gimnasio participante para comenzar. Los centros y las cadenas de gimnasios participantes pueden variar según la ubicación y están sujetas a cambios. Los kits están sujetos a cambios.

Educación para la salud*

Las clases de educación para la salud se imparten en grupo y, para las personas que no pueden salir de casa, se ofrecen sesiones individuales a domicilio. También se proporcionan materiales de Educación para la salud, junto con orientación telefónica en vivo, intervenciones en tiempo real, comentarios y establecimiento de metas.

Usted paga \$0 de copago.

Es posible que se requiera autorización previa.

Puede que se requiera una remisión del médico.

Manejo de enfermedades mejorado*. Contamos con dos programas:

- Programa de manejo de la diabetes: ofrecemos clases trimestrales sobre diabetes, artículos en boletines informativos, cartas sobre brechas en la atención y llamadas telefónicas de seguimiento, así como asesoramiento sobre la enfermedad. Realizamos un monitoreo de rutina de la HbA1C cuando los resultados están disponibles y, cuando es apropiado, remitimos al equipo de coordinación de la atención.
- Proyecto de hiperlipidemia: ofrecemos artículos trimestrales en boletines informativos, cartas sobre brechas en la atención médica y llamadas telefónicas de seguimiento, así como asesoramiento sobre la enfermedad. Realizamos un monitoreo de rutina del cumplimiento del tratamiento con estatinas para los miembros con cardiopatía isquémica (CAD) y, cuando es necesario, les remitimos al equipo de coordinación de la atención médica.

Usted paga \$0 de copago.

Es posible que se requiera autorización previa.

Puede que se requiera una remisión del médico.

Servicios para la audición


Las evaluaciones de diagnóstico para la audición y el equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención a pacientes ambulatorios cuando las recibe de un médico, audiólogo u otro proveedor acreditado.

Usted paga \$0 de copago por cada examen de audición de diagnóstico cubierto por Medicare.

Usted paga \$0 de copago por un máximo de un examen de audición de rutina cada año.

Audífonos*

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios para la audición (continuación)	
<p>Además de los beneficios cubiertos por Medicare, también cubrimos los siguientes beneficios suplementarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de audición de rutina*: un examen al año. • Evaluaciones para el ajuste de audífonos*: una evaluación de ajuste por año • Audífonos*: hasta dos audífonos por año <p>Nuestro plan tiene un contrato con proveedores aprobados para prestar sus servicios de audición no cubiertos por Medicare. Debe obtener los audífonos a través de proveedores aprobados.</p> <p>Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros a fin de obtener ayuda para acceder a este beneficio (los números de teléfono figuran en el dorso de este documento).</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por un máximo de una visita de ajuste/ evaluación de audífonos cada año.</p> <p>\$575 por audífono para el modelo de entrada</p> <p>\$699 de copago por audífono para el modelo básico</p> <p>\$999 de copago por audífono para el modelo principal</p> <p>\$1,399 de copago por audífono para el modelo preferido</p> <p>\$1,599 de copago por audífono para el modelo avanzado</p> <p>\$2,099 por audífono para el modelo prémium</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p>
<hr/>	
<p> Examen de detección de VIH</p> <p>Para personas que solicitan un examen de detección del VIH o que tienen mayor riesgo de una infección por VIH, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen de detección cada 12 meses. <p>Si está embarazada, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta 3 exámenes de detección durante el embarazo 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para el examen de detección preventiva del VIH cubierta por Medicare.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p><i>Puede que se requiera una remisión del médico.</i></p>
<hr/>	
Atención de agencias de atención médica domiciliaria	
<p>Antes de recibir servicios de atención médica domiciliaria, un médico debe certificar que usted necesita servicios de atención médica domiciliaria y ordenará que una agencia de atención médica domiciliaria le brinde dichos servicios. Debe estar confinado en casa, lo cual significa que salir de su casa representa un esfuerzo mayor.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, lo siguiente:</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por consulta.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p><i>Puede que se requiera una remisión del médico.</i></p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)**Servicios cubiertos****Lo que usted paga****Atención de agencias de atención médica domiciliaria (continuación)**

- Servicios de auxiliar de atención médica domiciliaria y de personal de enfermería de tiempo parcial o intermitente. (Para estar cubiertos por el beneficio de atención médica domiciliaria, los servicios de enfermería especializada y de auxiliar de atención médica domiciliaria combinados deben ser inferiores a 8 horas por día y 35 horas por semana)
- Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.
- Servicios médicos y sociales.
- Equipos y suministros médicos.

Terapia de infusión en el hogar

La terapia de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o compuestos biológicos a una persona en el hogar. Los componentes necesarios para realizar las infusiones en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, tubos y catéteres).

Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, lo siguiente:

- Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con nuestro plan de atención
- El entrenamiento y capacitación del paciente que no estén cubiertos por el beneficio de equipo médico duradero
- Monitoreo remoto
- Servicios de monitoreo para la prestación de terapia de infusión en el hogar y medicamentos para este tratamiento que haya suministrado un proveedor calificado en terapia de infusiones en el hogar.

Usted paga 20% de coseguro por consulta, a menos que las normas de la Ley de Reducción de la Inflación (IRA) lo limiten.

Es posible que se requiera autorización previa.

Cuidado paliativo

Usted es elegible para recibir el beneficio de cuidados paliativos cuando su médico y el director médico del hospicio le hayan dado un pronóstico terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y tiene 6 meses o menos de vida si la enfermedad sigue su curso normal. Puede recibir atención de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Nuestro plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de cuidados paliativos certificados por Medicare en el área de servicio de nuestro plan, incluidos los programas que poseemos, controlamos o en los que tenemos un interés financiero. Su médico de hospicio puede ser un proveedor fuera de la red.

Cuando usted se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, Medicare Original paga sus servicios de hospicio y sus servicios de la Parte A y de la Parte B relacionados con su pronóstico terminal, no los paga Central Health Valor Care Plan (HMO).

Las consultas de cuidados paliativos están incluidas como parte de la

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Cuidado paliativo (continuación)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para el control de síntomas y el alivio de dolor • Servicios de atención de relevo a corto plazo • Atención domiciliaria. <p>Cuando usted es admitido en un centro de cuidados paliativos, tiene derecho a permanecer en nuestro plan. Si permanece en nuestro plan, debe continuar pagando las primas.</p> <p>Para los servicios de cuidados paliativos y los servicios cubiertos por Medicare Part A o Medicare Part B relacionados con su pronóstico terminal: Medicare Original (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor de servicios de cuidado paliativo y cualquier servicio de la Parte A y de la Parte B relacionado con su pronóstico terminal. Mientras se encuentra en el programa de cuidados paliativos, el proveedor que brinde estos cuidados facturará a Medicare Original los servicios que paga Medicare Original. Se le facturará la distribución de costos de Medicare Original.</p> <p>Para los servicios cubiertos por Medicare Part A o Medicare Part B no relacionados con su pronóstico terminal: si necesita servicios que no son de emergencia ni requeridos urgentemente, que están cubiertos por Medicare Part A o B y que no están relacionados con un pronóstico terminal, su costo por estos servicios depende de que utilice un proveedor de la red de nuestro plan y de que cumpla con las normas del plan (por ejemplo, si existe el 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 reglas del plan para obtener el servicio, usted paga solo el monto de distribución de costos de nuestro plan para servicios dentro de la red • Si usted recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera la red, usted paga la distribución de costos bajo Medicare Original <p>Para servicios que están cubiertos por Central Health Valor Care Plan (HMO), pero que no están cubiertos por Medicare Part A ni Medicare Part B: Central Health Valor Care Plan (HMO) seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no están cubiertos por la Parte A ni la Parte B, ya sea que estén relacionados o no con su pronóstico terminal. Usted paga el monto de distribución de costos de nuestro plan por estos servicios.</p> <p>Nota: Si usted necesita atención médica que no se consideran cuidados paliativos (atención médica que no está relacionado con su</p>	<p>atención hospitalaria para pacientes internados. Es posible que se aplique una distribución de costos por los servicios médicos en el caso de las consultas ambulatorias.</p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)**Servicios cubiertos****Lo que usted paga****Cuidado paliativo (continuación)**

pronóstico terminal), comuníquese con nosotros para coordinar los servicios.

Nuestro plan cubre servicios de consulta de cuidados paliativos (una sola vez) para una persona con enfermedad crónica que no ha elegido el beneficio de centros de cuidados paliativos.

**Vacunas**

Entre los servicios cubiertos de Medicare Part B, se incluyen los siguientes:

- Vacunas contra la neumonía.
- Inyecciones (o vacunas) contra la gripe/influenza, una vez en cada temporada de gripe/influenza en el otoño y en el invierno, con inyecciones (o vacunas) adicionales si es médicamente necesario
- Vacuna contra la hepatitis B para pacientes de alto riesgo o riesgo intermedio de contraer hepatitis B.
- Vacunas contra el COVID-19.
- Otras vacunas, si se encuentra en riesgo y las vacunas cumplen con las normas de cobertura de Medicare Part B.

No se aplica coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe/influenza, la hepatitis B y el COVID-19

Es posible que se requiera autorización previa.

Puede que se requiera una remisión del médico.

Programa de comidas en el hogar (para miembros después del alta o confinados en el hogar)*

Este beneficio está destinado a mantenerle saludable y fuerte luego de una internación hospitalaria o estadía en un Centro de Enfermería Especializada (SNF), o por una condición médica o una posible condición médica que requiera que permanezca en casa por un período de tiempo. Su administrador de casos o su médico decidirán si usted necesita este beneficio. Su médico puede solicitar este beneficio si usted tiene ciertas condiciones crónicas.

Este beneficio proporciona 2 comidas al día, durante 14 días con un total de 28 comidas entregadas. Los tipos de comida se basarán en cualquier necesidad alimentaria que usted pueda tener. Usted también puede recibir los beneficios del programa de 28 comidas adicionales durante 14 días con aprobación. Se aplica una cobertura máxima del plan de 4 semanas, y hasta 56 comidas cada año calendario.

Su administrador de casos pedirá sus comidas por usted y serán entregadas en su casa. La primera entrega suele llegar en un plazo de 72 horas (3 días hábiles) a partir del procesamiento del pedido. Nos pondremos en contacto con usted antes de las fechas de entrega.

Usted paga \$0 de copago

Es posible que se requiera autorización previa.

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Programa de comidas en el hogar (para miembros con una afección crónica elegible)*</p> <p>Para ser elegible para este beneficio, debe tener un diagnóstico de diabetes, insuficiencia cardíaca crónica, trastornos cardiovasculares (limitados a arritmias cardíacas, enfermedad de las arterias coronarias, enfermedad vascular periférica y trastorno tromboembólico venoso crónico), demencia o trastornos pulmonares crónicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recibe comidas congeladas listas para calentar y comer en su hogar. • Recibirá 15 comidas a domicilio una vez a la semana. • Puede utilizar este beneficio de comidas cada semana durante 6 semanas. 	<p>Usted paga \$0 de copago.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p>
<p>Comidas adicionales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recibe comidas adicionales a un precio económico cuando pide un mínimo de 10 comidas por semana. • Puede utilizar este beneficio hasta 3 veces en un año calendario para un total de 30 comidas. 	<p>Usted paga \$5 por comida adicional.</p>
<p>Para empezar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento). 	
<p>Atención hospitalaria para pacientes internados</p> <p>Incluye internación hospitalaria para afecciones agudas, rehabilitación para pacientes internados, hospitales de cuidado a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que se lo admite formalmente en el hospital con la orden de un médico. El día previo a ser dado de alta es el último día como paciente internado.</p> <p>No hay un límite para la cantidad de días adicionales cubiertos.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería de rutina • Costos de unidades de atención especial (como las unidades de atención intensiva o coronaria) • Medicamentos y medicinas • Pruebas de laboratorio • Radiografías y otros servicios de radiología 	<p>Usted paga \$150 de copago por día para los días 1 - 6.</p> <p>Usted paga \$0 de copago por día para los días 7 - 90.</p> <p>Usted paga \$0 de copago por día de reserva de por vida.</p> <p>Usted paga \$0 de copago por día para los días del día 91 en adelante.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p><i>Puede que se requiera una remisión del médico.</i></p> <p>No se aplican periodos de beneficios hospitalarios de Medicare. (Consulte la definición de periodos de beneficios en el capítulo llamado</p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)**Servicios cubiertos****Lo que usted paga****Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación)**

- Suministros quirúrgicos y médicos necesarios
- Uso de aparatos, como sillas de ruedas
- Costos de quirófano y habitación de recuperación
- Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje
- Servicios para pacientes hospitalizados por abuso de sustancias
- En ciertas condiciones, se cubren los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón-pancreático, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinal/multivisceral. Si necesita un trasplante, coordinaremos con un centro de trasplantes aprobado por Medicare para que revise su caso y decidirá si usted es candidato para recibir un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o externos al área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red están fuera del modelo de atención de la comunidad, puede elegir ir a una ubicación local siempre que los proveedores de trasplantes locales acepten la tarifa de Medicare Original. Si Central Health Valor Care Plan (HMO) provee servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de cuidado de trasplantes de su comunidad y usted elige hacerse el trasplante en este lugar alejado, nosotros coordinaremos o pagaremos los costos adecuados de alojamiento y transporte para usted y un acompañante. Los gastos de transporte y alojamiento deberán pagarse por adelantado, y le reembolsaremos los gastos razonables. Debe presentar los recibos y la prueba de pago junto con la solicitud de reembolso. Revisaremos la documentación antes de realizar el reembolso. Es posible que no reembolsemos todos los gastos. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre el envío de solicitudes de pagos.
- Sangre (incluidas la conservación y administración). La cobertura comienza desde la primera pinta de sangre que necesite.
- Servicios del médico

Definiciones de palabras importantes). En el caso de la atención hospitalaria para pacientes internados, la distribución de costos descrita anteriormente se aplica cada vez que es admitido en el hospital. Una transferencia a un tipo de centro independiente (como un Hospital de Rehabilitación para Pacientes Internados o a otro Hospital de Atención a Largo Plazo) se considera una nueva admisión.

Si recibe atención hospitalaria para pacientes internados autorizada en un hospital fuera de la red después de que su condición de emergencia se haya estabilizado, su costo será la distribución de costos más alta que pagaría en un hospital de la red.

Nota: Para que usted pase a ser un paciente internado, su proveedor debe redactar una orden para que usted quede formalmente hospitalizado en el hospital. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se lo considere un *paciente ambulatorio*. Si no está seguro de si es un paciente internado o un paciente ambulatorio, consulte al personal del hospital.

Obtenga más información sobre la hoja de datos de *Beneficios hospitalarios de Medicare*. Esta hoja informativa está disponible en www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)**Servicios cubiertos****Lo que usted paga****Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico**

Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de salud mental que requieren hospitalización.

- Hay un límite de 190 días de por vida para las estadías en un hospital psiquiátrico para pacientes internados. El límite de 190 días no aplica a los servicios médicos para la salud mental destinados a pacientes internados proporcionados en una unidad psiquiátrica de un hospital general.
- Nuestro plan cubre 90 días de hospitalización.
- Nuestro plan cubre 60 “días de reserva de por vida”. Estos son días “adicionales” por cada uno de los días 1 a 60 que cubrimos. Si su hospitalización supera los 90 días, puede utilizar estos días adicionales. Sin embargo, una vez que haya agotado estos 60 días adicionales, su cobertura de atención hospitalaria para pacientes internados se limitará a 90 días.

Usted paga \$150 de copago por día para los días 1 - 6.

Usted paga \$0 de copago por día para los días 7 - 90.

Los periodos de beneficios hospitalarios de Medicare se utilizan para determinar la cantidad total de días cubiertos de atención de la salud mental para pacientes internados que se tienen en cuenta para el límite de por vida de 190 días. (Consulte la definición de periodos de beneficios en el capítulo llamado Definiciones de palabras importantes). Sin embargo, la distribución de costos descrita anteriormente se aplica cada vez que es admitido en el hospital, incluso si es admitido varias veces dentro de un periodo de beneficios.

Es posible que se requiera autorización previa.

Puede que se requiera una remisión del médico.

Hospitalización para pacientes internados: Servicios cubiertos que recibe en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta

Si se agotan sus beneficios como paciente internado o si la hospitalización de paciente internado no es razonable ni necesaria, no cubriremos su hospitalización de paciente internado. En algunos casos, cubriremos ciertos servicios que reciba mientras está en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, lo siguiente:

- Servicios del médico
- Pruebas de diagnóstico (como pruebas de laboratorio)
- Radiografía, radioterapia y terapia isotópica, incluidos materiales y servicios de técnicos
- Apósitos quirúrgicos
- Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y luxaciones

Cuando su hospitalización ya no esté cubierta, estos servicios se cubrirán como se describe en las siguientes secciones:

Consulte a continuación la sección Servicios de médicos y proveedores médicos, incluidas visitas al consultorio del médico.

Consulte a continuación la sección Suministros y servicios terapéuticos, y pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios.

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Hospitalización para pacientes internados: Servicios cubiertos que recibe en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dispositivos protésicos y ortóticos (no dentales) que se utilizan para reemplazar un órgano interno del cuerpo (incluidos tejidos adyacentes) o parte de este, o la función de un órgano interno del cuerpo permanentemente inoperativo o que funciona en forma defectuosa o parte de esta; incluidos el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos • Dispositivos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; trusas y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos los ajustes, las reparaciones y los reemplazos que se requieren por roturas, desgaste, extravío o cambios en la afección física del paciente • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional 	<p>Consulte a continuación la sección Dispositivos protésicos y suministros relacionados.</p> <p>Consulte a continuación la sección Servicios de rehabilitación ambulatoria.</p>
<p> Terapia médica nutricional</p> <p>Este beneficio es para las personas que tienen diabetes, enfermedad renal (del riñón) (pero que no se dializan) o luego de un trasplante de riñón cuando el médico lo indique.</p> <p>Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento personalizado durante el primer año que reciba servicios de terapia de nutrición médica conforme a Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan de Medicare Advantage o de Medicare Original) y 2 horas cada año después de esto. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, tal vez pueda recibir más horas de tratamiento con una orden del médico. Un médico debe recetarle estos servicios y renovar su orden cada año, si necesita continuar el tratamiento el próximo año calendario.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para los servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p><i>Puede que se requiera una remisión del médico.</i></p>
<p> Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>Los servicios del MDPP están cubiertos para personas elegibles en todos los planes de salud de Medicare.</p> <p>El MDPP es una intervención estructurada de cambio de comportamiento que brinda capacitación práctica en cambios dietéticos a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar desafíos para mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p><i>Puede que se requiera una remisión del médico.</i></p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)**Servicios cubiertos****Lo que usted paga****Medicamentos de Medicare Part B**

Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare Original. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura por estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen lo siguiente:

- Medicamentos que generalmente no se administra el propio paciente, sino que se le inyectan o infunden mientras recibe servicios de médicos, servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios o servicios en un centro de cirugía ambulatoria.
- Insulina suministrada a través de un artículo de equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria)
- Otros medicamentos que administran utilizando equipo médico duradero (como nebulizadores) que fueron autorizados por nuestro plan
- El medicamento contra el Alzheimer, Leqembi® (nombre genérico lecanemab), que se administra por vía intravenosa. Además de los costos de los medicamentos, es posible que necesite exploraciones y pruebas adicionales antes o durante el tratamiento que podrían aumentar sus costos generales. Hable con su médico sobre qué exploraciones y pruebas puede necesitar como parte de su tratamiento.
- Factores de coagulación que usted se autoadministra por inyección, si tiene hemofilia.
- Medicamentos para trasplantes/inmunosupresores: Medicare cubre la terapia con medicamentos para trasplante si Medicare pagó por su trasplante de órgano. Debe tener la Parte A al momento del trasplante cubierto y debe tener la Parte B al momento de recibir medicamentos inmunosupresores.
- Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si está recluido en el hogar, tiene una fractura que un médico certifica que está relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse el medicamento
- Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente instruida (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada.

Usted paga 20% de coseguro, hasta \$35 de copago (lo que sea menor) para un suministro de un mes de cualquier insulina de la Parte B en nuestro formulario.

Usted paga 20% de coseguro por los medicamentos de quimioterapia/radioterapia de la Parte B, a menos que se aplique el límite establecido por las normas de la Ley de Reducción de la Inflación (IRA).

Usted paga 20% de coseguro por otros medicamentos de la Parte B, a menos que las normas de la Ley de Reducción de la Inflación (IRA) impongan un límite.

Es posible que los costos sean menores si están limitados por las reglas de los CMS.

Algunos medicamentos pueden estar sujetos a terapia por etapas.

Es posible que se requiera autorización previa.

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)**Servicios cubiertos****Lo que usted paga****Medicamentos de Medicare Part B (continuación)**

- Ciertos medicamentos orales contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que se toman por vía oral si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo ingrediente activo que se encuentra en el medicamento inyectable) del fármaco inyectable.
- Medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que usa como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes, durante o dentro de las 48 horas posteriores a la quimioterapia o si se usan como un reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas.
- Ciertos medicamentos orales para la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) cubiertos por Medicare Part B.
- Medicamentos calcimiméticos y quelantes de fosfato bajo el sistema de pago de ESRD, incluido el medicamento intravenoso Parsabiv[®] y el medicamento oral Sensipar[®].
- Ciertos medicamentos para diálisis en el domicilio, incluso heparina, el antídoto para la heparina cuando es médicamente necesario y anestésicos tópicos
- Agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina inyectable si tiene enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) o necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras condiciones (como Retacrit[®] y Aranesp[®])
- Inmunoglobulina endovenosa para el tratamiento en el domicilio de enfermedades de inmunodeficiencia primaria.
- Nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por sonda)

Este enlace lo llevará a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a la terapia escalonada: www.centralhealthplan.com

También se cubren otras vacunas según nuestros beneficios de medicamentos recetados de la Parte B.


Línea directa de enfermería*

Línea de asesoramiento de enfermería disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, atendida por personal de enfermería registrado. El personal de enfermería clasificará las condiciones y ayudará a los miembros a determinar los pasos que deben seguir para

Usted paga \$0 de copago

Es posible que se requiera autorización previa.

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Línea directa de enfermería* (continuación)</p> <p>abordar sus inquietudes médicas. Cuando corresponda, el personal de enfermería hablará con proveedores calificados según sea necesario.</p>	<p><i>Puede que se requiera una remisión del médico.</i></p>
<p> Examen de detección de obesidad y terapia para promover un adelgazamiento constante</p> <p>Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos servicios de asesoramiento intensivo para ayudarlo a bajar de peso. Este asesoramiento está cubierto si se brinda en un entorno de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan de prevención integral. Hable con su médico de atención primaria o profesional médico para obtener más información.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para el examen de detección de obesidad y tratamiento preventivos.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p><i>Puede que se requiera una remisión del médico.</i></p>
<p>Servicios del Programa de Tratamiento por Consumo de Opioides</p> <p>Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (OUD) pueden obtener cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Programa de Tratamiento por Consumo de Opioides (OTP) que incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos agonistas y antagonistas de los opioides aprobados por la Food and Drug Administration (FDA) de EE. UU. para el tratamiento asistido por medicamentos (MAT) • Dispensación y administración de medicamentos para MAT (si corresponde) • Asesoramiento sobre el consumo de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas de toxicología • Actividades de ingesta • Evaluaciones periódicas 	<p>Usted paga \$0 de copago por consulta.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p><i>Puede que se requiera una remisión del médico.</i></p>
<p>Suministros y servicios terapéuticos y pruebas de diagnóstico ambulatorias</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías • Radiación (radioterapia y terapia isotópica), incluidos materiales y servicios de técnicos • Suministros quirúrgicos, tales como apósitos 	<p>Usted paga \$0 de copago por los procedimientos y pruebas de diagnóstico.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Suministros y servicios terapéuticos y pruebas de diagnóstico ambulatorias (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y luxaciones • Análisis de laboratorio • Sangre (incluidas la conservación y administración). La cobertura comienza desde la primera pinta de sangre que necesite. • Otras pruebas de diagnóstico ambulatorias 	<p><i>Puede que se requiera una remisión del médico.</i></p> <p>Usted paga \$0 de copago por los servicios de laboratorio.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p><i>Puede que se requiera una remisión del médico.</i></p> <p>Usted paga 20% de coseguro por servicios radiológicos terapéuticos.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p><i>Puede que se requiera una remisión del médico.</i></p> <p>Usted paga \$0 de copago por ultrasonido, otras imágenes generales, exploraciones DEXA de diagnóstico y mamografías de diagnóstico.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p><i>Puede que se requiera una remisión del médico.</i></p> <p>Usted paga \$100 de copago por MRI, CT y PET.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p><i>Puede que se requiera una remisión del médico.</i></p> <p>Usted paga \$0 de copago por los servicios de radiografías.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p><i>Puede que se requiera una remisión del médico.</i></p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios	
<p>Los servicios de observación son servicios hospitalarios ambulatorios que se brindan para determinar si usted necesita ser admitido como paciente hospitalizado o si puede ser dado de alta.</p> <p>Para que se cubran los servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios, deben cumplir con los criterios de Medicare y ser considerados razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo si son provistos por orden de un médico u otra persona autorizada por una licencia estatal otorgada por ley y estatuto del personal del hospital para admitir a los pacientes en el hospital u ordenar pruebas para pacientes ambulatorios.</p> <p>Nota: A menos que el proveedor haya escrito una solicitud para admitirlo a usted como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de la distribución de costos por los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se lo considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, consulte al personal del hospital.</p> <p>Obtenga más información sobre la hoja de datos de <i>Beneficios hospitalarios de Medicare</i>. Esta hoja informativa está disponible en www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.</p>	<p>Usted paga por colonoscopias de diagnóstico en un entorno ambulatorio y \$295 de copago por todos los demás servicios.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p><i>Puede que se requiera una remisión del médico.</i></p>
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	
<p>Cubrimos los servicios médicamente necesarios que usted reciba en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en un departamento de emergencias o en una clínica para pacientes ambulatorios, como por ejemplo servicios de observación o cirugía ambulatoria • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital • Atención de salud mental, que incluye la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que se requeriría tratamiento de hospitalización sin ella • Radiografías y otros servicios de radiología normalmente facturados por el hospital • Suministros médicos, como férulas y yesos • Ciertos medicamentos y productos biológicos que usted no puede administrarse solo 	<p>Usted paga \$0 de copago por colonoscopias en un entorno ambulatorio y \$295 de copago por todos los demás servicios.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p><i>Puede que se requiera una remisión del médico.</i></p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (continuación)	
<p>Nota: A menos que el proveedor haya escrito una solicitud para admitirlo a usted como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de la distribución de costos por los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se lo considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, consulte al personal del hospital.</p>	
Atención de salud mental ambulatoria	
Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:	
Los servicios médicos de salud mental provistos por un psiquiatra o médico matriculados, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, terapeuta profesional matriculado (LPC), terapeuta familiar y de parejas matriculado (LMFT), enfermera profesional (NP), auxiliar médico (PA) u otro proveedor de atención de salud mental calificado por Medicare según lo permitido por las leyes vigentes del estado.	
<ul style="list-style-type: none"> Servicios proporcionados por un psiquiatra 	<p>Usted paga \$0 de copago por consulta por las sesiones individuales con un psiquiatra.</p> <p>Usted paga \$0 de copago por consulta por las sesiones grupales con un psiquiatra.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p><i>Puede que se requiera una remisión del médico.</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> Servicios suministrados por otros proveedores de atención de salud mental 	<p>Usted paga \$0 de copago por consulta por las sesiones individuales con otros proveedores de atención de salud mental.</p> <p>Usted paga \$0 de copago por consulta por las sesiones grupales con otros proveedores de atención de salud mental.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p><i>Puede que se requiera una remisión del médico.</i></p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Servicios de rehabilitación ambulatoria</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje.</p> <p>Los servicios de rehabilitación ambulatoria se proveen en diversos entornos ambulatorios, como departamentos hospitalarios para pacientes ambulatorios, consultorios de terapeutas independientes y los centros de rehabilitación integral ambulatoria (CORF).</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por consulta por los servicios de fisioterapia o terapia del habla.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p><i>Puede que se requiera una remisión del médico.</i></p> <p>Usted paga \$0 de copago por consulta por los servicios de terapia ocupacional.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p><i>Puede que se requiera una remisión del médico.</i></p>
<p>Servicios por trastornos por uso de sustancias para pacientes ambulatorios</p> <p>Usted tiene cobertura para el tratamiento por abuso de sustancias, según lo cubierto por Medicare Original.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por consulta por las sesiones individuales.</p> <p>Usted paga \$10 de copago por consulta por las sesiones grupales.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p><i>Puede que se requiera una remisión del médico.</i></p>
<p>Cirugías ambulatorias, incluidos servicios provistos en centros hospitalarios ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios</p> <p>Nota: Si se realiza una cirugía en un centro hospitalario, debe verificar con su proveedor si será un paciente internado o ambulatorio. A menos que el proveedor escriba una solicitud para admitirlo a usted como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de la distribución de costos para la cirugía ambulatoria. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se lo considere un <i>paciente ambulatorio</i>.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por colonoscopias de diagnóstico en un entorno ambulatorio y \$295 de copago por todos los demás servicios.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p><i>Puede que se requiera una remisión del médico.</i></p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Cirugías ambulatorias, incluidos servicios provistos en centros hospitalarios ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios (continuación)</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por las colonoscopias de diagnóstico en un centro de cirugía ambulatoria.</p> <p>Usted paga \$0 de copago por todos los demás servicios.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p><i>Puede que se requiera una remisión del médico.</i></p>
<p>Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos</p> <p><i>La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo provisto como un servicio ambulatorio hospitalario o por un centro de salud mental comunitario, que es más intensivo que la atención que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta y es una alternativa a la hospitalización.</i></p> <p><i>El servicio intensivo para pacientes ambulatorios es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual (mental) proporcionado en un departamento hospitalario para pacientes ambulatorios, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud calificado a nivel federal o una clínica de salud rural que es más intenso que la atención que recibe en el consultorio de su médico o terapeuta, pero menos intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta familiar y de parejas matriculado (LMFT) o terapeuta profesional autorizado, pero menos intenso que la hospitalización parcial.</i></p>	<p>Usted paga \$85 de copago por día.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p><i>Puede que se requiera una remisión del médico.</i></p>
<p>Sistema Personal de Auxilio para Emergencias (PERS)</p> <p>Tendrá acceso a un sistema avanzado de alerta médica.</p> <p>Su dispositivo PERS ayuda a los adultos independientes a equilibrar la libertad y la seguridad, al tiempo que lo conecta con todos los miembros de su círculo de atención, incluidos médicos, enfermeros, familiares y amigos.</p>	<p>Usted paga \$0 por un dispositivo PERS móvil con GPS y detección de caídas, con monitoreo las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p><i>Puede que se requiera una remisión del médico.</i></p>



Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Servicios demédicos y profesionales médicos, incluidas las consultas en el consultorio del médico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de atención médica o quirúrgica necesarios por razones médicas en el consultorio del médico, centro de cirugía ambulatoria certificado, departamento hospitalario para pacientes ambulatorios o cualquier otro lugar • Consultas, diagnósticos y tratamientos con un especialista. • Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su PCP o un especialista, si su médico los indica para determinar si necesita tratamiento médico • Determinados servicios de telesalud, incluidos los siguientes: Los servicios de rehabilitación cardíaca, los servicios de médicos de atención primaria, los servicios quiroprácticos, los servicios de terapia ocupacional, los servicios de médicos especialistas, las sesiones individuales de servicios de especialidades de salud mental, las sesiones grupales de servicios de especialidades de salud mental, los servicios de podología, otros servicios profesionales de atención médica, las sesiones individuales de servicios psiquiátricos, las sesiones grupales de servicios psiquiátricos, los servicios de fisioterapia y patología del habla/lenguaje, los servicios del Programa de Tratamiento de Opioides, las sesiones individuales de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios y las sesiones grupales de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios. <ul style="list-style-type: none"> ◦ Tiene la opción de obtener estos servicios a través de una visita en persona o por telesalud. Si decide recibir uno de estos servicios por telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca el servicio por telesalud. Puede acceder a los servicios de telesalud por teléfono, internet o una aplicación móvil. • Algunos servicios de telesalud, que incluyen consulta, diagnóstico y tratamiento brindados por un médico o profesional médico, están destinados para pacientes en determinadas zonas rurales u otros lugares aprobados por Medicare. • Servicios de telesalud para las consultas mensuales sobre la enfermedad renal en etapa terminal de miembros con diálisis domiciliaria en centros de diálisis renal de hospitales, hospitales de acceso crítico, centros de diálisis renal o en el domicilio del miembro. 	<p>Usted paga \$0 de copago por las visitas al consultorio del PCP.</p> <p>Usted paga \$0 de copago por cada visita al consultorio del médico especialista.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p><i>Puede que se requiera una remisión del médico.</i></p> <p>Usted paga \$0 - \$10 de copago por las consultas de telesalud, según el tipo de proveedor que consulte. Su costo compartido para las visitas de telesalud será el mismo que una visita al consultorio con ese mismo tipo de proveedor. Por ejemplo, si tiene una visita de telesalud con un especialista, su costo compartido será \$0 de copago.</p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)**Servicios cubiertos****Lo que usted paga****Servicios de médicos y profesionales médicos, incluidas las consultas en el consultorio del médico (continuación)**

- Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación.
- Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por consumo de sustancias o trastorno de salud mental recurrente, independientemente de su ubicación.
- Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental si:
 - Usted tiene una consulta en persona dentro de los 6 meses anteriores a su primera consulta de telesalud.
 - Asiste a una consulta presencial cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud.
 - En determinadas circunstancias, pueden realizarse excepciones a lo mencionado anteriormente.
- Servicios de telesalud para consultas de salud mental proporcionados por clínicas de salud rural y centros de salud calificados a nivel federal.
- Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o videochat) con su médico de entre 5 y 10 minutos **si**:
 - usted no es un paciente nuevo; **y**
 - el control no está relacionado con una consulta médica en los últimos 7 días; **y**
 - el chequeo no derive en una consulta en el consultorio dentro de 24 horas o a la cita médica más próxima disponible.
- Se realizará una evaluación del video o las imágenes que envíe a su médico, se hará una interpretación de estas y se le realizará un seguimiento médico a las 24 horas **si**:
 - usted no es un paciente nuevo; **y**
 - la evaluación no está relacionada con una consulta en el consultorio en los últimos 7 días **y**
 - la evaluación no deriva en una consulta en el consultorio dentro de 24 horas o a la cita médica más próxima disponible.
- Consultas que su médico tiene con otros médicos por teléfono, por internet o registros electrónicos de salud.
- Una segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía.

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Servicios de podología</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento clínico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie (como dedo en martillo o espolón en el talón). • Atención rutinaria del pie para miembros con ciertas afecciones médicas que afectan las extremidades inferiores 	<p>Usted paga \$0 de copago.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p><i>Puede que se requiera una remisión del médico.</i></p>
<p> Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para la prevención del VIH</p> <p>Si no tiene VIH, pero su médico u otro profesional de atención médica determina que tiene un mayor riesgo de contraer VIH, cubrimos los medicamentos de profilaxis previa a la exposición (PrEP) y los servicios relacionados.</p> <p>Si reúne los requisitos, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamento PrEP oral o inyectable aprobado por la FDA. Si recibe un medicamento inyectable, también cubrimos la tarifa por inyectarse el medicamento. • Hasta 8 sesiones de asesoramiento individual (incluida la evaluación del riesgo de VIH, la reducción del riesgo de VIH y el cumplimiento de la medicación) cada 12 meses. • Hasta 8 exámenes de detección del VIH cada 12 meses. <p>Un examen de detección del virus de la hepatitis B realizada una sola vez.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio de PrEP.</p>
<p> Exámenes de detección de cáncer de próstata</p> <p>Para hombres a partir de los 50 años de edad, los servicios cubiertos incluyen los siguientes exámenes una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tacto rectal • Examen de antígeno prostático específico (PSA) 	<p>Usted paga \$0 de copago por un examen de tacto rectal.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p><i>Puede que se requiera una remisión del médico.</i></p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para un examen de PSA anual.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)**Servicios cubiertos****Lo que usted paga****Exámenes de detección de cáncer de próstata (continuación)**

Puede que se requiera una remisión del médico.

Dispositivos protésicos y ortopédicos, y suministros relacionados

Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan todas o una parte o función corporal. Estos incluyen, entre otros, pruebas, ajustes o capacitación en el uso de dispositivos protésicos y ortóticos; así como: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con atención de colostomía, marcapasos, dispositivos ortopédicos, zapatos ortopédicos, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye también determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos y ortopédicos, y la reparación o sustitución de dispositivos protésicos y ortopédicos. También incluye cierta cobertura después de la extracción o la cirugía de cataratas. Vaya a *Cuidado para la vista* más adelante en esta tabla para obtener más detalles.

Usted paga \$0 de copago por artículos de \$100 o menos y 20% de coseguro por artículos de más de \$100.

Es posible que se requiera autorización previa.

Servicios de rehabilitación pulmonar

Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que tengan una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) moderada o muy grave y una orden de rehabilitación pulmonar emitida por el médico a cargo del tratamiento de la enfermedad respiratoria crónica.

Usted paga \$0 de copago por consulta.

Es posible que se requiera autorización previa.

Puede que se requiera una remisión del médico.

**Examen de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol**

Cubrimos un examen de detección de abuso del alcohol para adultos (incluso embarazadas) que abusan del alcohol, pero no son alcohólicos.

No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio de examen de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare.

Si se le diagnostica que usted consume alcohol en forma inadecuada, puede recibir hasta 4 sesiones presenciales breves de asesoramiento por año (si es competente y está alerta durante el asesoramiento) proporcionadas por un médico de atención primaria o profesional médico calificados en un entorno de atención médica primaria.

Es posible que se requiera autorización previa.

Puede que se requiera una remisión del médico.

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)**Servicios cubiertos****Lo que usted paga****Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computada de baja dosis (LDCT)**

Para personas elegibles, la LDCT está cubierta cada 12 meses.

Los miembros elegibles son personas de 50 a 77 años sin signos o síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de haber fumado durante al menos 20 años-paquete (“pack-years”) o que fuman actualmente o han dejado de fumar en los últimos 15 años, quienes reciben una orden para la LDCT durante la consulta para el asesoramiento y la toma de decisiones compartidas para la detección de cáncer de pulmón que cumple con los criterios de Medicare para tales consultas y que es proporcionada por un médico o profesional no médico acreditado.

Para los exámenes de detección de cáncer de pulmón con LDCT después del examen de detección inicial con LDCT: los miembros deben obtener una orden para el examen de detección de cáncer de pulmón con LDCT, que puede ser suministrada por un médico o profesional no médico acreditado durante cualquier consulta pertinente. Si un médico o profesional no médico calificado opta por proporcionar un asesoramiento de examen de detección de cáncer de pulmón y visita de toma de decisión compartida para exámenes preventivos posteriores de cáncer de pulmón con LDCT, la visita debe cumplir con los criterios de Medicare para tales visitas.

No se debe abonar un coseguro, copago ni deducible por las visitas de asesoramiento y de toma de decisiones compartida cubiertas por Medicare ni por la LDCT.

Es posible que se requiera autorización previa.

Puede que se requiera una remisión del médico.

**Examen de detección de infección por el virus de la hepatitis C**

Cubrimos un examen de detección de hepatitis C si su médico de atención primaria u otro proveedor de atención médica calificado ordena una y usted cumple con una de estas condiciones:

- Corre un alto riesgo porque consume o ha consumido drogas inyectables ilícitas.
- Recibió una transfusión de sangre antes de 1992.
- Nació entre 1945 y 1965.

Si nació entre 1945 y 1965 y no se considera de alto riesgo, pagamos un examen de detección una vez. Si tiene un alto riesgo (por ejemplo, ha continuado usando drogas inyectables ilícitas desde su examen de detección de hepatitis C negativa anterior), cubrimos los exámenes de detección anuales.

No se aplica coseguro, copago ni deducible para el examen de detección del virus de la hepatitis C cubierta por Medicare.

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)**Servicios cubiertos****Lo que usted paga****Examen de detección para infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento para prevenirlas**

Cubrimos exámenes de detección para infecciones de transmisión sexual (ITS): clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estos exámenes de detección están cubiertos para embarazadas y para determinadas personas que tienen un riesgo elevado de ITS cuando un proveedor de atención primaria les solicita una prueba. Cubrimos estos exámenes una vez cada 12 meses o en determinados momentos durante el embarazo.

También cubrimos hasta 2 sesiones individuales de asesoramiento en comportamiento, en persona y de alta intensidad, de 20 a 30 minutos por año para adultos sexualmente activos que corren más riesgo de padecer ITS. Solamente cubrimos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son provistas por un proveedor de atención primaria y se realizan en un entorno de atención médica primaria, como en el consultorio del médico.

No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio de examen de detección de ITS y asesoramiento para beneficio preventivo de infecciones de transmisión sexual cubiertos por Medicare.

Es posible que se requiera autorización previa.

Puede que se requiera una remisión del médico.

Servicios para el tratamiento de enfermedades renales

Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:

- Servicios educativos sobre enfermedades renales para enseñar sobre el cuidado renal y ayudar a que los miembros tomen decisiones informadas acerca de su atención. Para miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV, siempre que cuenten con una remisión de su médico, cubrimos hasta 6 sesiones de servicios educativos sobre enfermedades renales de por vida.
- Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor de este servicio no está disponible temporalmente o no se puede acceder a él).
- Tratamientos de diálisis como paciente internado (si es hospitalizado para recibir atención médica especial)
- Capacitación para autodiálisis (incluye capacitación para usted y cualquier persona que le ayude a realizar sus tratamientos de diálisis en su domicilio).
- Equipos y suministros para diálisis en el domicilio.
- Ciertos servicios de apoyo en el hogar (tales como, cuando sea necesario, visitas de técnicos en diálisis capacitados para controlar la diálisis en el domicilio, para asistir en casos de emergencia y efectuar una revisión de su equipo de diálisis y suministro de agua).

Usted paga 20% de coseguro por la diálisis renal.

Es posible que se requiera autorización previa.

Puede que se requiera una remisión del médico.

Usted paga \$0 de copago por los servicios educativos sobre enfermedades renales.


Es posible que se requiera autorización previa.

Puede que se requiera una remisión del médico.

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Servicios para el tratamiento de enfermedades renales (continuación)</p> <p>Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por Medicare Part B. Para obtener información sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte B, consulte la sección Medicamentos de Medicare Part B en esta tabla.</p>	
<p>Atención en centros de enfermería especializada (SNF)</p> <p>(Para obtener una definición de atención en un centro de enfermería especializada, consulte el Capítulo 12. Algunas veces, los centros de enfermería especializada se denominan SNF).</p> <p>Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF. No se requiere una hospitalización previa.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería especializada. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Medicamentos administrados como parte de nuestro plan de atención (esto incluye sustancias que están naturalmente presentes en el cuerpo, como los factores de coagulación de la sangre). • Sangre (incluidas la conservación y administración). La cobertura comienza desde la primera pinta de sangre que necesite. • Suministros médicos y quirúrgicos normalmente provistos por los SNF. • Pruebas de laboratorio normalmente provistas por los SNF. • Radiografías y otros servicios de radiología normalmente provistos por los SNF. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, normalmente provistos por los SNF. • Servicios médicos/profesionales médicos. <p>Por lo general, recibe cuidado de centros de enfermería especializada (SNF) en centros de la red. Bajo ciertas condiciones indicadas a continuación, usted puede pagar la distribución de costos dentro de la red por un centro que no sea proveedor de la red, si el centro acepta las cantidades de pago de nuestro plan.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por día para los días 1 a 20</p> <p>Hasta \$217 de copago por día para los días 21 a 100,</p> <p>Usted paga el 100% del costo total por los días 101 en adelante</p> <p>Por cada internación en un SNF cubierta por Medicare, deberá pagar la distribución de costos correspondiente, a partir del día 1 cada vez que sea admitido.</p> <p>Los copagos para los beneficios del centro de enfermería especializada (SNF) se basan en los beneficios. Un periodo de beneficios comienza el día en que usted es admitido como paciente interno en un SNF y finaliza cuando se le da el alta del SNF. Si ingresa en un SNF una vez que ha finalizado un periodo de beneficios, comienza un nuevo periodo de beneficios. Por cada internación en un SNF, debe pagar la distribución de costos correspondiente, a partir del día 1 cada vez que sea admitido. No hay un límite en la cantidad de periodos de beneficios.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p><i>Puede que se requiera una remisión del médico.</i></p>


Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Atención en centros de enfermería especializada (SNF) (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un centro de convalecencia o comunidad de atención continua para jubilados donde usted vivía justo antes de ingresar al hospital (siempre que se provea la atención de un centro de enfermería especializada). • Un SNF donde su cónyuge o pareja de hecho esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital 	
<p> Dejar de fumar y de consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco)</p> <p>El asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco está cubierto para pacientes ambulatorios y hospitalizados que cumplan con estos criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usan tabaco, independientemente de si exhiben signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco. • Son competentes y están alertas durante el asesoramiento. • Un médico calificado u otro profesional médico reconocido por Medicare proporciona asesoramiento. <p>Cubrimos 2 intentos de abandono por año (cada intento puede incluir un máximo de 4 sesiones intermedias o intensivas, y el paciente puede recibir hasta 8 sesiones por año).</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y consumir tabaco cubiertos por Medicare.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p><i>Puede que se requiera una remisión del médico.</i></p>
<p>Terapia de ejercicio supervisada (SET)</p> <p>La SET está cubierta para los miembros que tienen la enfermedad arterial periférica sintomática (PAD) y una remisión por PAD del médico responsable del tratamiento de la PAD.</p> <p>Se cubren hasta 36 sesiones en un periodo de 12 semanas si se cumplen con los requisitos para el programa SET.</p> <p>El programa SET debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consistir en sesiones de 30 a 60 minutos de duración, que comprenden un programa terapéutico de entrenamiento con ejercicios para la PAD en pacientes con claudicación • Llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un médico. • Estar a cargo de personal auxiliar calificado necesario para asegurar que los beneficios excedan los daños, y que estén capacitados en terapia de ejercicio para PAD. 	<p>Usted paga \$0 de copago por consulta.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p><i>Puede que se requiera una remisión del médico.</i></p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Terapia de ejercicio supervisada (SET) (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estar bajo la supervisión directa de un médico, un asistente médico, o una enfermera clínica/enfermero profesional que deben estar entrenados en técnicas de auxilio vital básicas y avanzadas. <p>La SET puede tener cobertura de hasta más de 36 sesiones en un periodo de más de 12 semanas para un adicional de 36 sesiones en un periodo extendido de tiempo si el proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.</p>	
<p>Servicios requeridos urgentemente</p> <p>Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata y que no es una emergencia es un servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o, incluso si se encuentra dentro del área de servicio de nuestro plan, no es razonable, dado su tiempo, lugar y circunstancias, obtener este servicio de proveedores de la red. Nuestro plan debe cubrir los servicios requeridos urgentemente y solo cobrarle la distribución de costos dentro de la red. Algunos ejemplos de servicios requeridos urgentemente son las enfermedades y las lesiones médicas imprevistas, o los brotes inesperados de afecciones existentes. Las visitas de rutina médicamente necesarias al proveedor, como los chequeos anuales, no se consideran urgentemente necesarias, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si nuestra red de planes no está disponible temporalmente.</p> <p>Servicios requeridos urgentemente: cobertura mundial *</p> <p>Los servicios están cubiertos en todo el mundo bajo las mismas condiciones de necesidad médica y adecuación que se habrían aplicado si los mismos servicios se proporcionaran dentro de los Estados Unidos y sus territorios.</p> <p>Si tiene una emergencia fuera de los EE. UU. y sus territorios, usted será responsable de pagar los servicios prestados por adelantado. Debe presentar un resumen de alta o documentación médica equivalente, junto con el comprobante de pago en inglés y en dólares estadounidenses, para que Central Health Valor Care Plan (HMO) pueda procesar el reembolso. Revisaremos la documentación para determinar la necesidad médica y la adecuación antes de realizar el reembolso. Es posible que no le reembolsemos todos sus gastos de bolsillo.</p> <p>Si las notas clínicas no están en inglés, deberá proporcionar una traducción certificada. Si la factura de pago no está en dólares estadounidenses, el reembolso se calculará utilizando el tipo de cambio en el momento en que se procese el cheque. Los pagos se</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por consulta.</p> <p>Usted paga \$130 de copago por consulta por los servicios requeridos urgentemente en todo el mundo.</p> <p>Usted será responsable de pagar los servicios por adelantado y luego enviar una solicitud de reembolso.</p> <p>Hay un máximo anual de \$50,000 para servicios en todo el mundo, lo que incluye servicios de emergencia en todo el mundo, servicios requeridos urgentemente en todo el mundo y servicios de transporte de emergencia en todo el mundo combinados.</p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios requeridos urgentemente (continuación)	
realizan únicamente en dólares estadounidenses. Las tasas de cambio monetario, los costos de traducción, el franqueo, el viaje de regreso a los EE. UU. y otras tarifas no médicas no son reembolsables.	
 Cuidado para la vista	
Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:	
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de médico ambulatorios para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de degeneración macular relacionada con la edad. Medicare Original no cubre exámenes de la vista rutinarios (refracciones oculares) para anteojos o lentes de contacto. • Para las personas con alto riesgo de glaucoma, cubrimos un examen de detección de glaucoma cada año. Las personas con alto riesgo de glaucoma incluyen personas con historial familiar de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos de 50 años o más e hispanoamericanos de 65 años o más. • Para las personas con diabetes, el examen de detección de retinopatía diabética está cubierta una vez por año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada operación de cataratas que incluya la inserción de una lente intraocular. Si tiene 2 operaciones de cataratas separadas, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar 2 anteojos después de la segunda cirugía. 	<p>Usted paga \$0 de copago por consulta para exámenes de la vista cubiertos por Medicare, exámenes de glaucoma cubiertos por Medicare y exámenes de retinopatía diabética cubiertos por Medicare.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p><i>Puede que se requiera una remisión del médico.</i></p> <p>Usted paga \$0 de copago por un par de anteojos o de lentes de contacto cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas.</p>
Imágenes retinianas*	<p>Usted paga \$0 de copago por las imágenes de la retina.</p> <p>Limitado a 1 visita por año.</p>
Examen rutinario de la vista*	<p>Usted paga \$0 de copago por un examen de la vista de rutina.</p> <p>Limitado a 1 consultas todos los años.</p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)**Servicios cubiertos****Lo que usted paga****Cuidado para la vista (continuación)**

Exámenes oculares de rutina proporcionados por proveedores seleccionados. Revise el Directorio de Proveedores para encontrar un proveedor de servicios oftalmológicos.

- Asignación de elementos para la vista (monturas y lentes) o lentes de contacto (en lugar de anteojos) de un proveedor de la red hasta \$400 cada año. Usted será responsable de todo monto que supere la asignación.

**Visita preventiva de Bienvenida a Medicare**

Nuestro plan cubre una visita preventiva de **Bienvenida a Medicare** por única vez. La visita incluye una revisión de su salud, así como capacitación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas ciertos exámenes de detección y vacunas), y referidos para otro tipo de atención, si es necesario.

Importante: Cubrimos la visita preventiva de **Bienvenida a Medicare** solo dentro de los primeros 12 meses en los que tiene Medicare Part B. Cuando programe una cita, comuníquelo al personal del consultorio del médico que desea programar una visita preventiva de **Bienvenida a Medicare**.

No se aplica coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva **Bienvenido a Medicare**.

Es posible que se requiera autorización previa.

Puede que se requiera una remisión del médico.

Usted paga \$0 de copago por consulta.

Es posible que se requiera autorización previa.

Puede que se requiera una remisión del médico.

SECCIÓN 3 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones)

En esta sección, se describen los servicios *excluidos* de la cobertura de Medicare y que, por lo tanto, este plan no cubre.

En el cuadro a continuación, se indican los servicios y artículos que no están cubiertos bajo ningún concepto y que están cubiertos solo en ciertas situaciones.

Si recibe servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagar por ellos, excepto según las condiciones específicas que se indican a continuación. Aunque usted reciba los servicios excluidos en un centro de emergencias, los servicios excluidos no estarán cubiertos y nuestro plan no pagará por ellos. Única excepción: si se apela el servicio y se decide en la apelación que se trata de un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Si desea obtener información sobre cómo presentar una apelación cuando hemos determinado que no nos corresponde cubrir un servicio médico, consulte el Capítulo 7, Sección 5.3).

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en condiciones específicas
<p>Cirugías o procedimientos estéticos</p>	<p>Están cubiertos en casos de lesión accidental o para mejorar la función de un miembro malformado del cuerpo</p> <p>Están cubiertos para todas las etapas de reconstrucción de un seno después de la mastectomía, así como para el seno no afectado para producir una apariencia simétrica</p>
<p>Atención de custodia</p> <p>La atención de custodia es atención personal que no requiere la atención continua de personal paramédico o médico capacitado, como el cuidado que le ayuda con las actividades de la vida diaria, como bañarse o vestirse</p>	<p>No cubierto bajo ninguna circunstancia</p>
<p>Procedimientos médicos y quirúrgicos, y equipos y medicamentos experimentales</p> <p>Los artículos y procedimientos experimentales son aquellos artículos y procedimientos que generalmente no son aceptados por la comunidad médica según Medicare Original.</p>	<p>Pueden estar cubiertos por Medicare Original dentro de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan</p> <p>(Consulte el Capítulo 3, Sección 5 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica)</p>
<p>Las tarifas impuestas por sus parientes directos o miembros de su hogar por atención que le brinden</p>	<p>No cubierto bajo ninguna circunstancia</p>
<p>Atención de enfermería en el hogar a tiempo completo</p>	<p>No cubierto bajo ninguna circunstancia</p>
<p>Entrega de alimentos a domicilio</p>	<p>Consulte la Tabla de beneficios médicos anterior para obtener una descripción de su beneficio de comidas a domicilio.</p>
<p>Los servicios domésticos incluyen ayuda con las tareas domésticas básicas, incluidas las tareas domésticas livianas o la preparación de comidas livianas.</p>	<p>No cubierto bajo ninguna circunstancia</p>
<p>Servicios de naturopatía (tratamientos naturales o alternativos)</p>	<p>No cubierto bajo ninguna circunstancia</p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en condiciones específicas
Calzado ortopédico o dispositivos de soporte para pies	Calzado que forma parte de una pierna ortopédica y que está incluido en el costo de la misma. Calzado ortopédico o terapéutico para personas con enfermedad de pie diabético
Artículos personales en la habitación de un hospital o en un centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor	No cubierto bajo ninguna circunstancia
Habitación privada en un hospital	Solo cubierto cuando es médicamente necesario.
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros de medicamentos anticonceptivos sin receta	No cubierto bajo ninguna circunstancia
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos para problemas de visión	No cubierto bajo ninguna circunstancia
Atención de rutina para los pies	Cobertura limitada provista según las pautas de Medicare (p. ej., si tiene diabetes)
Servicios considerados no razonables y necesarios, según los estándares de Medicare Original	No cubierto bajo ninguna circunstancia

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

CAPÍTULO 5:**Solicitar que paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos cubiertos****SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos el pago de nuestra parte del costo de sus servicios cubiertos**

En algunas ocasiones, cuando reciba atención médica, podría tener que pagar el costo total de los servicios. En otras, es posible que pague más de lo que esperaba según las normas de cobertura de nuestro plan, o que reciba una factura de un proveedor. En estos casos, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (le reembolse). Usted tiene derecho a que el plan le devuelva el dinero siempre que haya pagado un monto que exceda su parte del costo de los servicios médicos cubiertos por nuestro plan. Es posible que haya plazos que deba cumplir para que le devuelvan el dinero. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

También puede haber ocasiones en que reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que recibió o por un monto mayor a su parte de la distribución de costos, tal como se explica en este material. Primero, intente resolver la factura directamente con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla. Revisaremos la factura y decidiremos si los servicios deben estar cubiertos. Si decidimos que deben estar cubiertos, pagaremos directamente al proveedor. Si decidimos no pagar la factura, notificaremos al proveedor. Usted nunca debería pagar más que la distribución de costos permitida por el plan. Si el proveedor está dentro de nuestra red, usted mantiene su derecho a recibir tratamiento.

A continuación, se incluyen ejemplos de situaciones en las que es posible que tenga que solicitar a nuestro plan que le devuelva el dinero o que pague una factura que recibió:

1. Cuando ha recibido atención médica de emergencia o atención requerida urgentemente de un proveedor que no pertenece a la red de nuestro plan

Fuera del área de servicio, puede recibir servicios de emergencia o servicios requeridos urgentemente de cualquier proveedor, independientemente de si pertenece o no a nuestra red. En estos casos:

- Usted solo es responsable de pagar su parte del costo de los servicios requeridos urgentemente o de emergencia. Los proveedores de servicios de emergencia están obligados por ley a prestar atención de emergencia.
- Si usted pagó el monto total en el momento en que recibió la atención, solicite que le devolvamos nuestra parte del costo. Envíenos la factura, junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado.
- Usted puede recibir una factura del proveedor en la que se le solicita un pago que usted cree que no debe. Envíenos esta factura, junto con la documentación de cualquier pago que ya haya efectuado.
 - Si se le debe algo al proveedor, le pagaremos directamente a él.
 - Si ya pagó un monto que excede su parte del costo del servicio, determinaremos cuánto debe y le devolveremos nuestra parte del costo.

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

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 facturarle directamente a nuestro plan y cobrarle a usted únicamente la parte del costo que le corresponde. Sin embargo, a veces cometen errores y le solicitan que pague más de lo que le corresponde.

- Usted solo tiene que pagar el monto de distribución de costos que le corresponde cuando reciba servicios cubiertos. No permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales por separado, lo que se conoce como **facturación de saldo**. Esta medida de protección (que establece que usted nunca pagará más que el monto de distribución de costos que le corresponde) tiene validez incluso si nosotros pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio e, incluso, si hay una disputa y no pagamos determinados cargos del proveedor.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red que considere que es más de lo que debería pagar, envíenosla. Nos comunicaremos con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya pagó una factura a un proveedor de la red, pero considera que pagó de más, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado y solicite que le reembolsemos la diferencia entre el monto que pagó y el monto que debía pagar según nuestro plan.

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

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

Si se inscribió en nuestro plan de forma retroactiva y pagó de su bolsillo algún servicio cubierto después de su fecha de inscripción, puede solicitarnos que le reembolsemos la parte del costo que nos corresponde. Debe enviarnos la documentación, como recibos y facturas, para que procesemos del reembolso.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, la revisaremos y decidiremos si el servicio o el medicamento deben estar cubiertos. Esto se denomina tomar una **decisión de cobertura**. Si decidimos que se debe cubrir, pagaremos nuestra parte del costo por el servicio o medicamento. Si rechazamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. En el Capítulo 7 se ofrece información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitar el reintegro o pago de una factura que ha recibido

Puede solicitarnos que le devolvamos el dinero enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud de este tipo, también envíe su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es buena idea hacer una copia de la factura y los recibos para sus registros. **Debe enviarnos su reclamación dentro de un año a** partir de la fecha en que recibió el servicio o artículo.

Envíe por correo su solicitud de pago junto con las facturas o recibos pagados correspondientes a la siguiente dirección:

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

Departamento de Reclamaciones de Servicios Médicos
Central Health Plan
Attn: Medicare Member Services
200 Oceangate Ste. 100
Long Beach, CA 90802

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y le responderemos de manera afirmativa o negativa

Cuando recibamos su solicitud de pago, le indicaremos 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 está cubierta y usted siguió todas las normas, pagaremos nuestra parte del costo. Si usted ya pagó el servicio, enviaremos el reembolso de nuestra parte del costo por correo postal. Si aún no paga el servicio, enviaremos el pago por correo postal directamente al proveedor.
- Si decidimos que la atención médica *no* está cubierta o que usted *no* siguió todas las normas, no pagaremos nuestra parte del costo. Le enviaremos una carta en la que le explicaremos los motivos por los que no le enviamos el pago y sus derechos a apelar esa decisión.

Sección 3.1 Si le informamos que no pagaremos la totalidad o una parte de la atención médica o el medicamento, puede presentar una apelación

Si usted considera que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago o con el monto que pagamos, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que usted nos solicita que cambiemos la decisión de rechazar su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación para dichas situaciones, consulte el Capítulo 7.

Capítulo 6: Sus derechos y responsabilidades

CAPÍTULO 6:

Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 En nuestro plan se deben respetar sus derechos y sensibilidades culturales

Sección 1.1 Debemos brindar información de una manera que sea apropiada para usted y que se corresponda con sus sensibilidades culturales (en otros idiomas además del inglés, braille, letra grande u otros formatos alternativos, etc.)

Our 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 our plan may meet these accessibility requirements include, but aren't 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 materials in languages other than English including Spanish and braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We're required to give you information about our plan's benefits in a format that's accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, call Member Services at (866) 314-2427 (TTY users call 711).

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 our plan's network for a specialty aren't available, it's our plan's responsibility to locate specialty providers outside the network who will provide you with the necessary care. In this case, you'll 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 our plan for information on where to go get this service at in-network cost sharing.

If you have any trouble getting information from our plan in a format that's accessible and appropriate for you, seeing a women's health specialist or finding a network specialist, call to file a grievance with Member Services at (866) 314-2427 (TTY users should call 711). You can 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.

Su plan está obligado a garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se proporcionen de manera competente desde el punto de vista cultural y sean accesibles para todos los afiliados, incluidos aquellos con dominio limitado del español, habilidades de lectura limitadas, discapacidad auditiva o aquellos con antecedentes culturales y étnicos diversos. Algunos ejemplos de cómo nuestro plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la provisión de servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teléfono teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder a las preguntas de los miembros que no hablan inglés. Es posible que nuestras comunicaciones con usted estén disponibles en varios idiomas. Para recibir ciertos materiales en el idioma que prefiera, puede indicarnos en su solicitud de

Capítulo 6: Sus derechos y responsabilidades

inscripción o llamar al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Tenga en cuenta que los materiales más largos, como este folleto, están disponibles solo en inglés y español. También podemos brindarle información en sistema braille, en letra grande o en formatos alternativos de forma gratuita si lo requiere. Debemos brindarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para obtener información de parte de nosotros en un formato que le sea conveniente, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

Nuestro plan está obligado a ofrecer a las mujeres afiliadas la opción de acceder directamente a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para los servicios de atención médica de rutina y preventiva para mujeres.

Si no hay proveedores disponibles en la red del plan para una especialidad, es responsabilidad del plan localizar proveedores especializados fuera de la red que le proporcionen la atención médica necesaria. En este caso, solo pagará los gastos compartidos 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 usted necesita, llame al plan para que le informen dónde acudir para obtener ese servicio con los costos de gastos compartidos dentro de la red.

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, para ver a especialistas en salud de la mujer o para encontrar un especialista de la red, llame para presentar una queja ante Servicios para miembros al (866) 314-2427 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede presentar un reclamo ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Sección 1.2 Debemos garantizarle acceso oportuno a sus servicios cubiertos

Usted tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) de la red de nuestro plan que provea y coordine sus servicios cubiertos. Además, tiene derecho a consultar a un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin necesidad de una remisión.

También tiene derecho a conseguir citas y recibir servicios cubiertos por nuestra red de proveedores *dentro de un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de especialistas cuando necesite ese tipo de atención.

Si usted cree que no está recibiendo atención médica dentro de un plazo razonable, en el Capítulo 7 de este documento se le indica lo que puede hacer.

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información médica personal

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de su historia clínica y de su información médica personal. Nosotros protegemos su información médica personal tal como lo exigen estas leyes.

- Su *información médica personal* incluye la información personal que nos dio cuando se inscribió en este plan, así como su historia clínica y otra información médica y de salud.
- Usted no solo tiene derechos sobre su información sino también para controlar cómo se utiliza su información médica. Le entregaremos un aviso escrito, llamado *Aviso sobre prácticas de privacidad*, que informa sobre estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información médica.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información médica?

- Nos aseguramos de que únicamente las personas autorizadas vean o modifiquen sus expedientes.

Capítulo 6: Sus derechos y responsabilidades

- Salvo en las circunstancias que se indican a continuación, si tenemos intención de facilitar su información médica a alguien que no le esté proporcionando cuidados o pagando por ellos, *estamos obligados a obtener primero su permiso por escrito o el de alguien a quien usted haya otorgado poder legal para tomar decisiones en su nombre.*
- Existen ciertas excepciones que no requieren que obtengamos primero su permiso por escrito. La ley permite o exige estas excepciones.
 - Tenemos la obligación de divulgar información médica a agencias del gobierno que controlan la calidad de la atención.
 - Como usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, debemos proveerle su información médica a Medicare. Si Medicare divulga su información con fines de investigación u otros usos, lo hará de acuerdo con las leyes y reglamentos federales; normalmente, esto requiere que no se comparta información que le identifique de forma exclusiva.

Usted puede ver la información de sus expedientes y saber cómo se ha compartido con otros

Tiene derecho a examinar su historia clínica que tiene nuestro plan y a obtener una copia. Tenemos permitido cobrarle por hacer copias. Además, tiene derecho a solicitarnos que agreguemos información o hagamos correcciones a su historia clínica. Si solicita esto, trabajaremos junto con su proveedor de atención médica para decidir si deben realizarse los cambios.

Tiene derecho a saber cómo se compartió su información médica con otros para cualquier fin que no sea el habitual.

Si tiene alguna pregunta o duda sobre la privacidad de su información médica personal, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 314-2427 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 1.4 Debemos brindarle información sobre el plan, nuestra red de proveedores y sus servicios cubiertos

Como miembro de Central Health Valor Care Plan (HMO), usted tiene derecho a que le proporcionemos diferentes tipos de información.

Si desea recibir cualquiera de los siguientes tipos de información, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 314-2427 (los usuarios de TTY deben llamar al 711):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información acerca de la situación financiera de nuestro plan.
- **Información sobre nuestros proveedores de la red.** Tiene derecho a recibir información acerca de las calificaciones de los proveedores de nuestra red y sobre cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información acerca de su cobertura y las normas que usted debe seguir cuando utilice su cobertura.** En los Capítulos 3 y 4 se ofrece información sobre los servicios médicos.
- **Información sobre por qué algo no tiene cobertura y qué puede hacer al respecto.** En el Capítulo 7 se ofrece información sobre cómo solicitar una explicación por escrito si un servicio médico no está cubierto o si su cobertura está restringida. En el Capítulo 7 también se ofrece información sobre cómo solicitar que cambiemos una decisión, lo que también se denomina apelación.

Capítulo 6: Sus derechos y responsabilidades

Sección 1.5 Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a participar en las decisiones sobre su atención médica

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

Usted tiene derecho a obtener información completa por parte de sus médicos y otros proveedores de atención médica. Sus proveedores deben explicarle su condición médica y sus opciones de tratamiento *de una forma que usted pueda entender*.

También tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarle a tomar decisiones junto con sus médicos sobre qué tratamiento es el mejor para usted, cuenta con los siguientes derechos:

- **Derecho a conocer todas sus opciones.** Usted tiene derecho a conocer todas las opciones de tratamiento recomendadas para su condición, sin importar el costo ni si están cubiertas por nuestro plan.
- **Derecho a conocer los riesgos.** Usted tiene derecho a que le informen cualquier riesgo que implique su atención médica. Se le debe informar con anticipación si cualquier atención o tratamiento médico propuesto forma parte de un experimento de investigación. Siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **Derecho a decir “no.”** Usted tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a abandonar un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja que no lo haga. Si rechaza el tratamiento, acepta toda la responsabilidad por lo que le suceda a su cuerpo como resultado de ello.

Usted tiene derecho a dejar instrucciones sobre qué se debe hacer si no puede tomar decisiones médicas por sí mismo

A veces, las personas se vuelven incapaces de tomar decisiones sobre su atención médica a causa de un accidente o una enfermedad grave. Usted tiene derecho a decir qué quiere que suceda si se encuentra en esta situación. Esto significa que, *si lo desea*, puede hacer lo siguiente:

- Completar un formulario por escrito para otorgar **un poder legal a otra persona para que tome decisiones médicas por usted** si en algún momento usted se vuelve incapaz de tomar esas decisiones.
- **Entregar instrucciones escritas a sus médicos** sobre cómo desea que manejen su atención médica si se volviera incapaz de tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede usar para dejar instrucciones anticipadas en estas situaciones se denominan **directivas anticipadas**. Los documentos como el **testamento vital** y el **poder notarial para atención médica** son ejemplos de directivas anticipadas.

Cómo establecer una directiva anticipada para dar instrucciones:

- **Obtenga un formulario.** Puede obtener un formulario de directivas anticipadas a través de su abogado, un asistente social o en algunas tiendas de suministros de oficina. En ocasiones, puede obtener formularios de directivas anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare.
- **Complete el formulario y fírmelo.** Independientemente del lugar de donde obtenga este formulario, se trata de un documento legal. Considere la posibilidad de pedir ayuda a un abogado para rellenarlo.

Capítulo 6: Sus derechos y responsabilidades

- **Entregue copias del formulario a las personas adecuadas.** Entregue una copia del formulario a su médico y a la persona que usted designe en el formulario para que tome decisiones en su nombre si usted no puede hacerlo. Es recomendable que entregue copias a amigos cercanos o familiares. Conserve una copia en su casa.

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

- En el hospital le preguntarán si ha firmado un formulario de directivas anticipadas y si lo tiene consigo.
- Si no ha firmado un formulario de directivas anticipadas, el hospital le proporcionará uno para que lo firme si así lo desea.

Completar un documento de directivas anticipadas es su elección (incluso si desea firmarlo mientras se encuentra en el hospital). De acuerdo con las leyes, nadie puede negarle la atención ni discriminarle por haber firmado o no un formulario de directivas anticipadas.

Si no se siguen sus instrucciones

Si firma un formulario de directivas anticipadas y cree que el médico o el hospital no han seguido las directivas, puede presentar una queja. Si desea presentar una queja contra un médico, puede comunicarse con la Junta Médica de California por teléfono al 1-800-633-2322. Si desea presentar una queja contra un hospital, puede hacerlo ante el California Department of Public Health Licensing and Certification en <https://www.cdph.ca.gov/Programs/CHCQ/LCP/CalHealthFind/Pages/Complaint.aspx>.

Sección 1.6 Tiene derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos decisiones que hayamos tomado

Si tiene algún problema, inquietud o queja y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, en el Capítulo 7 de este documento se explica lo que puede hacer. Independientemente de lo que haga, ya sea solicitarnos una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja, **estamos obligados a tratarle de manera justa.**

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

Si considera que lo trataron injustamente o que no se respetaron sus derechos por motivos de raza, discapacidad, religión, sexo, estado de salud, grupo étnico, credo (creencias), edad o nacionalidad, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) al 1-800-368-1019 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles local.

Si considera que recibió un trato injusto o que no se han respetado sus derechos, y *no* se trata de discriminación, puede recibir ayuda para enfrentar el problema en estos lugares:

- **Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 314-2427 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- **Llame al SHIP local al**

Fresno and Madera Counties:

(559) 224-9117

Imperial County:

Capítulo 6: Sus derechos y responsabilidades

(760) 353-0223

Kern County:

(661) 868-1000

Kings and Tulare Counties:

(559) 713-2875 / (800) 434-0222

Los Angeles County:

(213) 383-4519

Orange County:

(714) 560-0424

Riverside and San Bernardino Counties:

(909)-256-8369

Sacramento County:

(800) 434-0222 / (916) 376-8915

San Diego County:

(858) 565-8772

San Francisco County:

(415) 677-7520

San Joaquin County:

(209) 470-7812

San Mateo County:

(650) 627-9350

Santa Clara County:

(408) 350-3200

- **Llame a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

Sección 1.8 ¿Cómo obtener más información sobre sus derechos?

Obtenga más información sobre sus derechos a través de los siguientes canales:

- **Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 314-2427 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).**

Capítulo 6: Sus derechos y responsabilidades

- **Llame al SHIP local** al Fresno and Madera Counties:
(559) 224-9117
- Imperial County:
(760) 353-0223
- Kern County:
(661) 868-1000
- Kings and Tulare Counties:
(559) 713-2875 / (800) 434-0222
- Los Angeles County:
(213) 383-4519
- Orange County:
(714) 560-0424
- Riverside and San Bernardino Counties:
(909)-256-8369
- Sacramento County:
(800) 434-0222 / (916) 376-8915
- San Diego County:
(858) 565-8772
- San Francisco County:
(415) 677-7520
- San Joaquin County:
(209) 470-7812
- San Mateo County:
(650) 627-9350
- Santa Clara County:
(408) 350-3200
- **Comuníquese con Medicare**
 - Visite www.Medicare.gov para leer la publicación *Derechos y Protecciones de Medicare* (para solicitar una copia impresa, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan

A continuación, se enumeran los pasos que debe seguir como miembro de nuestro plan. Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **(866) 314-2427 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtener estos servicios cubiertos.** Use este documento de Evidencia de Cobertura para saber qué está cubierto y las normas que debe seguir para obtener los servicios cubiertos.
 - En los Capítulos 3 y 4 se ofrecen detalles sobre sus servicios médicos.
- **Si tiene alguna otra cobertura médica además de nuestro plan, o una cobertura de medicamentos recetados por separado, está obligado a informarnos.** En el Capítulo 1 se explica cómo coordinar estos beneficios.
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica que usted está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de membresía del plan cada vez que obtenga atención médica.

Capítulo 6: Sus derechos y responsabilidades

- **Ayude a sus médicos y otros proveedores a brindarle una mejor atención facilitándoles información, haciendo preguntas y siguiendo las indicaciones de su tratamiento.**
 - Para ayudarle a obtener la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores médicos sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus médicos hayan acordado.
 - Asegúrese de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.
 - Si tiene alguna pregunta, asegúrese de plantearla y de obtener una respuesta que puede entender.
- **Sea considerado.** Esperamos que nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. Asimismo, esperamos que actúen de manera que contribuya al buen funcionamiento de la oficina del médico, de los hospitales y de otros centros de atención.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de los siguientes pagos:
 - Debe seguir pagando la prima de Medicare Part B para seguir siendo miembro de nuestro plan.
 - Para la mayoría de sus servicios médicos cubiertos por nuestro plan, debe pagar su parte del costo cuando obtiene el servicio.
- **Si se muda *dentro* del área de servicio de nuestro plan, necesitamos saberlo** para poder mantener actualizado su registro de membresía y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- **Si se muda, informe al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios).**

CAPÍTULO 7:

Si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

SECCIÓN 1 Qué hacer si tiene algún problema o inquietud

En este capítulo se explican 2 tipos de procesos para abordar problemas e inquietudes:

Para ciertos problemas, debe utilizar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.

Para otros problemas, debe utilizar el **proceso para presentar quejas** (también llamados reclamos formales).

Ambos procesos están aprobados por Medicare. Cada proceso se compone de un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos cumplir.

La información de este capítulo le ayudará a identificar cuál es el proceso adecuado que debe seguir y qué debe hacer.

Sección 1.1 Términos legales

Existen términos legales para algunas de las normas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos por la mayoría de las personas. Para mayor claridad, en este capítulo se utilizan palabras más conocidas en lugar de algunos términos legales.

Sin embargo, a veces es importante conocer los términos legales correctos. Para ayudarle a saber qué términos debe usar para obtener la ayuda o la información adecuada, incluimos estos términos legales cuando damos detalles sobre cómo manejar situaciones específicas.

SECCIÓN 2 Dónde puede obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos disponibles para ayudarle. Incluso si tiene una queja sobre el trato que le damos, estamos obligados a respetar su derecho a quejarse. Siempre debe llamar al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 314-2427 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda. En algunas situaciones, puede que también desee ayuda u orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. Estas son dos organizaciones que pueden ayudarle:

Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP)

Cada estado tiene un programa gubernamental con asesores capacitados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan médico. Los asesores de este programa pueden ayudarle a comprender qué proceso debe utilizar para resolver su problema. Además, pueden responder preguntas, darle más información y ofrecerle orientación para saber qué debe hacer.

Los servicios de los asesores del SHIP son gratuitos. Vaya a la 2 Sección del Capítulo 3 para encontrar la información de contacto del SHIP de su estado.

Capítulo 7: Si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda.

Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048

Visite www.Medicare.gov

SECCIÓN 3 Qué proceso se puede aplicar para su problema

¿Su problema o inquietud están relacionados con sus beneficios o su cobertura?

Esto incluye problemas para determinar si la atención médica (artículos o servicios médicos o medicamentos recetados de la Parte B) está cubierta o no, la modalidad de cobertura y problemas relacionados con el pago de la atención médica.

Sí.

Consulte la **Sección 4, Guía sobre decisiones de cobertura y apelaciones.**

No.

Consulte la **Sección 9, Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes.**

Decisiones de cobertura y apelaciones

SECCIÓN 4 Una guía de decisiones de cobertura y apelaciones

Las decisiones de cobertura y apelaciones se utilizan en el caso de tenga problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos de la Parte B, incluido el pago). En general, para simplificar, agrupamos los artículos médicos, servicios y medicamentos de Medicare Part B bajo el término “**atención médica**”. Usted utiliza el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones para resolver cuestiones tales como si un servicio está cubierto o no y la forma en que está cubierto.

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir servicios

Si desea saber si cubriremos su atención médica antes de recibirla, puede solicitarnos una decisión de cobertura para su caso. Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si su médico de la red del plan le remite a un especialista médico que no está dentro de la red, esta remisión se considera una decisión sobre la cobertura favorable, a menos que su médico de la red pueda demostrar que usted recibió un aviso de denegación estándar para este especialista médico o que la Evidencia de Cobertura deje en claro que el servicio al que se le remitió no se cubre en ningún caso. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico particular o si se niega a proporcionarle la atención médica que usted considera que necesita. En circunstancias limitadas, se rechazará

Capítulo 7: Si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de casos en los que se rechazará 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 anule su solicitud. Si desestimamos una solicitud para una decisión de cobertura, enviaremos un aviso en el que se explique por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Tomamos una decisión de cobertura para usted cada vez que decidimos qué cubrimos y cuánto pagamos. En algunos casos, es posible que decidamos que la atención médica no está cubierta o que dejó de estar cubierta. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de que reciba un beneficio, y usted no está satisfecho, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. En ciertas circunstancias, usted puede solicitar una apelación expeditiva o **apelación rápida** de una decisión de cobertura. Su apelación estará a cargo de revisores diferentes de los que tomaron la decisión original.

El proceso de apelar una decisión por primera vez se denomina apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si seguimos correctamente las normas. Una vez que completamos la revisión, le comunicamos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, se desestimará una solicitud de apelación de Nivel 1, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de casos en los que 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 anule su solicitud. Si desestimamos una solicitud de apelación de Nivel 1, le enviaremos un aviso en el que se explicará por qué la solicitud fue desestimada y cómo puede pedir una revisión de dicha desestimación.

Si rechazamos la totalidad o una parte de su apelación de Nivel 1 para atención médica, su apelación pasará automáticamente a una apelación de Nivel 2, que será revisada por una organización de revisión independiente que no tiene relación con nosotros.

- Usted no necesita hacer 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.
- Consulte la **Sección 5.4** para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2 para atención médica.

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, puede continuar a través de niveles adicionales de apelación (en este capítulo se explican los procesos de apelación de los Niveles 3, 4 y 5).

Sección 4.1 Obtener ayuda para solicitar una decisión de cobertura o para hacer una apelación

Estos son los recursos disponibles si decide solicitar cualquier tipo de decisión sobre la cobertura o apelar una decisión:

- **Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 314-2427 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).**
- **Obtenga ayuda gratuita** de su Programa Estatal de Seguro Médico.
- **Su médico puede presentar una solicitud por usted.** Si su médico le ayuda con una apelación más allá del Nivel 2, debe ser designado como su representante. Llame al Departamento de Servicios para

Capítulo 7: Si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

Miembros al (866) 314-2427 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite el formulario *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 el caso de la atención médica o los medicamentos de la Parte B, el médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación se rechaza en el Nivel 1, se derivará en forma automática al Nivel 2.
- **Puede pedirle a otra persona que actúe en su nombre.** Si lo desea, puede nombrar a otra persona para que actúe como su *representante* y solicite una decisión de cobertura o presente una apelación.
 - Si desea que un amigo, familiar u otra persona sea su representante, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 314-2427 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite el formulario de *Designación de representante*. (El formulario también está disponible en www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf.) Este formulario le concede permiso a esa persona para que actúe en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que actuará en su nombre. Usted debe entregarnos una copia del formulario firmado.
 - Podemos aceptar una solicitud de apelación de un representante sin el formulario, pero no podemos iniciar ni completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario antes de la fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación, su solicitud de apelación se desestimarán. En caso de que esto suceda, le enviaremos un aviso escrito en el que se explicarán sus derechos para solicitar a la organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede contratar a su propio abogado o pedir el nombre de un abogado en la asociación de abogados local u otro servicio de remisiones. También existen grupos que ofrecen servicios legales gratuitos si usted califica. Sin embargo, **no está obligado a contratar a un abogado** para solicitar cualquier tipo de decisión sobre la cobertura o apelar una decisión.

Sección 4.2 Normas y plazos para diferentes situaciones

Existen 3 situaciones diferentes que involucran decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene plazos y normas diferentes. A continuación, encontrará los detalles de cada una de estas situaciones:

Sección 5: Atención médica: ¿Cómo pedir una decisión de cobertura o hacer una apelación?

Sección 6: Cómo solicitar que cubramos una hospitalización más prolongada si considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto

Sección 7: Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que la cobertura finaliza demasiado pronto (*se aplica solo a estos servicios:* atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral ambulatoria [CORF])

Si no sabe bien qué información se aplica en su caso, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 314-2427 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede obtener ayuda o información de su SHIP.

Capítulo 7: Si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)**SECCIÓN 5 Atención médica: ¿Cómo pedir una decisión de cobertura o hacer una apelación?****Sección 5.1 En esta parte se describen los pasos a seguir si tiene algún problema para obtener la cobertura de atención médica o si usted debe solicitar un reintegro por nuestra parte del costo de su atención**

Sus beneficios de atención médica se describen en el Capítulo 4 de la *Tabla de beneficios médicos*. En algunos casos, se aplican normas diferentes para solicitar un medicamento de la Parte B. En esos casos, le explicaremos en qué se diferencian las normas para los medicamentos de la Parte B de las normas para los artículos y servicios médicos.

En esta sección, se describe qué puede hacer si se encuentra en cualquiera 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 desea administrarle y usted considera que esta atención está cubierta por nuestro plan. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
3. Recibió atención médica que considera que debe estar cubierta por el plan, pero le informamos que no pagaremos por esta atención. **Presente una apelación. Sección 5.3.**
4. Recibió y pagó atención médica que considera que debe estar cubierta por nuestro plan y desea solicitar a nuestro plan que le reembolse el costo de dicha atención. **Envíenos la factura. Sección 5.5.**
5. Le informaron que la cobertura de ciertos servicios médicos que ha estado recibiendo y que nosotros aprobamos anteriormente se reducirá o se suspenderá, y usted considera que la reducción o suspensión de estos servicios podría perjudicar su salud. **Presente una apelación. Sección 5.3**

Nota: Si la cobertura que se suspenderá es para servicios de atención hospitalaria, atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o en un centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF), consulte las Secciones 6 y 7 de este capítulo. Se aplican normas especiales a estos tipos de atención.

Sección 5.2 Cómo solicitar una decisión de cobertura**Términos legales:**

Una decisión de cobertura que involucra su atención médica se denomina **determinación de la organización**.

Una decisión rápida sobre la cobertura se denomina **determinación expeditiva**.

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

Por lo general, la decisión estándar sobre la cobertura se toma dentro de los 7 días calendario cuando el artículo o servicio médico está sujeto a nuestras normas de autorización previa, dentro de los 14 días calendario para todos los demás artículos y servicios médicos, o dentro de las 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Una decisión rápida sobre la cobertura suele tomarse en un plazo de 72 horas

Capítulo 7: Si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

para los servicios médicos o de 24 horas para los medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión rápida sobre la cobertura, debe cumplir con 2 requisitos:

- *Solo puede solicitar* cobertura para artículos o servicios de atención médica (no solicitudes de pago por artículos o servicios que ya haya recibido).
- Puede obtener una decisión rápida sobre la cobertura *solo* si el uso de los plazos estándares podría *causar un daño grave a su salud o perjudicar su capacidad para recuperar la función*.
- **Si su médico nos informa que su estado de salud requiere una decisión rápida sobre la cobertura, automáticamente acordaremos otorgarle una decisión rápida sobre la cobertura.**
- **Si solicita una decisión rápida sobre la cobertura por su cuenta, sin el respaldo de su médico, decidiremos si su estado de salud requiere que tomemos ese tipo de decisión.** Si no aprobamos una decisión rápida sobre la cobertura, le enviaremos una carta con el siguiente contenido:
 - Una explicación de que utilizaremos los plazos estándares.
 - Una explicación de que le otorgaremos una decisión rápida sobre la cobertura automáticamente si su médico la solicita.
 - Una explicación de cómo puede presentar una queja rápida acerca de nuestra decisión de otorgarle una decisión estándar sobre la cobertura en lugar de la decisión rápida sobre la cobertura que solicitó.

Paso 2: Solicite a nuestro plan que tome una decisión sobre la cobertura o una decisión rápida sobre la cobertura.

- En primer lugar, llame o envíe una carta o un fax a nuestro plan para solicitar que autoricemos o que le brindemos la cobertura para la atención médica que usted desea. Esto puede hacerlo usted, su médico o su representante. El Capítulo 2 contiene la información de contacto.

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

Para las decisiones estándar sobre la cobertura, utilizamos los plazos estándares.

Esto significa que le daremos una respuesta en un plazo de 7 días calendario después de recibir su solicitud para un artículo o servicio médico que esté sujeto a nuestras normas de autorización previa. Si el artículo o servicio médico que solicita no está sujeto a nuestras normas de autorización previa, le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud.

- **Sin embargo**, si usted solicita una extensión o si necesitamos más información que podría beneficiarle, **podemos extender el plazo hasta 14 días calendario más** si su solicitud es sobre un artículo o servicio médico. Si extendemos el plazo, se lo informaremos por escrito. No podemos extender el plazo para tomar una decisión si su solicitud es sobre un medicamento de la Parte B.
- Si usted considera que no deberíamos extender el plazo, puede presentar una *queja rápida*. Le daremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso que se utiliza para las decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 9 para obtener información sobre las quejas).

Para las decisiones rápidas sobre la cobertura utilizamos un plazo expeditivo

Una decisión rápida sobre la cobertura significa que responderemos dentro de las 72 horas si su solicitud es sobre un artículo o servicio médico. Si su solicitud es sobre un medicamento de la Parte B, le responderemos en un plazo de 24 horas.

Capítulo 7: Si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

- **Sin embargo**, si usted solicita una extensión o si necesitamos más información que podría beneficiarle, **podemos extender el plazo hasta 14 días calendario más**. Si extendemos el plazo, se lo informaremos por escrito. No podemos extender el plazo para tomar una decisión si su solicitud es sobre un medicamento de la Parte B.
- Si usted considera que no deberíamos extender el plazo, puede presentar una *queja rápida*. (Consulte la Sección 9 de este capítulo para obtener información sobre las quejas). Le llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Si nuestra respuesta es negativa para una parte o la totalidad de lo que ha solicitado**, le enviaremos un comunicado por escrito en el que le explicaremos los motivos de nuestra decisión.

Paso 4: Si nuestra respuesta a su solicitud de cobertura de atención médica es negativa, puede apelar.

Si nuestra respuesta es negativa, tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos esta decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa volver a solicitar la cobertura médica que desea. Si presenta una apelación, significa que pasa al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 5.3 ¿Cómo presentar una Apelación de Nivel 1?**Términos legales:**

Una apelación ante nuestro plan relacionada con una decisión sobre la cobertura de atención médica se denomina **reconsideración** del plan.

Una *apelación rápida* también se denomina **reconsideración expeditiva**.

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

Una apelación estándar generalmente se realiza dentro de los 30 días calendario o 7 días calendario para los medicamentos de la Parte B. Una apelación rápida generalmente se realiza dentro de las 72 horas.

- Si desea apelar una decisión que tomamos sobre la cobertura de la atención, usted o su médico deben decidir si necesita una *apelación rápida*. Si su médico nos informa que su salud requiere una *apelación rápida*, se la concederemos.
- Los requisitos para obtener una *apelación rápida* son los mismos que para obtener una *decisión rápida sobre la cobertura*, los cuales se detallan en la Sección 5.2 de este capítulo.

Paso 2: Solicite a nuestro plan una apelación o una apelación rápida.

- **Si solicita una apelación estándar, envíela por escrito.** El Capítulo 2 contiene la información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, preséntela por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 contiene la información de contacto.
- **Usted debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha indicada en el aviso escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta a la decisión sobre la cobertura. Si no cumple con este plazo y tiene un motivo válido para ello, explique el motivo del retraso en su apelación cuando la presente. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Entre los ejemplos de motivos válidos se incluyen una enfermedad grave que le haya impedido comunicarse con nosotros o que le hayamos proporcionado información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.

Capítulo 7: Si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

- **Puede solicitar una copia de la información relacionada con su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.**

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

Cuando nuestro plan revisa su apelación, analizamos cuidadosamente toda la información y verificamos si cumplimos con todas las normas cuando rechazamos su solicitud.

Recopilaremos más información si es necesario y es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico.

Plazos para una apelación rápida

- Para las apelaciones rápidas debemos responderle **en un plazo de 72 horas después de que recibamos su apelación**. Le informaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud así lo requiere.
 - Si usted solicita una extensión o si necesitamos más información que podría beneficiarle, **podemos extender el plazo hasta 14 días calendario más** si su solicitud es sobre un artículo o servicio médico. Si extendemos el plazo, se lo informaremos por escrito. No podemos extender el plazo si su solicitud es sobre un medicamento de la Parte B.
 - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas (o al final del periodo extendido si extendimos el plazo), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. En la Sección 5.4 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o a la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o proveer la cobertura acordada en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a una parte o a la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos nuestra decisión por escrito y remitiremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación estándar

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos comunicarle nuestra respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de recibir su apelación. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B que aún no recibió, le daremos nuestra respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si su estado de salud así lo requiere.
 - Sin embargo, si usted solicita una extensión o si necesitamos más información que podría beneficiarle, **podemos extender el plazo hasta 14 días calendario más** si su solicitud es sobre un artículo o servicio médico. Si extendemos el plazo, se lo informaremos por escrito. No podemos extender el plazo para tomar una decisión si su solicitud es sobre un medicamento de la Parte B.
 - Si usted considera que no deberíamos extender el plazo, puede presentar una *queja rápida*. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas. (Consulte la Sección 9 para obtener información sobre las quejas).
 - Si no le damos una respuesta antes de la fecha límite (o antes de que finalice el plazo extendido) enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2, donde una organización de revisión independiente la revisará. En la Sección 5.4 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.

Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o a la totalidad de lo que solicitó, debemos autorizar o proveer la cobertura en un plazo de **30 días calendario** si su solicitud es sobre un artículo o servicio médico, o **en un plazo de 7 días calendario** si su solicitud es sobre un medicamento de la Parte B.

Capítulo 7: Si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

Si nuestro plan responde negativamente a una parte o a la totalidad de su apelación, enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Sección 5.4 El proceso de apelación de Nivel 2**Término legal:**

El nombre formal de la *organización de revisión independiente* es **Entidad de Revisión Independiente**. En ocasiones también se le llama **IRE**.

La **organización de revisión independiente es una organización independiente que Medicare contrata**. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o si debería cambiarse, y su trabajo está bajo la supervisión de Medicare.

Paso 1: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

- Nosotros enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina **expediente del caso**. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su expediente del caso**.
- Tiene derecho a brindar información adicional a la organización de revisión independiente para respaldar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Si tuvo una apelación rápida en el Nivel 1, también tendrá una apelación rápida en el Nivel 2

- En el caso de una apelación *rápida*, la organización de revisión independiente deberá responder a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** a partir del momento en que la reciba.
- Si su solicitud es sobre un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita reunir más información que podría beneficiarle, **puede tomarse hasta 14 días calendario más**. La organización de revisión independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es sobre un medicamento de la Parte B.

Si tuvo una apelación estándar en el Nivel 1, también tendrá una apelación estándar en el Nivel 2

- En el caso de una apelación estándar, si su solicitud es sobre un artículo o servicio médico, la organización de revisión independiente deberá responder a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 30 días calendario** a partir del momento en que recibe su apelación. Si la solicitud es sobre un medicamento de la Parte B, la organización de revisión independiente deberá responder a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** a partir del momento en que recibe la apelación.
- Si su solicitud es sobre un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita reunir más información que podría beneficiarle, **puede tomarse hasta 14 días calendario más**. La organización de revisión independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es sobre un medicamento de la Parte B.

Paso 2: La organización de revisión independiente le informa su respuesta.

La organización de revisión independiente le informará su decisión por escrito junto con los motivos que la justifican.

Capítulo 7: Si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

- **Si la organización de revisión independiente responde afirmativamente a una parte o a la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de la atención médica en un plazo de 72 horas o proveer el servicio en un plazo de 14 días calendario después de recibir la decisión de la organización de revisión independiente para las solicitudes estándar. Para las solicitudes expeditivas, tenemos 72 horas a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si la organización de revisión responde afirmativamente a una parte o a la totalidad de una solicitud de un medicamento de la Parte B**, debemos autorizar o proveer el medicamento recetado de la Parte B en un plazo de **72 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándar**. En el caso de las **solicitudes expeditivas**, tenemos **24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si esta organización responde negativamente a una parte o la totalidad de su apelación**, significa que está de acuerdo con nosotros en que su solicitud de cobertura para atención médica (o parte de ella) no debe aprobarse. (Esto se denomina **confirmar la decisión o rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta con el siguiente contenido:
 - Una explicación de su decisión.
 - Información sobre su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica alcanza un mínimo determinado. El aviso escrito que reciba de la organización de revisión independiente le comunicará el valor en dólares que debe cubrir para continuar con el proceso de apelaciones.
 - Información sobre cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, puede decidir si desea continuar con su apelación.

Existen 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de 5 niveles de apelaciones). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo proceder se encuentran en el aviso escrito que recibió después de su apelación de Nivel 2.

La apelación de Nivel 3 está a cargo de un juez de derecho administrativo o un abogado mediador. En la Sección 8 se explican los procesos de apelaciones del Nivel 3, 4 y 5.

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

En el Capítulo 5 se describe en qué casos puede ser necesario solicitar un reembolso o el pago de una factura que haya recibido de un proveedor. También se explica cómo enviarnos la documentación para solicitarnos el pago.

Cuando solicita un reembolso, está solicitando una decisión sobre la cobertura

Si nos envía la documentación para solicitar el reembolso, está solicitando una decisión sobre la cobertura. Para tomar esta decisión, verificaremos si los servicios de atención médica que usted pagó están cubiertos. También verificaremos si usted cumplió con las normas para utilizar su cobertura de atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud:** si la atención médica está cubierta y usted cumplió con todas las normas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo, generalmente en un plazo máximo de entre 30 y 60 días calendario después de recibir su solicitud. Si no pagó por la atención médica, enviaremos el pago directamente al proveedor.

Capítulo 7: Si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

- **Si rechazamos su solicitud:** si la atención médica *no* está cubierta, o usted *no* siguió todas las normas, no enviaremos el pago. En su lugar, enviaremos una carta en la que se le informará que no pagaremos la atención médica y los motivos por de nuestra decisión.

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

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

- Debemos darle nuestra respuesta dentro de los 60 días calendario de haber recibido su apelación. Si solicita un reintegro por atención médica que usted recibió y pagó, no podrá solicitar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decidió que debemos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago dentro de los 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es afirmativa en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviar el pago que ha solicitado a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 6 ¿Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si considera que se le está dando el alta demasiado pronto?

Cuando usted ingresa a un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos necesarios para el diagnóstico y el tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, el médico y el personal del hospital trabajarán con usted a fin de prepararle para el día en que reciba el alta. Ellos le ayudarán a coordinar la atención que pudiera necesitar después del alta.

- El día que usted se va del hospital se denomina **fecha de alta**.
- Una vez que se haya decidido su fecha de alta, su médico o el personal del hospital se la informarán.
- Si considera que le están dando de alta demasiado pronto, puede solicitar una hospitalización más prolongada y su solicitud se considerará.

Sección 6.1 Durante su hospitalización, usted recibirá un aviso por escrito de Medicare en el que se le informan sus derechos

En un plazo de 2 días calendario después de que le admitan en el hospital, se le entregará un aviso escrito titulado *Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas con cobertura de Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien del hospital (por ejemplo, un asistente social o un enfermero), solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 314-2427 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

1. Lea este aviso detenidamente y haga preguntas si no lo entiende. En él se indica lo siguiente:

- Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo ordene su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son los servicios, quién los pagará y dónde los puede recibir.
- Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización.

Capítulo 7: Si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

- Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
 - Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión sobre su alta si considera que le están dando el alta del hospital demasiado pronto. Esta es una manera formal y legal de solicitar que se atrase su fecha de alta, por lo que cubriremos la atención hospitalaria por más tiempo.
- 2. Se le pedirá que firme el aviso escrito para constatar que lo recibió y que comprende sus derechos.**
- Se le pedirá a usted o alguien que actúe en su nombre que firme el aviso.
 - Firmarlo demuestra *únicamente* que recibió la información acerca de sus derechos. En el aviso no se indica su fecha de alta. Firmarlo **no significa** que esté de acuerdo con una fecha de alta.
- 3. Conserve una copia** del aviso firmado para tener la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud sobre la calidad de la atención) si la necesita.
- Si firma el aviso con más de 2 días calendario de antelación a la fecha del alta, recibirá otra copia antes de la fecha de alta programada.
 - Para ver una copia de este aviso por anticipado, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 314-2427 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede conseguir el aviso en línea en www.CMS.gov/Medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im.

Sección 6.2 ¿Cómo presentar una apelación de nivel 1 para modificar la fecha de alta del hospital?

Para pedirnos que cubramos sus servicios hospitalarios como paciente internado por más tiempo, use el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, debe conocer los pasos que debe seguir y los plazos:

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 314-2427 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede comunicarse con su Programa Estatal de Seguro Médico (SHIP) para recibir asistencia personalizada. La información de contacto del SHIP está disponible en el Capítulo 2, Sección 3.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización de Mejoramiento de Calidad revisa su apelación. Verifica si su fecha de alta prevista es adecuada desde el punto de vista médico.

La **Organización de Mejoramiento de Calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a quienes el gobierno federal les paga para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. Esto incluye la revisión de la fecha de alta hospitalaria de las personas con Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Comuníquese con la Organización de Mejoramiento de Calidad de su estado y solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria. Deberá actuar con rapidez.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- En el aviso escrito que recibió (*Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) se le indica cómo comunicarse con esta organización. (También puede buscar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización de Mejoramiento de Calidad de su estado en el Capítulo 2).

Actúe con rapidez:

Capítulo 7: Si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

- Para presentar su apelación, debe comunicarse con la Organización de Mejoramiento de Calidad *antes* de irse del hospital y **a más tardar a la medianoche del día de su alta**.
 - **Si cumple con este plazo**, puede permanecer en el hospital *después* de la fecha de alta *sin pagar nada* mientras espera la decisión de la Organización de Mejoramiento de Calidad.
 - **Si no cumple con este plazo**, comuníquese con nosotros. Si decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta programada, *es posible que deba pagar todos los costos* por la atención hospitalaria que reciba después de su fecha de alta programada.
- Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización de Mejoramiento de Calidad se comunicará con nosotros. A más tardar al mediodía del día después que nos contacten le daremos un **Aviso detallado de alta**. En este aviso se indica la fecha de alta prevista y se explican en detalle los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (médicamente adecuado) que le den el alta en esa fecha.
- Para obtener una muestra del **Aviso detallado sobre el alta**, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 314-2427 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). También puede obtener una muestra del aviso en línea en www.CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Paso 2: La Organización de Mejoramiento de Calidad hace una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización de Mejoramiento de Calidad (los *revisores*) le consultarán a usted (o a su representante) los motivos por los que considera que se debe prolongar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si quiere.
- Los revisores también analizarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que nosotros y el hospital les proporcionamos.
- Antes del mediodía del día siguiente a la fecha en que los revisores nos informaron sobre su apelación, usted recibirá un aviso escrito de nuestra parte en el que se indica la fecha de alta prevista. En este aviso también se explican en detalle los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (médicamente adecuado) que le den el alta en esa fecha.

Paso 3: En un plazo de un día completo después de haber recibido toda la información necesaria, la Organización de Mejoramiento de Calidad le informará la respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si se aprueba la apelación?

- Si la organización de revisión independiente *aprueba la apelación*, **debemos seguir brindándole los servicios hospitalarios cubiertos mientras sean médicamente necesarios**.
- Usted deberá seguir pagando su parte de los costos (como los deducibles o copagos, si corresponde). Además, pueden aplicarse límites a los servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si se rechaza la apelación?

- Si la organización de revisión independiente *rechaza la apelación*, significa que su fecha de alta prevista es adecuada desde el punto de vista médico. Si esto sucede, **nuestra cobertura de los servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará** al mediodía del día *siguiente* a la fecha en que la Organización de Mejoramiento de Calidad le dé una respuesta a su apelación.
- Si la organización de revisión independiente *rechaza la apelación* y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día siguiente a la fecha en que la Organización de Mejoramiento de Calidad le dé una respuesta a su apelación.

Capítulo 7: Si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

Paso 4: Si se rechaza su apelación de Nivel 1, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si la Organización de Mejoramiento de Calidad rechaza su apelación y usted continúa hospitalizado después de la fecha de alta programada, podrá presentar otra apelación. Si presenta otra apelación significa que pasará al *Nivel 2* del proceso de apelaciones.

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

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización de Mejoramiento de Calidad que analice nuevamente su decisión sobre la primera apelación. Si la Organización de Mejoramiento de Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, deberá pagar el costo total de los días de hospitalización posteriores a la fecha de alta programada.

Paso 1: Comuníquese con la Organización de Mejoramiento de Calidad y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización de Mejoramiento de Calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Solo puede solicitar esta revisión si permanece en el hospital después de la fecha en que finalizó la cobertura de la atención.

Paso 2: La Organización de Mejoramiento de Calidad hace una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización de Mejoramiento de Calidad volverán a analizar cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días calendario después de la recepción de su solicitud de apelación de Nivel 2, los revisores tomarán una decisión con respecto a su apelación y se la informarán.**Si la organización de revisión independiente acepta su apelación:**

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que usted recibió a partir del mediodía del día posterior a la fecha en que la Organización de Mejoramiento de Calidad rechazó su primera apelación. **Debemos continuar brindando cobertura para su atención hospitalaria para pacientes internados mientras sea médicamente necesaria.**

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

Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación:

- Esto significa que ellos están de acuerdo con la decisión que tomaron con respecto a su apelación de Nivel 1. Esto se denomina "*confirmar la decisión*".
- En el aviso que usted reciba se le indicará, por escrito, lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si se rechaza la apelación, debe decidir si continuará su apelación en el Nivel 3.

- Existen 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de 5 niveles de apelaciones). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo proceder se encuentran en el aviso escrito que recibió después de la decisión de la apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 está a cargo de un juez de derecho administrativo o un abogado 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: Si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)**SECCIÓN 7 ¿Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que la cobertura finaliza demasiado pronto?**

Cuando recibe **servicios cubiertos de atención médica domiciliaria, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (centro de rehabilitación integral ambulatoria)**, tiene el derecho de continuar recibiendo sus servicios por ese tipo de atención durante el tiempo necesario para realizar el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es momento de finalizar la cobertura para cualquiera de los 3 tipos de atención que usted recibe, debemos informarle por anticipado. Cuando finalice su cobertura por esa atención, *dejaremos de pagar nuestra parte de los costos por su atención.*

Si cree que estamos terminando la cobertura de su atención médica demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. En esta sección, se explica cómo solicitar una apelación.

Sección 7.1 Le informaremos por anticipado cuándo termina su cobertura**Término legal:**

Aviso de no cobertura de Medicare. En este documento se explica cómo debe proceder para solicitar una **apelación por vía rápida**. Solicitar una apelación por vía rápida es una manera formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión sobre la cobertura que determina cuándo finalizará su atención.

- 1. Usted recibe un aviso escrito** al menos 2 días calendario antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. En el aviso se indica lo siguiente:
 - La fecha en la que finalizaremos la cobertura de su atención.
 - Cómo solicitar una *apelación por vía rápida* para solicitar que continuemos cubriendo su atención durante un periodo más prolongado.
- 2. Le pediremos a usted o a la persona que actúe en su nombre que firme el aviso escrito para indicar que lo recibió.** Si firma el aviso, *solo* demuestra que recibió la información sobre la finalización de su cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con la decisión de nuestro plan de suspender la atención.

Sección 7.2 ¿Cómo presentar una apelación de nivel 1 para que el plan cubra su atención por más tiempo?

Si desea solicitarnos que prolonguemos la cobertura de su atención, deberá recurrir al proceso de apelaciones para hacer esta solicitud. Antes de comenzar, debe conocer los pasos que debe seguir y los plazos correspondientes.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 314-2427 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede comunicarse con su Programa Estatal de Seguro Médico (SHIP) para recibir asistencia personalizada. La información de contacto del SHIP está disponible en el Capítulo 2, Sección 3.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización de Mejoramiento de Calidad revisa su apelación. Esta organización decide si la fecha de finalización de su atención es adecuada desde el punto de vista médico. La

Capítulo 7: Si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

Organización de Mejoramiento de Calidad es un grupo de médicos y otros expertos de atención médica a quienes el gobierno federal les paga para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan con respecto a cuándo es el momento de dejar de cubrir determinados 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 Mejoramiento de Calidad y solicite una apelación por vía rápida. Deberá actuar con rapidez.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- En el aviso escrito que recibió (*Aviso de no cobertura de Medicare*) se le indica cómo comunicarse con esta organización. (También puede buscar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización de Mejoramiento de Calidad de su estado en el Capítulo 2).

Actúe con rapidez:

- Para iniciar su apelación, usted debe comunicarse con la Organización de Mejoramiento de Calidad **a más tardar al mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigor** indicada en el Aviso de no cobertura de Medicare.
- Si no cumplió con el plazo y quiere presentar una apelación, aún tiene derecho a hacerlo. Comuníquese con la Organización de Mejoramiento de Calidad a través de la información de contacto que figura en el Aviso de no cobertura de Medicare. El nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización de Mejoramiento de Calidad correspondiente a su estado también se pueden encontrar en el Capítulo 2.

Paso 2: la Organización de Mejoramiento de Calidad hace una revisión independiente de su caso.

Término legal:

Explicación detallada de la finalización de la cobertura. Se trata de un aviso en el que se detallan los motivos de la finalización de la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización de Mejoramiento de Calidad (los *revisores*) le consultarán a usted, o a su representante, los motivos por los que considera que se debe prolongar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si quiere.
- La organización de revisión independiente también analizará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que le facilita nuestro plan.
- Para el final del día en que los revisores nos comuniquen su apelación, usted recibirá la Explicación detallada de no cobertura, en la que le explicaremos en detalle nuestros motivos para finalizar la cobertura de sus servicios.

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

¿Qué sucede si los revisores aprueban su apelación?

- Si los revisores *aprueban* su apelación, **debemos seguir brindándole los servicios cubiertos mientras sea necesario por razones médicas.**
- Usted deberá seguir pagando su parte de los costos (como los deducibles o copagos, si corresponde). Pueden aplicarse límites a los servicios cubiertos.

Capítulo 7: Si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores *rechazan* su solicitud, **su cobertura finalizará en la fecha que le hemos indicado.**
- Si decide seguir recibiendo la atención médica domiciliaria, la atención en un centro de enfermería especializada o los servicios en un centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF) *después* de la fecha en la que finaliza su cobertura, **deberá pagar el costo total** de dicha atención.

Paso 4: Si se rechaza su apelación de Nivel 1, debe decidir si desea presentar otra apelación.

- Si los revisores *rechazan* su apelación de Nivel 1 y usted opta por continuar recibiendo atención médica después de que haya finalizado su cobertura, podrá presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 7.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización de Mejoramiento de Calidad que revise nuevamente la decisión que tomó respecto de la primera apelación. Si la Organización de Mejoramiento de Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que usted deba pagar el costo total de los servicios de atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o atención en un centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF) que reciba *después* de la fecha en que indicamos que finalizaría su cobertura.

Paso 1: Comuníquese con la Organización de Mejoramiento de Calidad y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después de la fecha en que la Organización de Mejoramiento de Calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Solo puede solicitar esta revisión si continuó recibiendo atención después de la fecha en que finalizó su cobertura para dicha atención.

Paso 2: La Organización de Mejoramiento de Calidad hace una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización de Mejoramiento de Calidad volverán a analizar cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

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

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención que recibió desde la fecha en que le indicamos que su cobertura finalizaría. **Debemos seguir proporcionando cobertura** para la atención médica durante todo el tiempo que sea médicamente necesaria.
- Usted debe seguir pagando su parte de los costos y se podrían aplicar límites a la cobertura.

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

- Esto significa que ellos están de acuerdo con la decisión que tomaron con respecto a su apelación de Nivel 1.
- En el aviso que usted reciba se le indicará, por escrito, lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. En este documento, encontrará información detallada sobre cómo continuar al siguiente nivel de apelación, que está a cargo de un juez de derecho administrativo o un abogado mediador.

Capítulo 7: Si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

Paso 4: Si se rechaza su apelación, debe decidir si desea continuar con su apelación.

- Existen 3 niveles adicionales de apelación después del Nivel 2 (para un total de 5 niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo proceder se encuentran en el aviso escrito que recibió después de la decisión de la apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 está a cargo de un juez de derecho administrativo o un abogado mediador. En la Sección 8 de este capítulo se brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo llevar su apelación al Nivel 3, 4 y 5

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

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

Si el valor dólar del producto o servicio médico que apeló alcanza ciertos niveles mínimos, podrá recurrir a otros niveles de apelación. Si el valor dólar es inferior al nivel mínimo, no podrá presentar más apelaciones. En la respuesta escrita que reciba a su apelación de Nivel 2 se le explicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de los casos que implican apelaciones, los últimos 3 niveles de apelación funcionan de manera muy similar a los dos primeros niveles. A continuación se indica quién se ocupa de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3

Un **juez de derecho administrativo** o un abogado mediador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez de derecho administrativo o el abogado mediador aceptan su apelación, el proceso de apelaciones puede o no haber finalizado.** A diferencia de una decisión de apelación de Nivel 2, tenemos el derecho de apelar una decisión del Nivel 3 que sea favorable para usted. Si decidimos apelar, se avanzará a una apelación de Nivel 4.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proveer la atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del juez de derecho administrativo o del abogado mediador.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 acompañada de los documentos correspondientes. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proveer la atención médica en disputa.
- **Si el juez administrativo o el abogado mediador 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 finaliza.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba, se le indicará qué debe hacer para pasar a una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (Consejo) revisará la apelación y le informará su respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

Capítulo 7: Si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

- **Si se aprueba la apelación, o si el Consejo rechaza nuestra solicitud para la revisión de una decisión favorable de una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones puede o no haber finalizado.** A diferencia de una decisión de Nivel 2, tenemos el derecho de apelar una decisión del Nivel 4 que sea favorable para usted. Decidiremos si apelamos esta decisión al Nivel 5.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proveer la atención médica dentro de los 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, le informaremos por escrito.
- **Si se rechaza la apelación, o si el Consejo rechaza nuestra solicitud para la revisión, el proceso de apelaciones puede o no haber terminado.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es probable que pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le informará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo continuar con esta apelación.

Apelación de Nivel 5

Un juez del **Tribunal del Distrito Federal** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *se acepta* o *no se acepta* su solicitud. Esta respuesta es definitiva. No existen más niveles de apelación después del Tribunal de Distrito Federal.

Cómo presentar quejas

SECCIÓN 9 ¿Cómo presentar un reclamo por la calidad de la atención, tiempos de espera, el servicio de atención al cliente u otras inquietudes?

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

El proceso de quejas *solo* se usa para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. A continuación, se presentan ejemplos del tipo de problemas que se tratan en el proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de la atención médica	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No está conforme con la calidad de la atención que recibió (incluida la atención en el hospital)?
Respeto a su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, servicio al cliente deficiente u otros comportamientos negativos	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguna persona le ha tratado en forma grosera o irrespetuosa? • ¿No está satisfecho con nuestro Departamento de Servicios para Miembros? • ¿Siente que le han insinuado que debe dejar el plan?
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Tiene problemas para concertar una cita o tiene que esperar demasiado tiempo para conseguirla?

Capítulo 7: Si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

Queja	Ejemplo
	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud le han hecho esperar demasiado tiempo? ¿Nuestro Departamento de Servicios para Miembros u otro personal de nuestro plan médico le ha hecho esperar demasiado tiempo? <ul style="list-style-type: none"> ◦ Los siguientes son algunos ejemplos: esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera o en la sala exámenes médicos o esperar demasiado para adquirir un medicamento recetado.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No está conforme con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o la oficina del médico?
Información que recibe de nosotros	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No le enviamos un aviso obligatorio? • ¿Nuestra información escrita es difícil de entender?
Puntualidad (Estos tipos de quejas están vinculados con la <i>puntualidad</i> de nuestras acciones relacionadas con las decisiones de cobertura y apelaciones)	<p>Si solicitó una decisión sobre la cobertura o presentó una apelación y cree que no respondemos lo suficientemente rápido, puede presentar una queja por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si nos solicitó una <i>decisión rápida sobre la cobertura o una apelación rápida</i> y nuestra respuesta fue negativa, puede presentar una queja. • Si cree que no estamos cumpliendo con los plazos de las decisiones de cobertura o de las apelaciones, puede presentar una queja. • Si cree que no estamos cumpliendo con los plazos para cubrir o reembolsarle ciertos artículos/servicios médicos o medicamentos que fueron aprobados, puede presentar una queja. • Si considera que no hemos cumplido con los plazos requeridos para remitir su caso a la organización de revisión independiente, puede presentar una queja.

Sección 9.2 ¿Cómo presentar una queja?**Términos legales:**

- Una **queja** también se denomina **reclamo formal**.
- **Presentar una queja** se llama **presentar un reclamo formal**.
- **Utilizar el proceso para quejas** se denomina **utilizar el proceso para presentar un reclamo formal**.
- Una **queja rápida** también se llama **reclamo formal expeditivo**.

Paso 1: comuníquese inmediatamente con nosotros por teléfono o por escrito.

- Llamar al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 314-2427 (**los usuarios de TTY deben llamar al 711**) suele ser **el primer paso**. Si hay algo más que deba hacer, el Departamento de Servicios para Miembros se lo hará saber.

Capítulo 7: Si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó conforme), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si redacta su queja por escrito, responderemos por el mismo medio.
- Debe presentar la queja en un plazo de 60 días a partir del evento o incidente. Incluya en la carta nombres, fechas y una descripción completa de su problema. Debemos abordar su queja tan pronto como lo exija su caso según su estado de salud, pero a más tardar 30 días después de haber recibido la queja. Podemos extender el plazo hasta un máximo de 14 días si usted solicita la prórroga o si necesitamos más información y la demora es en su beneficio. Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud de una “decisión rápida sobre la cobertura” o una “apelación rápida”, consideraremos esto como una “queja rápida” y le daremos una respuesta dentro de 24 horas.
- El **plazo** para presentar una queja es de **60 días calendario** desde el momento en que tuvo el problema por el que desea reclamar.

Paso 2: analizamos su queja y le damos nuestra respuesta.

- **Si es posible, le contestaremos a la brevedad.** Si nos llama por una queja, podremos darle una respuesta durante el mismo llamado.
- **La mayoría de las quejas se responden en el plazo de 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es en beneficio suyo o si usted pide una extensión, **podemos demorar hasta 14 días calendario más** (44 días calendario en total) para responder a su queja. Si decidimos tomarnos más días, se lo informaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud de una decisión rápida sobre la cobertura o una apelación rápida, le otorgaremos automáticamente una queja rápida.** Si tiene una *queja rápida*, significa que le daremos **una respuesta dentro de las 24 horas**.
- **Si no estamos de acuerdo** con una parte o la totalidad de su queja, o si no nos hacemos responsables del problema que es motivo de su queja, incluiremos nuestras razones cuando le comuniquemos la respuesta.

Sección 9.3 También puede presentar quejas por la calidad de la atención ante la Organización de Mejoramiento de Calidad

Cuando su queja se refiere a la *calidad de la atención*, también tiene otras 2 opciones:

- **Puede presentar su queja directamente ante la Organización de Mejoramiento de Calidad.** La Organización de Mejoramiento de Calidad es un grupo de médicos especializados y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga para que controlen y ayuden a mejorar la atención médica que reciben los pacientes de Medicare. En el Capítulo 2 encontrará la información de contacto.

o

- **Puede presentar su queja ante la Organización de Mejoramiento de Calidad y ante el plan al mismo tiempo.**

Sección 9.4 También puede informarle su queja a Medicare

Puede presentar una queja sobre Central Health Valor Care Plan (HMO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, visite www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

Capítulo 8: Finalización de membresía en el plan

CAPÍTULO 8:

Finalización de membresía en el plan

SECCIÓN 1 Finalización de su membresía en nuestro plan

La finalización de su membresía en Central Health Valor Care Plan (HMO) puede ser **voluntaria** (su propia decisión) o **involuntaria** (no es su propia decisión):

- Puede abandonar nuestro plan porque ha decidido que *desea* retirarse. En las Secciones 2 y 3 encontrará información sobre cómo finalizar su membresía de forma voluntaria.
- También hay situaciones limitadas en las que se nos exige que finalicemos su membresía. En la Sección 5 se explican las situaciones en las que debemos finalizar su membresía.

Si abandona nuestro plan, este deberá seguir proporcionándole atención médica y usted seguirá pagando su parte de los costos hasta que finalice su membresía.

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

Sección 2.1 Usted puede finalizar su membresía durante el Periodo de Inscripción Abierta

Usted puede finalizar su membresía en nuestro plan durante el **periodo de inscripción abierta** cada año. Durante este tiempo, revise su cobertura médica y de medicamentos y tome una decisión sobre su cobertura para el siguiente año.

- El **periodo de inscripción abierta** es del **15 de octubre al 7 de diciembre**.
- **Decida si desea conservar su cobertura actual o realizar cambios en ella para el próximo año.** Si decide cambiar a un nuevo plan, podrá elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan médico de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos recetados,
 - Medicare Original *con* un plan de medicamentos de Medicare por separado,
 - Medicare Original *sin* un plan de medicamentos de Medicare por separado.
- **Su membresía en nuestro plan finalizará** cuando la cobertura de su nuevo plan entre en vigencia el 1 de enero.

Sección 2.2 Puede finalizar su membresía durante el Periodo de Inscripción Abierta de Medicare Advantage

Usted puede hacer *un* cambio en su cobertura médica durante el **periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage** cada año.

- El **periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage** es del 1 de enero al 31 de marzo y, para los nuevos beneficiarios de Medicare inscritos en un plan de MA, desde el mes en que adquieren derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del tercer mes posterior a la adquisición del derecho.

Capítulo 8: Finalización de membresía en el plan

- **Durante el periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage**, usted puede hacer lo siguiente:
 - Cambiar a otro plan de Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos.
 - Anular su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Medicare Original. Si cambia a Medicare Original durante este periodo, también puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare en ese momento.
- **Su membresía finalizará** el primer día del mes después de que se inscriba en un plan de Medicare Advantage diferente o recibamos su solicitud para cambiar a Medicare Original. Si también decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes siguiente a la recepción de su solicitud de inscripción por parte del plan de medicamentos.

Sección 2.3 En determinadas situaciones, usted puede finalizar su membresía en un Periodo de Inscripción Especial

En determinadas situaciones, los miembros de Central Health Valor Care Plan (HMO) pueden ser elegibles para finalizar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **periodo de inscripción especial**.

Usted puede ser elegible para finalizar su membresía durante un periodo de inscripción especial si se produce alguna de las siguientes situaciones. Estos son solo ejemplos. Para obtener una lista completa, puede comunicarse con nuestro plan, llamar a Medicare o visitar www.Medicare.gov.

- Por lo general, cuando se muda.
- Si tiene Medicaid de Medi-Cal
- Si incumplimos nuestro contrato con usted.
- Si recibe atención en una institución, como una residencia para ancianos o un hospital de atención de largo plazo (LTC).
- Si se inscribe en el Programa de Atención Integral para Personas Mayores (PACE).

Los periodos de inscripción varían según su situación.

Si desea saber si es elegible para un periodo de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si usted es elegible para finalizar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura médica de Medicare como su cobertura de medicamentos recetados. Puede elegir:

- Otro plan médico de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos recetados.
- Medicare Original *con* un plan de medicamentos de Medicare por separado.
- Medicare Original *sin* un plan de medicamentos de Medicare por separado.

Su membresía generalmente finalizará el primer día del mes después de que hayamos recibido su solicitud para cambiar de plan.

Sección 2.4 Obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía

Si tiene alguna pregunta sobre cómo finalizar su membresía, puede hacer lo siguiente:

- **Llame al Departamento de Servicios para Miembros al** (866) 314-2427 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).
- Busque la información en el manual **Medicare y Usted 2026**.

Capítulo 8: Finalización de membresía en el plan

- Llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227); los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 Cómo finalizar su membresía en nuestro plan

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

Para cambiarse de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
<ul style="list-style-type: none"> • Otro plan médico de Medicare 	<ul style="list-style-type: none"> • Inscríbase en el nuevo plan médico de Medicare. • Su inscripción en Central Health Valor Care Plan (HMO) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
<ul style="list-style-type: none"> • Medicare Original <i>con</i> un plan de medicamentos de Medicare por separado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. • Su inscripción en Central Health Valor Care Plan (HMO) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
<ul style="list-style-type: none"> • Medicare Original <i>sin</i> un plan de medicamentos de Medicare por separado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 314-2427 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). • También puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicitar que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Su inscripción en Central Health Valor Care Plan (HMO) se cancelará cuando comience su cobertura en Medicare Original.

Nota: Si también tiene cobertura acreditable de medicamentos recetados (p. ej., un plan de medicamentos de Medicare por separado) y la cancela, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare posteriormente, después de haber estado sin cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 días consecutivos o más.

SECCIÓN 4 Hasta que su membresía finalice, usted debe continuar recibiendo sus servicios y artículos médicos a través de nuestro plan

Hasta que finalice su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare, usted debe seguir recibiendo sus artículos y servicios médicos a través de nuestro plan.

- **Siga utilizando los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.**
- **Si está hospitalizado el día en que finaliza su membresía, la hospitalización estará cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta** (incluso si recibe el alta después de que comience su nueva cobertura médica).

Capítulo 8: Finalización de membresía en el plan

SECCIÓN 5 Central Health Valor Care Plan (HMO) debe finalizar la membresía en el plan en ciertas situaciones

Central Health Valor Care Plan (HMO) debe finalizar su membresía en nuestro plan si ocurre alguna de las siguientes situaciones:

- Si ya no cuenta con Medicare Part A ni Part B.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de 6 meses.
 - Si se muda o hace un viaje largo, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 314-2427 (*los usuarios de TTY deben llamar al 711*) para averiguar si el lugar al que se muda o viaja está dentro del área de nuestro plan.
- Si le encarcelan (va a prisión).
- Si ya no es ciudadano de los Estados Unidos o residente legal.
- Si nos da intencionalmente información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para participar en nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo sin primero obtener permiso de Medicare).
- Si se comporta continuamente de una manera disruptiva y nos dificulta brindarle atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo sin primero obtener permiso de Medicare).
- Si permite que otra persona use su tarjeta de membresía para obtener atención médica. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo sin primero obtener permiso de Medicare).
 - Si finalizamos su membresía por este motivo, Medicare puede hacer que el inspector general investigue su caso.

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cuándo podemos finalizar su membresía, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 314-2427 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 5.1 Nosotro no podemos pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud

Central Health Valor Care Plan (HMO) no puede solicitarle que abandone el plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debería hacer si sucede esto?

Si cree que se le ha pedido que abandone nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 5.2 Tiene derecho a presentar una queja si terminamos su membresía en nuestro plan

Si finalizamos su membresía en nuestro plan, debemos informarle por escrito nuestros motivos para hacerlo. También debemos explicarle cómo puede presentar un reclamo formal o una queja sobre nuestra decisión de finalizar su membresía.

Capítulo 9: Avisos legales

CAPÍTULO 9:

Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso de leyes aplicables

La ley principal que se aplica a este documento de *Evidencia de Cobertura* es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y los reglamentos creados bajo 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 usted vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, aunque las leyes no se incluyan ni se expliquen en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso de no discriminación

No discriminamos por motivos de raza, etnia, nacionalidad, color, religión, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que proveen planes de Medicare Advantage, como el nuestro, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, lo que incluye el Capítulo VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud y demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y todas las demás leyes y normas que se aplican por cualquier otro motivo.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes sobre discriminación o trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Department of Health and Human Services al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad. También puede consultar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Department of Health and Human Services en www.HHS.gov/ocr/index.html.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención médica, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 314-2427 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Si tiene alguna queja, por ejemplo, por un problema de accesibilidad en silla de ruedas, el Departamento de Servicios para Miembros puede ayudarle.

SECCIÓN 3 Aviso sobre sus derechos de subrogación para pagadores secundarios de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare para los cuales Medicare no es el pagador principal. De acuerdo con los reglamentos de los CMS en las secciones 422.108 y 423.462 del Título 42 del Código de Reglamentos Federales (CFR), Central Health Valor Care Plan (HMO), como organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce el Secretario según los reglamentos de los CMS en los subapartados B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las disposiciones establecidas en esta sección prevalecen sobre cualquier ley estatal.

Capítulo 10: Definiciones

CAPÍTULO 10: Definiciones

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

Apelación: lo que puede hacer si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar una solicitud de cobertura para servicios de atención médica o una solicitud de pago por servicios que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de cancelar los servicios que está recibiendo.

Facturación de saldo: cuando un proveedor (como un médico o un hospital) le factura a un paciente un monto mayor a la distribución de costos permitida de nuestro plan. Como miembro del plan Central Health Valor Care Plan (HMO), usted solo debe pagar los montos de distribución de costos de nuestro plan cuando obtiene servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores realicen **facturaciones de saldo** o que de otro modo le cobren más del monto de la distribución de costos que nuestro plan dice que usted debe pagar.

Periodo de beneficios: es la forma en la que tanto nuestro plan como Medicare Original miden el uso que usted hace de los servicios hospitalarios y de centros de enfermería especializada (SNF). Un periodo de beneficios comienza el día en que usted ingresa a un hospital o a un centro de enfermería especializada. El periodo de beneficios finaliza cuando se le da el alta. Si ingresa en un hospital o un centro de enfermería especializada una vez que ha finalizado un periodo de beneficios, comienza un nuevo periodo de beneficios. No hay un límite en la cantidad de periodos de beneficios.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): la agencia federal que administra Medicare.

Plan de Necesidades Especiales para Condiciones Crónicas (C-SNP): los C-SNP son Planes de Necesidades Especiales (SNP) que restringen la inscripción a personas elegibles para MA que tienen enfermedades graves y crónicas específicas.

Coseguro: monto que se le puede exigir que pague, expresado en forma de porcentaje (por ejemplo, el 20%), como su parte del costo de los servicios o medicamentos recetados después de pagar cualquier deducible.

Queja: el hecho de *presentar una queja* **se conoce formalmente como presentar un reclamo formal**. El proceso de quejas *solo* se usa para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También incluye las quejas si nuestro plan no cumple con los plazos estipulados en el proceso de apelación.

Centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF): un centro que provee principalmente servicios de rehabilitación a pacientes que tuvieron una enfermedad o lesión, como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, servicios de patología del habla y el lenguaje y servicios de evaluación del contexto familiar.

Copago: monto que debe pagar como parte del costo por servicios o suministros médicos, como una visita al médico, una visita a un centro hospitalario de atención ambulatoria o un medicamento recetado. El copago es un monto fijo (por ejemplo, \$10), no un porcentaje.

Capítulo 10: Definiciones

Distribución de costos: se refiere a los montos que un miembro debe pagar cuando recibe servicios. La distribución de costos incluye cualquier combinación de los siguientes 3 tipos de pagos: 1) todo deducible que un plan puede imponer antes de cubrir servicios; 2) todo monto fijo de *copago* que un plan exige cuando se obtiene un servicio específico; o 3) todo monto de *coseguro* (un porcentaje del monto total pagado por un servicio) que un plan exige cuando se obtiene un servicio específico.

Servicios cubiertos: el término que usamos para referirnos a todos los servicios y suministros de atención médica que están cubiertos por nuestro plan.

Cobertura de medicamentos recetados acreditable: cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que debe pagar, en promedio, al menos lo mismo que paga la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare. Generalmente, cuando los beneficiarios de este tipo de cobertura se vuelven elegibles para Medicare, pueden conservar esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más adelante en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Cuidados básicos: se trata de los cuidados personales que recibe en una residencia para ancianos, un centro para pacientes terminales u otro centro cuando no necesita atención médica especializada ni atención de enfermería especializada. Los cuidados básicos están a cargo de personas sin capacitación ni habilidades profesionales e incluyen la ayuda para actividades cotidianas como bañarse, vestirse, alimentarse, meterse a la cama y salir de ella o sentarse en una silla y pararse, desplazarse e ir al baño. También puede incluir el cuidado relacionado con la salud que la mayoría de las personas realizan por su cuenta, como ponerse gotas en los ojos. Medicare no cubre los cuidados básicos.

Deducible: el monto que debe pagar por atención médica antes de que nuestro plan pague.

Cancelar la inscripción o cancelación de la inscripción: el proceso de cancelar su membresía en el plan.

Plan de Necesidades Especiales para Personas con Doble Elegibilidad (D-SNP): en los D-SNP se inscribe a personas que tienen derecho tanto a Medicare (Título XVIII de la Ley del Seguro Social) como a la asistencia médica de un plan estatal conforme a Medicaid (Título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

Persona con doble elegibilidad: una persona que es elegible para la cobertura de Medicare y de Medicaid.

Equipo médico duradero (DME): ciertos equipos médicos que indicad su médico por motivos médicos. Entre ellos, se incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de voz, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital solicitadas por un proveedor para usar en el hogar.

Emergencia: una emergencia médica ocurre cuando usted u otra persona prudente no experta en medicina, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, considera que presenta síntomas que requieren atención médica inmediata para evitar el fallecimiento (y, en el caso de una mujer embarazada, la pérdida de un feto), la pérdida de una extremidad o de la función de una extremidad, o bien la pérdida o el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una condición médica que empeora rápidamente.

Atención de emergencia: servicios cubiertos que tienen las siguientes características: 1) están a cargo de un proveedor calificado para prestar servicios de emergencia y 2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia.

Evidencia de Cobertura (EOC) e información de divulgación: hace referencia a este documento, junto con el formulario de inscripción y cualquier otro anexo, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada,

Capítulo 10: Definiciones

en los que se explica su cobertura, nuestras responsabilidades, sus derechos y lo que debe hacer como miembro de nuestro plan.

Ayuda Extra (Extra Help): un programa de Medicare que ayuda a personas de ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como primas, deducibles y coseguro.

Reclamo formal: un tipo de queja que usted presenta sobre nuestro plan o los proveedores, incluidas las quejas por la calidad de la atención. Esto no incluye disputas por cobertura o pagos.

Asistente del servicio de atención médica domiciliaria: una persona que presta servicios para los que no se necesitan las habilidades de un miembro del personal de enfermería o terapeuta autorizado, como ayuda con el cuidado personal (por ejemplo, para bañarse, ir al baño, vestirse o hacer ejercicios que indican los médicos).

Centro de cuidados paliativos: un beneficio que le brinda tratamiento especial a un miembro con diagnóstico médico confirmado de enfermedad terminal, es decir, con una expectativa de vida de 6 meses o menos. Nuestro plan debe facilitarle una lista de centros de cuidados paliativos en su área geográfica. Si opta por un centro de cuidados paliativos y continúa pagando las primas, seguirá siendo miembro de nuestro plan. También seguirá teniendo derecho a todos los servicios necesarios por razones médicas, así como a los beneficios suplementarios que ofrecemos.

Hospitalización: sucede cuando se le admite formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque permanezca en el hospital durante toda la noche, es posible que se le considere un *paciente ambulatorio*.

Periodo de inscripción inicial: periodo en que puede inscribirse en Medicare Part A y Medicare Part B cuando es elegible para Medicare por primera vez. Si usted es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su periodo de inscripción inicial es el periodo de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluido el mes en que cumple 65 años, y finaliza 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): consulte la sección “Ayuda Extra (Extra Help)”.

Monto máximo de gastos de bolsillo: el monto máximo que pagará de su bolsillo durante el año calendario por los servicios cubiertos dentro de la red de la Parte A y la Parte B. Los montos que paga por las primas de Medicare Part A y Medicare Part B no cuentan para el cálculo del monto máximo de gastos de bolsillo.

Medicaid (o Medical Assistance): programa conjunto federal y estatal que ayuda a algunas personas con bajos ingresos y recursos limitados a pagar los costos médicos. Aunque los programas de Medicaid estatales varían, la mayoría de los costos de atención médica están cubiertos si usted reúne los requisitos para Medicare y para Medicaid.

Medicamento necesario: servicios, suministros o medicamentos que se necesitan para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición médica y cumplen con estándares aceptados de la práctica médica.

Medicare: el programa federal de seguro médico para personas mayores de 65 años, algunas personas menores de 65 años con determinadas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (generalmente aquellas personas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón).

Periodo de inscripción abierta en Medicare Advantage: el periodo desde el 1 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 Medicare Original. Si opta por cambiarse a Medicare Original durante este periodo, también puede inscribirse en un plan de medicamentos recetados

Capítulo 10: Definiciones

de Medicare en ese momento. El Periodo de inscripción abierta en Medicare Advantage también está disponible durante un plazo de 3 meses después de que una persona es elegible por primera vez para Medicare.

Plan Medicare Advantage (MA): también conocido como Medicare Part C. Es un plan que ofrece una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de Medicare Part A y Medicare Part B. Un plan Medicare Advantage puede ser (i) un plan HMO, (ii) un plan PPO, (iii) un Plan Privado de Pago por Servicio (PFFS) o (iv) un plan de Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos de Medicare (MSA). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Plan de Necesidades Especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen Medicare Part D (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se denominan **planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados**. Central Health Valor Care Plan (HMO) no ofrece cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por Medicare Part A y Medicare Part B. Todos los planes médicos de Medicare deben cubrir todos los servicios que cubren Medicare Part A y Medicare Part B. El término “servicios cubiertos por Medicare” no incluye los beneficios adicionales, como los dentales, de la vista o de la audición, que un plan Medicare Advantage puede ofrecer.

Plan médico de Medicare: un plan médico de Medicare que ofrece una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindar los beneficios de la Parte A y la Parte B a las personas que se inscriben en nuestro plan. El término incluye todos los planes Medicare Advantage, los Planes de Costos de Medicare, los Planes de Necesidades Especiales, los Programas de Demostración/Piloto y los Programas de Atención Integral para Personas Mayores (PACE).

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Medicare Part D): se trata de un seguro que le ayuda a pagar los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que Medicare Part A o Medicare Part B no cubren.

Póliza de Medigap (seguro suplementario de Medicare): el seguro suplementario de Medicare que venden las compañías de seguro privadas para cubrir los periodos sin cobertura de Medicare Original. Las pólizas de Medigap solo se aplican a Medicare Original (un Plan Medicare Advantage no es una póliza de Medigap).

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): una persona con Medicare que es elegible para recibir servicios cubiertos, que se inscribió en nuestro plan y cuya inscripción se confirmó mediante los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Departamento de Servicios para Miembros: un departamento de nuestro plan encargado de responder sus preguntas sobre membresía, beneficios, reclamos formales y apelaciones.

Proveedor de la red: “proveedor” es el término general que hace referencia a médicos, otros profesionales de atención médica, hospitales y otros centros de atención médica que cuentan con la autorización o la 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 el pago que les hacemos como el pago total y, en algunos casos, para coordinar y prestar servicios cubiertos a miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan **proveedores del plan**.

Periodo de inscripción abierta: el periodo del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año cuando los miembros pueden cambiar de plan médico o de medicamentos, o cambiarse a Medicare Original.

Determinación de la organización: una decisión que toma nuestro plan en cuanto a si se cubren los artículos o servicios o cuánto le corresponde pagar a usted por los artículos o servicios cubiertos. En este documento, las determinaciones de la organización se denominan *decisiones de cobertura*.

Capítulo 10: Definiciones

Medicare Original (Medicare tradicional o Medicare de Pago por Servicio): un plan que ofrece el gobierno y no un plan médico privado como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. En Medicare Original, los servicios de Medicare se cubren mediante el pago a los médicos, los hospitales y otros proveedores de atención médica según los montos establecidos por el Congreso. Puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. A usted le corresponde pagar el deducible. Medicare paga la parte del monto aprobado por Medicare y usted paga la parte que le corresponde. Medicare Original se compone de 2 partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todo 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 prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son aquellos que no forman parte del personal, la propiedad ni la gestión de nuestro plan.

Gastos de bolsillo: consulte la definición anterior de *distribución de costos*. El requisito de distribución de costos por el que un miembro debe pagar una parte de los servicios recibidos también se conoce como “requisito de gastos de bolsillo del miembro”.

Plan PACE: un plan del Programa de Atención Integral para Personas Mayores (PACE) en el que se combinan servicios médicos, sociales y de atención y acompañamiento a largo plazo (LTSS), y está destinado a ayudar a que personas débiles continúen siendo independientes y viviendo en su comunidad (en lugar de mudarse a una residencia para ancianos) el mayor tiempo posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben los beneficios de Medicare y Medicaid a través de nuestro plan.

Parte C: consulte el término Plan Medicare Advantage (MA).

Parte D: el programa voluntario de beneficios de medicamentos recetados de Medicare.

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO): un plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros por un monto de pago específico. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, ya sea que se reciban a través de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red. La distribución de costos del miembro generalmente será mayor cuando los beneficios del plan se obtengan a través de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual de gastos de bolsillo correspondientes a servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite mayor para el total combinado de sus gastos de bolsillo correspondientes a servicios tanto de proveedores de la red (preferidos) como fuera de la red (no preferidos).

Prima: el pago periódico que se hace a Medicare, a una compañía de seguro o a un plan médico por la cobertura de salud o de medicamentos recetados.

Servicios preventivos: atención médica para prevenir enfermedades o detectarlas en una etapa temprana, cuando es probable que el tratamiento sea más eficaz (por ejemplo, los servicios preventivos incluyen pruebas de Papanicolau, vacunas antigripales y mamografías de detección).

Médico de atención primaria (PCP): el médico u otro proveedor al que consulta primero para abordar la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes médicos de Medicare, debe consultar al proveedor de atención primaria antes de a cualquier otro proveedor de atención médica.

Autorización previa: aprobación anticipada para recibir servicios según criterios específicos. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa se indican en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4.

Dispositivos protésicos y ortopédicos: son dispositivos médicos que incluyen, entre otros, dispositivos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades y ojos artificiales; y dispositivos necesarios para

Capítulo 10: Definiciones

reemplazar una parte o una función interna del organismo, como suministros para ostomía y tratamiento nutricional enteral y parenteral.

Organización de Mejoramiento de Calidad (QIO): un grupo de médicos especializados y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga para que controlen y ayuden a mejorar la atención médica que reciben los pacientes de Medicare.

Remisión: una orden por escrito del médico de atención primaria para que visite a un especialista u obtenga ciertos servicios médicos. Sin una remisión, es posible que nuestro plan no pague los servicios de un especialista.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen atención de rehabilitación para pacientes internados, fisioterapia (ambulatoria), terapia del habla y del lenguaje y terapia ocupacional.

Área de servicio: un área geográfica en la que debe vivir para inscribirse en un determinado plan médico. En el caso de los planes que limitan la lista de médicos y hospitales a los que puede acudir, generalmente también se trata del área en la que puede obtener servicios de rutina (que no son de emergencia). Nuestro plan debe cancelar su inscripción si se muda permanentemente fuera del área de servicio del plan.

Atención en un centro de enfermería especializada (SNF): la atención de enfermería especializada y los servicios de rehabilitación que se reciben de manera continua, todos los días, en un centro enfermería especializada. Algunos ejemplos de atención incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo un miembro del personal de enfermería o un médico pueden administrar.

Periodo de inscripción especial: un periodo determinado durante el que los miembros pueden cambiarse de plan médico o de medicamentos o volver a Medicare Original. Los casos en los que usted puede ser elegible para un periodo de inscripción especial incluyen si se muda fuera del área de servicio, si se muda a una residencia para ancianos o si incumplimos nuestro contrato con usted.

Plan de Necesidades Especiales: un tipo especial de plan Medicare Advantage que brinda atención médica más enfocada a grupos de personas específicos, por ejemplo, quienes tienen Medicare y Medicaid, quienes viven en una residencia para ancianos o quienes tienen ciertas condiciones médicas crónicas.

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI): un beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados que tienen una discapacidad, ceguera o son mayores de 65 años. Los beneficios del SSI no son los mismos que los del Seguro Social.

Servicios requeridos urgentemente: un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata, pero que no es una emergencia, se considera un servicio requerido urgentemente si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si no es razonable, dado el momento, el lugar y las circunstancias en que se encuentra, recibir este servicio de proveedores de la red. Algunos ejemplos de servicios requeridos urgentemente son las enfermedades y lesiones médicas imprevistas o los brotes inesperados de condiciones existentes. No se considera que las visitas de rutina médicamente necesarias al proveedor (como los chequeos anuales) sean de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.

Información adicional importante sobre la atención médica y los recursos para miembros

- **Aviso de Disponibilidad (NOA): Servicios de asistencia lingüística**
- **Aviso de No Discriminación (NDN): Sección 1557**
- **Aviso de Prácticas de Privacidad (NPP)**

Aviso de no discriminación – Sección 1557

Central Health Plan



La discriminación es ilegal. Central Health Plan cumple con las leyes estatales y federales sobre derechos civiles. Central Health Plan no discrimina ilegalmente, excluye ni trata de manera diferente a las personas por motivos de sexo, raza, color, religión, ascendencia, nacionalidad, identificación con un grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, condición médica, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual.

Central Health Plan ofrece los siguientes servicios:

- Asistencia y servicios gratuitos y oportunos para personas con discapacidades a fin de ayudarlas a comunicarse mejor, tales como los siguientes:
 - Intérpretes calificados en lenguaje de señas
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Servicios de idiomas gratuitos y oportunos para personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como los siguientes:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Central Health Plan por teléfono al 1-866-314-2427, entre las 8 a.m. y las 8 p.m. Si no puede escuchar o hablar bien, llame al 711. Si lo solicita, podemos proporcionarle este documento en braille, letra grande, casete de audio o formato electrónico. Para obtener una copia en uno de estos formatos alternativos, llame o escriba a:

Central Health Plan
Civil Rights Coordinator
200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802

Por teléfono: 1-866-606-3889. Si no puede escuchar o hablar bien, llame al 711.

CÓMO PRESENTAR UN RECLAMO FORMAL

Si considera que Central Health Plan no prestó estos servicios o discriminó ilegalmente de otra manera por motivos de sexo, raza, color, religión, ascendencia, nacionalidad, identificación con un grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, condición médica, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual, puede presentar un reclamo formal ante el Coordinador de Derechos Civiles de Central Health Plan. El reclamo formal puede presentarse por teléfono, por escrito, en persona o de manera electrónica:

- **Por teléfono:** Comuníquese con el Coordinador de Derechos Civiles de Central Health Plan por teléfono al 1-866-606-3889, entre las 8:30 a.m. y las 5:30 p.m. O bien, si no puede escuchar o hablar bien, llame al 711.
- **Por escrito:** llene un formulario de queja o escriba una carta y envíela a la siguiente dirección:
Central Health Plan
Civil Rights Coordinator
200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802

- En persona: visite la oficina de su médico o de Central Health Plan e indique que desea presentar un reclamo formal.
- De manera electrónica: envíe un correo electrónico a CivilRights@MolinaHealthcare.com. También puede visitar el sitio web de Central Health Plan en MolinaHealthcare.Alertline.com.

OFICINA DE DERECHOS CIVILES – CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH CARE SERVICES

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del California Department of Health Care Services por teléfono, por escrito o de manera electrónica:

- **Por teléfono:** Llame al 916-440-7370. Si no puede hablar o escuchar bien, llame al 711 (Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones).
- **Por escrito:** llene un formulario de queja o envíe una carta a la siguiente dirección:
Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413
Sacramento, CA 95899-7413

Los formularios de queja están disponibles en DHCS.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

- **De manera electrónica:** envíe un correo electrónico a CivilRights@dhcs.ca.gov.

OFICINA DE DERECHOS CIVILES – U.S DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

Si usted cree que se le ha discriminado por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja sobre derechos civiles (reclamo formal) ante la Oficina de Derechos Civiles del U.S. Department of Health and Human Services, por teléfono, por escrito o de manera electrónica:

- **Por teléfono:** Llame al 1-800-368-1019. Si no puede hablar o escuchar bien, llame al TTY/TDD: 1-800-537-7697.
- **Por escrito:** llene un formulario de queja o envíe una carta a la siguiente dirección:
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

Los formularios de queja están disponibles en HHS.gov/ocr/office/file/index.html.

- **De manera electrónica:** visite el Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles en OCRportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf.

Notice of Availability

We offer free interpreter and translation services to help you understand your health or drug plan. This includes support from someone who speaks your language.

We also provide free aids and services—such as sign language interpreters and written materials in alternative formats—to ensure everyone can access the information they need. To request these services, please call Member Services at the number listed on your Member ID card.

English

ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call the Member Services number on the back of your ID card or speak to your provider.

Spanish

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos para asistirle en su idioma. También dispone de ayudas y servicios auxiliares gratuitos para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al número del Departamento de Servicios para Miembros que figura en el reverso de su tarjeta de identificación o hable con su proveedor.

Simplified Chinese

注意：如果您说中文，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 ID 卡背面的客户服务号码或咨询您的服务提供商。

Traditional Chinese

注意：如果您說台語，我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務，以無障礙格式提供資訊。請撥打您 ID 卡背面的會員服務部電話號碼或諮詢您的服務提供者。

Russian

ВНИМАНИЕ! Если вы говорите на русском, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также бесплатны. Позвоните по номеру службы поддержки клиентов, указанному на обратной стороне вашей идентификационной карты, или обратитесь к своему поставщику услуг.

Haitian Creole

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd aladispozisyon w gratis pou lang ou pale a. Èd ak sèvis siplemantè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòm aksèsib yo disponib gratis tou. Rele nimewo Sèvis Manm ki sou do kat ID ou a oswa pale ak pwofesyonèl swen sante ou a.

Korean

주의:한국어를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. ID 카드 뒷면에 있는 회원 서비스 번호로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

Italian

ATTENZIONE: Se parla italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente strumenti ausiliari e servizi adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Si prega di contattare il numero del Servizio per i membri riportato sul retro della propria tessera identificativa o di rivolgersi al proprio fornitore.

Yiddish

אַכטונג: אויב איר רעדט יידיש, שפראך הילף סערוויסעס זענען בארעכטיגט פריי פאר דיר. פּאַסיקע אידס און באַדינונגס פֿאַר צושטעלן אינפֿאָרמאַציע אין צוטריטלעך פֿאַרמאַטירונגען זענען אויך פריי בנימצא. רופט דעם מיטגליד באַדינען נומער אין קריק פֿון דיין ID קאַרטל אָדער רעדט מיט דיין צושטעלער.

Bengali

মনোযোগ দিন: যদি আপনি বাংলা বলেন, তাহলে আপনার জন্য বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবাদি উপলব্ধ রয়েছে। অ্যাক্সেসযোগ্য ফরম্যাটে তথ্য প্রদানের জন্য উপযুক্ত সহায়ক সহযোগিতা এবং পরিষেবাদিও বিনামূল্যে উপলব্ধ রয়েছে। আপনার আইডি কার্ডের পিছনে থাকা সদস্য পরিষেবা নম্বরে কল করুন অথবা আপনার প্রদানকারীর সাথে কথা বলুন।

Polish

UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer Działu Obsługi Klienta podany na odwrocie Twojej karty identyfikacyjnej lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.

Arabic

تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، فسوف تكون خدمات المساعدة اللغوية متاحة لك مجانًا. كما تتوفر أدوات مساعدة وخدمات إضافية مناسبة لتوفير المعلومات بصيغ يمكن الوصول إليها من دون أية تكلفة. اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم المدون على ظهر بطاقة هويتك أو تحدث إلى مقدم الخدمات.

French

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés sont également mis à votre disposition gratuitement pour vous fournir les informations dans des formats accessibles. Appelez les Services aux adhérents au numéro figurant au dos de votre carte d'adhérent, ou adressez-vous à votre prestataire.

Urdu

اردو

توجہ فرمائیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے مفت لسانی خدمات دستیاب ہیں۔ قابل رسائی فارمیٹس میں معلومات فراہم کرنے کے لیے مناسب معاون امداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں۔ ممبر سروسز کو اپنے ID کارڈ کی پچھلی جانب موجود نمبر پر کال کریں یا اپنے فراہم کنندہ سے بات کریں۔

Tagalog

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyo ng tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga accessible na format. Tawagan ang numero ng Mga Serbisyo sa Miyembro sa likod ng ID card mo o makipag-usap sa iyong provider.

Greek

ΠΡΟΣΟΧΗ: Εάν μιλάτε Ελληνικά, υπάρχουν διαθέσιμες δωρεάν υπηρεσίες υποστήριξης στη συγκεκριμένη γλώσσα. Διατίθενται δωρεάν κατάλληλα βοηθήματα και υπηρεσίες για παροχή πληροφοριών σε προσβάσιμες μορφές. Καλέστε τον αριθμό των υπηρεσιών Μέλους που βρίσκεται στο πίσω μέρος της κάρτας αναγνωριστικού σας ή απευθυνθείτε στον πάροχό σας.

Albanian

VINI RE: Nëse flisni anglisht, shërbimet falas të ndihmës gjuhësore janë të disponueshme për ju. Gjithashtu, disponohen falas ndihma të përshtatshme dhe shërbime shtesë për të siguruar informacion në formate të aksesueshme. Telefononi Shërbimet ndaj Anëtarëve në numrin që ndodhet në pjesën e pasme të kartës suaj të identitetit ose flisni me ofruesin tuaj të shërbimit.

German

HINWEIS: Wenn Sie Sprache einfügen sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistentendienste zur Verfügung. Geeignete Hilfsmittel und Dienste für die Übermittlung von Informationen in zugänglicher Form sind ebenfalls kostenlos verfügbar. Rufen Sie die Nummer des Mitgliederservices auf der Rückseite Ihres Ausweises an oder sprechen Sie mit Ihrem Anbieter.

Pennsylvania Dutch

GEB ACHT: Wann du Pennsylvanisch Deitsch schwetzscht, Schprooch Hilfe Services sin meeglich mitaus Koscht. Appropriate Auxiliary Aids un Services un Services Information zu gewwe in helfreiche Formats sin aa meeglich mitaus Koscht. Ruf die Member Services Nummer uff die Rickseit vun dei ID Kaart odder Schwetz mit dei Provider.

Vietnamese

LƯU Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi có sẵn các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Ngoài ra, chúng tôi còn có các dịch vụ và phương tiện hỗ trợ khác phù hợp, hoàn toàn miễn phí để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ sử dụng. Vui lòng gọi đến số điện thoại của bộ phận Dịch vụ thành viên có trên mặt sau thẻ ID của quý vị để trao đổi với nhà cung cấp dịch vụ của quý vị.

Somali

FIIRO GAAR AH: Haddii aad ku hadasho Soomaali, adeegyada caawimaada luuqada oo bilaash ah ayaad heli kartaa. Agabka kaalmaatiga oo sax ah iyo adeegyada xogta ku bixiya qaab la heli karo ayaa sidoo kale lagu heli karaa lacag la'aan. Wac lambarka Adeegyada Macaamiisha ee ku qoran dhabarka danbe ee kaarkaaga aqoonsiga ama la hadal dhakhtarkaaga.

Japanese

注意：日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセス可能な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。IDカードの裏面にある会員サービス番号に電話するか、プロバイダーにご相談ください。

Ukrainian

УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, вам доступні безкоштовні мовні послуги. Відповідні допоміжні засоби й послуги з надання інформації в доступних форматах також пропонуються безкоштовно. Зателефонуйте на номер служби підтримки учасників, указаний на звороті вашого посвідчення особи, або зверніться до свого постачальника послуг.

Romanian

ATENȚIE: Dacă vorbiți română, aveți la dispoziție servicii gratuite de asistență lingvistică. Sunt disponibile gratuit ajutoare și servicii auxiliare adecvate pentru furnizarea informațiilor în formate accesibile. Contactați Serviciul pentru Membri la numărul de telefon înscris pe verso-ul cardului de identificare sau adresați-vă furnizorului dumneavoastră.

Amharic

ማስታወሻ፡ አማርኛ የምናገሩ ከሆነ፣ ነፃ የቋንቋ ድጋፍ አገልግሎቶች ለእርስዎ ይኖራል። እንዲሁም፣ በሚገኙ ቅርፀቶች መረጃ ለማቅረብ ተገቢ የመርጃ ድጋፎች እና አገልግሎቶች በነፃ ይኖራሉ። በID ካርድዎ ጀርባ ላይ ባለው የአባላት አገልግሎቶች ቁጥር ይደውሉ ወይም አቅራቢዎን ያነጋግሩ።

Thai

หมายเหตุ: หากคุณใช้ภาษาไทย เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาฟรี นอกจากนี้ ยังมีเครื่องมือและบริการช่วยเหลือเพื่อให้ข้อมูลในรูปแบบที่เข้าถึงได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โปรดติดต่อหมายเลขฝ่ายบริการสมาชิกที่ระบุไว้ด้านหลังบัตรประจำตัวของคุณหรือพูดคุยกับผู้ให้บริการของคุณ

Persian

توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، خدمات کمک زبانی به صورت رایگان در دسترس شماست. همچنین، خدمات و کمک های لازم برای ارائه اطلاعات به صورت های مختلف و قابل دسترسی، به صورت رایگان در اختیار شما قرار می گیرد. با شماره خدمات اعضا که پشت کارت شناسایی شما درج شده تماس بگیرید یا با ارائه دهنده خود صحبت کنید.

Samoan

FAAMATALAGA: Afai e te tautala faa-Samoa, o loo i ai gagana fesoasoani i gagana e Le tologia mo oe. Fesoasoani fa'aopopo talafeagai ma auunaga ina ia tuuina atu ai faamatalaga e maua i limits e faigofie ona maua o loo maua foi e le tologia. Vala'au le Auunaga a Sui Auai i le numera o i taua o lau ID card pe talanoa i lauvrautua.

Ilocano

PAKAAMMO: No agsasaoka iti Ilocano, magun-odam dagiti libre a serbisio ti tulong iti pagsasao. Libre met laeng a magun-odan dagiti maitutop a katulongan ken serbisio a mangipaay iti impormasion kadagiti format a nalaka a ma-access. Tawagam ti numero ti Serbisio para Kadagiti Miembro iti likudan ti ID card-mo wenno makisaritaka iti provider-mo.

Gujarati

ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો મફત ભાષાકીય સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. યોગ્ય ઓફિસવરી સહાય અને એક્સેસિબલ ફોર્મટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટેની સેવાઓ પણ વિના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. તમારા ID કાર્ડની પાછળ આપેલા સભ્ય સેવાઓ નંબર પર કોલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો.

Portuguese

ATENÇÃO: se fala português, tem à sua disposição serviços de assistência linguística gratuitos. Também estão disponíveis, de forma gratuita, ajudas e serviços auxiliares apropriados para fornecer informações em formatos acessíveis. Ligue para o número dos Serviços de apoio aos membros que se encontra no verso do seu cartão de identificação ou fale com o seu prestador de serviços de saúde.

Hindi

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। अपने ID कार्ड के पीछे दिए गए सदस्य सेवा नंबर पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

Nepali

सावधान: तपाईं नेपाली भाषा बोल्नुहुन्छ भने तपाईंका लागि निःशुल्क भाषिक सहायता सेवाहरू उपलब्ध छन्। पहुँचयोग्य ढाँचाहरूमा जानकारी प्रदान गर्न उपयुक्त सहायता र सेवाहरू पनि निःशुल्क उपलब्ध छन्। ID कार्डको पछाडिपट्टि लेखिएको Member Services नम्बरमा फोन गर्नुहोस्, नभए डाक्टरसँग कुरा गर्नुहोस्।

Yoruba

ÀKÍYÈSÍ: Bí o bá n sọ èdè Yorùbá, àwọn isẹ̀ irànlọ̀wọ̀ èdè ọ̀fẹ́ wà fún ọ. Àwọn ohun èlò irànlọ̀wọ̀ àti àwọn isẹ̀ tó yẹ láti pèsè àlàyé ní àwọn ọ̀nà tó rọ̀rùn ló wà lófẹ́ẹ́. Pe nọmbà Àwọn isẹ̀ Ọmọ egbé tó wà ní èyìn káàdì ìdánimò rẹ̀ tàbí bá olùpèsè rẹ̀ sọ̀rò.

Tamil

கவனிக்கவும்: நீங்கள் தமிழ் பேசுபவர் என்றால், உங்களுக்கு இலவச மொழி உதவிச் சேவைகள் கிடைக்கும். அணுகல் வசதிக் கேற்ற வடிவங்களில் தகவலை வழங்குவதற்கான தகுந்த, கூடுதல் உதவி அம்சங்களும் சேவைகளும் கூட கட்டணமின்றிக் கிடைக்கும். உங்கள் வழங்குநரிடம் பேச, உங்கள் ஐடி கார்டின் பின்பக்கமுள்ள உறுப்பினர் சேவை மைய எண்ணை அழைக்கவும்.

Navajo

SHOOH: Diné bizaad yiniłti', t'áá jii'ehgo saad bee áká'ánída'awo'ígíí t'áá hadoohkáát nihá kée' hólq. T'áá ajilii íiyisi át'éego nihá át'éego bee haz'ánígíí dóó t'áá ádáhodooníígíí biniiyé t'áá jíik'eh nihá kée' hólq Member Services béesh bee hane'í bikáá' dah naaznil doo ID card ni' dooleet ná'ádoolwołígíí bikáá' nihá át'é.

Shoshone

NENKAHI: Uuiss en taikw Sosohni, yu yowk taikwa tuwahntsawaiyn mahhpittsiyahnkkuuk en. To kwain tuwahntsawaiyn tes tuwahntsawaiyn uut uutinantuinkehn uukuup tsa taw natehpop suwait mampittsiyankunk yuyowk nai nimeht. Nimai suun suhmah tuwahntsawaiyn tetehtsep piinak tehpop en nuwaiyn en taikw uhmah natsu tainepeh tes waipéh.

Choctaw

KULLÓSHI: Chi Chahta anumpa ish anumpuli hosh, aiittola towa la hosh chi chiahullo li. Himona, achukma ut ish anumpuli hinla ia, il im anumpuli holisso kapvchi shulush isht ia, towa la hosh chi. Chi ID holisso okpulo bok aiittola na isht ia hosh pisa, il chi isht ia isht iachi pisa.

AVISO DE LAS NORMAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LÉALO CUIDADOSAMENTE.

Este Aviso describe las prácticas de privacidad de los planes de salud afiliados a Molina Healthcare (en este documento denominados “**Molina**”, “**nosotros**” o “**nuestro**”). Usamos y compartimos información médica protegida (“**PHI**”) sobre usted para brindarle sus beneficios de salud como miembro de Molina. Usamos y compartimos su PHI para realizar tratamientos, pagos y funciones de atención médica. Además, usamos y compartimos su PHI por otras razones, según lo que permite y exige la ley. Tenemos el deber de mantener su información médica en privado y cumplir con los términos de este Aviso. La fecha de vigencia de este Aviso es el 1 de enero de 2026.

La PHI es información médica que incluye su nombre, número de miembro u otros identificadores y es usada o compartida por nosotros. La PHI incluye información médica sobre trastornos por uso de sustancias e información biométrica (como una huella de voz).

¿Por qué usamos o compartimos su PHI?

Usamos o compartimos su PHI para brindarle beneficios de atención médica. Su PHI también se usa o comparte para tratamientos, pagos y funciones de atención médica.

Para tratamientos

Podemos usar o compartir su PHI para brindarle o facilitar su atención médica. Este tratamiento también incluye remisiones entre sus médicos u otros proveedores de atención médica. Por ejemplo, podemos compartir información sobre su afección con un especialista. Esto ayuda a que el especialista converse acerca del tratamiento con su médico.

Para pagos

Podemos usar o compartir su PHI para tomar decisiones con respecto a pagos. Esto puede incluir quejas, autorizaciones para tratamientos y decisiones sobre necesidades médicas. Es posible que en la factura aparezca su nombre, afección, tratamiento y suministros utilizados. Por ejemplo, podemos informarle a un médico que usted cuenta con nuestros beneficios. Asimismo, le informaríamos al médico la cantidad de la factura que nosotros pagaríamos.

Para funciones de atención médica

Podemos usar o compartir su PHI para implementar nuestros planes médicos. Por ejemplo, podemos usar la información de su reclamación para informarle sobre algún programa de salud que pudiera ayudarle. También podemos usar o compartir su PHI para resolver sus inquietudes. Su PHI también se puede usar para asegurar que se paguen los reclamos correctamente.

Las funciones de atención médica implican diversas necesidades de actividades diarias. Esto incluye, entre otras cosas, lo siguiente:

- Mejorar la calidad.
- Realizar acciones en programas de salud para ayudar a miembros con ciertas afecciones (como asma).
- Realizar o facilitar revisiones médicas.

En vigor a partir del 1 de enero de 2026
Multi-State-Y0050-NP-ES-26-S

- Brindar servicios legales, que incluyen la detección de fraude y abuso, y los programas de enjuiciamiento.
- Realizar acciones que nos permiten cumplir con la ley.
- Satisfacer las necesidades de los miembros, entre las que se incluyen la solución de reclamos y quejas.

Compartiremos su PHI con otras compañías (“**asociados comerciales**”) que llevan a cabo diferentes tipos de actividades para nuestros planes médicos. Es posible que también usemos su PHI para recordarle sus citas. Podemos usar su PHI para darle información sobre otros tratamientos u otros servicios y beneficios relacionados con su salud.

¿Cuándo podemos usar o compartir su PHI sin obtener una autorización (aprobación) por escrito de su parte?

Además de los tratamientos, los pagos y las funciones de atención médica, la ley permite o requiere que Molina utilice y comparta su PHI para diversos fines, que incluyen lo siguiente:

Requisitos legales

Usaremos o compartiremos información sobre usted según lo requiera la ley. Compartiremos su PHI cuando así lo requiera el Secretario del Department of Health and Human Services (HHS). Esto puede incluir un proceso judicial, otra revisión legal, o cuando se requiera para el cumplimiento de la ley.

Salud pública

Su PHI se puede usar o compartir para actividades de salud pública. Esto puede incluir ayudar a las agencias de salud pública a prevenir o controlar enfermedades.

Supervisión de la atención médica

Su PHI se puede usar o compartir con agencias gubernamentales. Estas pueden requerir su PHI para realizar auditorías.

Investigación

Su PHI se puede usar o compartir para investigación en ciertos casos, como cuando se aprueba por una comisión revisora institucional o de privacidad.

Procedimientos legales o administrativos

Su PHI se puede usar o compartir para procedimientos legales, como en respuesta a una orden judicial.

Cumplimiento de la ley

Su PHI se puede usar o compartir con la policía con el fin de hacer cumplir la ley, como para ayudar a encontrar a un sospechoso, a un testigo o a una persona perdida.

Salud y seguridad

Su PHI se puede compartir para prevenir una amenaza grave e inminente a la salud o la seguridad de una persona o del público.

Funciones gubernamentales

Su PHI se puede compartir con el gobierno para funciones especiales. Un ejemplo puede ser la protección del Presidente.

Víctimas de abuso, abandono o violencia doméstica

Su PHI se puede compartir con las autoridades legales si creemos que una persona es víctima de abuso o abandono.

En vigor a partir del 1 de enero de 2026
Multi-State-Y0050-NP-ES-26-S

Indemnización de trabajadores

Su PHI se puede usar o compartir para obedecer leyes de indemnización al trabajador.

Divulgación con otros fines

Su PHI se puede compartir con médicos forenses o directores de funerarias para ayudarles a cumplir con su trabajo.

Restricciones adicionales de uso y divulgación.

Algunas leyes federales y estatales pueden requerir protecciones especiales de privacidad que restrinjan el uso y la divulgación de ciertos tipos de información médica. Estas leyes pueden proteger los siguientes tipos de información: trastornos por consumo de alcohol y sustancias, información biométrica, abuso o negligencia infantil o de adultos, incluida la agresión sexual, enfermedades transmisibles, información genética, HIV/AIDS, salud mental, información de menores, recetas, salud reproductiva y enfermedades de transmisión sexual.

Seguiremos la ley más estricta cuando sea aplicable a nosotros.

Información sobre el trastorno de consumo de sustancias (SUD). Si bien no somos un programa de tratamiento de trastorno de consumo de sustancias según la ley federal (un “Programa SUD”), podemos recibir información de un Programa SUD sobre usted. No podemos divulgar información de SUD para su uso en un procedimiento civil, penal, administrativo o legislativo en su contra a menos que tengamos (i) su consentimiento por escrito, o (ii) una orden judicial acompañada de una citación u otro requisito legal que obligue a la divulgación emitida después de que nosotros y usted recibimos notificación y la oportunidad de ser escuchados.

¿Cuándo necesitamos su autorización (aprobación) por escrito para usar o compartir su PHI?

Necesitamos su aprobación por escrito para usar o compartir su PHI para cualquier propósito que no se haya especificado en este Aviso. Necesitamos su autorización antes de que divulguemos su PHI para lo siguiente: (1) la mayoría de usos y divulgaciones de notas de psicoterapia; (2) usos y divulgaciones para propósitos de marketing; y (3) usos y divulgaciones que involucren la venta de PHI. Usted puede cancelar una autorización por escrito que nos haya dado. Su cancelación no aplicará a las acciones que ya hayamos tomado como resultado de la autorización que nos dio.

¿Cuáles son sus derechos de información médica?

Usted tiene derecho a lo siguiente:

- **Solicitar restricciones para el uso o la divulgación de PHI (compartir su PHI)**

Puede pedirnos que no compartamos su PHI para realizar tratamientos, pagos o funciones de atención médica. Asimismo, puede pedir que no compartamos su PHI con familiares, amigos u otras personas designadas por usted que participen de su atención médica. No obstante, no estamos obligados a aceptar su solicitud. Deberá presentar su solicitud por escrito. Puede usar nuestro formulario para hacer la solicitud.

- **Solicitar comunicación confidencial de la PHI**

Usted puede pedirle a Molina que le entregue su PHI de una determinada forma y en un determinado lugar para mantener confidencial su PHI. Cumpliremos con solicitudes razonables, si usted nos informa de qué manera la divulgación de la totalidad o parte de su PHI podría poner en riesgo su vida. Deberá presentar su solicitud por escrito. Puede usar nuestro formulario para hacer la solicitud.

- **Revisión y copia de su PHI**

Usted tiene derecho a evaluar y obtener una copia de su PHI que esté en nuestro poder. Esta puede incluir registros utilizados para tomar decisiones sobre cobertura, quejas y otros asuntos sobre usted como nuestro

En vigor a partir del 1 de enero de 2026

Multi-State-Y0050-NP-ES-26-S

miembro. Deberá presentar su solicitud por escrito. Puede usar nuestro formulario para hacer la solicitud. Podemos cobrarle un precio razonable para copiar y enviarle estos registros por correo. En ciertos casos, podemos denegar la solicitud. *Nota importante: no tenemos copias completas de su historia clínica. Si usted desea revisar, obtener una copia o modificar su historia clínica, comuníquese con su médico o clínica.*

- **Enmendar su PHI**

Usted puede solicitar enmiendas (modificaciones) a su PHI. Esto incluye solamente aquellos registros que nosotros conservamos sobre usted como miembro. Deberá presentar su solicitud por escrito. Puede usar nuestro formulario para hacer la solicitud. Puede presentar una carta de desacuerdo si rechazamos su solicitud.

- **Recibir un resumen de las divulgaciones de PHI (compartir su PHI)**

Puede solicitar que le brindemos una lista de determinadas partes con las que hayamos compartido su PHI durante los seis años anteriores a la fecha de su solicitud. La lista no incluirá la PHI compartida de la siguiente manera:

- Para tratamientos, pagos o funciones de atención médica.
- A personas sobre su propia PHI.
- La información compartida con su autorización.
- La información relacionada con un tipo de divulgación o uso que, de otra manera, lo permita o lo requiera la ley aplicable.
- La PHI divulgada en interés de la seguridad nacional o para propósitos de inteligencia.
- Como parte de un conjunto de datos limitados, conforme a las leyes aplicables.

Le cobraremos una tarifa razonable por cada lista si usted la solicita más de una vez en un periodo de 12 meses. Deberá presentar su solicitud por escrito. Puede usar nuestro formulario para hacer la solicitud.

Usted puede realizar cualquiera de las solicitudes antes mencionadas u obtener una copia impresa de este aviso. Llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al número de teléfono gratuito que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p.m, hora local. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711.

¿Qué puede hacer si no se han protegido sus derechos?

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentarnos una queja ante el Department of Health and Human Services. No tomaremos ninguna medida en su contra por presentar una queja. Esto no afectará su atención médica ni sus beneficios en ninguna medida.

Puede presentar una queja ante nosotros en:

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al número de teléfono gratuito que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p.m, hora local. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711. O escríbanos a:

Molina Healthcare
Attn: Appeals and Grievances
P.O. Box 22816
Long Beach, CA 90801-9977

Puede presentar una queja ante el Secretario del Department of Health and Human Services de EE. UU. a la siguiente dirección:

U.S. Department of Health & Human Services Office for Civil Rights
200 Independence Ave., S.W. Suite 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201
(800) 368-1019; (800) 537-7697 (TDD); (202) 619-3818 (FAX)

¿Cuáles son nuestras obligaciones?

Estamos obligados a:

- Mantener su PHI en privado.
- Proporcionarle información por escrito, tal como el presente aviso, sobre nuestras obligaciones y prácticas de privacidad en relación con su PHI.
- Proporcionarle un aviso en caso de incumplimiento de su PHI no protegida.
- Abstenerse de usar o divulgar su información genética para propósitos de suscripciones de seguros.
- Cumplir con los términos de este Aviso.

Este Aviso está sujeto a cambios

Nos reservamos el derecho de cambiar en cualquier momento sus normas de información y las condiciones de este Aviso. Si lo hacemos, las nuevas condiciones y normas se aplicarán a toda la PHI que esté en nuestro poder. Si realizamos cualquier modificación importante, publicaremos el Aviso revisado en nuestra página web y enviaremos el Aviso revisado, o bien enviaremos información acerca del cambio importante y de cómo obtener el Aviso revisado en la siguiente correspondencia anual dirigida a nuestros miembros cubiertos en ese momento por nosotros. Este Aviso se encuentra disponible en nuestra página web en www.molinahealthcare.com.

Información de contacto

Si tiene preguntas sobre este Aviso, comuníquese con nosotros.

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al número de teléfono gratuito que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711. O escriba a Molina Member Services, 200 Oceangate, Suite 100, Long Beach, CA 90802.

Puede solicitar este documento sin costo alguno en otros formatos, como en letra grande, sistema braille o audio. Llame al (855) 882-3901, TTY/TDD: 711, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita.

Departamento de Servicios para Miembros de Central Health Valor Care Plan (HMO)

Método	Departamento de Servicios para Miembros: información de contacto
TELÉFONO	(866) 314-2427 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es del 1.º de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. El departamento de Servicios para Miembros también tiene servicios gratuitos de intérprete de idiomas para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es del 1.º de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local.
FAX	(310) 507-6186
CORREO POSTAL	Central Health Plan Attn: Medicare Member Services 200 Oceangate Ste. 100 Long Beach, CA 90802
SITIO WEB	www.centralhealthplan.com

Valley Caregiver Resource Center (Fresno and Madera Counties), Elder Law & Advocacy (Imperial and San Diego County), Kern County Aging and Adult Services Dept (Kern County), Kings/Tulare Area Agency on Aging (Kings and Tulare Counties), Center for Health Care Rights (Los Angeles and San Bernardino Counties), Council on Aging – Southern California (Orange and Riverside Counties), Legal Services of Northern CA, Inc. (Sacramento and San Joaquin County), Self Help For the Elderly (San Francisco and San Mateo Counties), Sourcewise Community Resource Solutions (Santa Clara County) (SHIP de California)

Valley Caregiver Resource Center (Fresno and Madera Counties), Elder Law & Advocacy (Imperial and San Diego County), Kern County Aging and Adult Services Dept (Kern County), Kings/Tulare Area Agency on Aging (Kings and Tulare Counties), Center for Health Care Rights (Los Angeles and San Bernardino Counties), Council on Aging – Southern California (Orange and Riverside Counties), Legal Services of Northern CA, Inc. (Sacramento and San Joaquin County), Self Help For the Elderly (San Francisco and San Mateo Counties), Sourcewise Community Resource Solutions (Santa Clara County) es un programa estatal que obtiene fondos del Gobierno federal para ofrecer asesoramiento local gratuito sobre seguro médico a personas que tienen Medicare.

Método	Información de contacto
TELÉFONO	<p>Fresno and Madera Counties: (559) 224-9117</p> <p>Imperial County: (760) 353-0223</p> <p>Kern County: (661) 868-1000</p> <p>Kings and Tulare Counties: (559) 713-2875 / (800) 434-0222</p> <p>Los Angeles County: (213) 383-4519</p> <p>Orange County: (714) 560-0424</p> <p>Riverside and San Bernardino Counties: (909)-256-8369</p> <p>Sacramento County: (800) 434-0222 / (916) 376-8915</p> <p>San Diego County: (858) 565-8772</p> <p>San Francisco County: (415) 677-7520</p> <p>San Joaquin County: (209) 470-7812</p> <p>San Mateo County: (650) 627-9350</p> <p>Santa Clara County: (408) 350-3200</p>
TTY	<p>711</p> <p>Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.</p>

Método	Información de contacto
CORREO POSTAL	<p>Fresno and Madera Counties: Valley Caregiver Resource Center 5363 N. Fresno Street Fresno, CA 93710</p> <p>Imperial County: Elder Law & Advocacy 939 W. Main Street, Box #19 Basement El Centro, CA 92243</p> <p>Kern County: Kern County Aging and Adult Services Dept 5357 Truxtun Ave. Bakersfield, CA 93301</p> <p>Kings and Tulare Counties: Kings/Tulare Area Agency on Aging 3350 W. Mineral King Visalia, CA 93291</p> <p>Los Angeles County: Center for Health Care Rights 4601 Wilshire Blvd., Suite 160 Los Angeles, CA 90010</p> <p>Orange County: Council on Aging – Southern California 2 Executive Circle, Suite 175 Irvine, CA 92614</p> <p>Riverside and San Bernardino Counties: Council on Aging Southern California 2280 Market Street, Ste. 140 Riverside, CA 92501</p> <p>Sacramento and San Joaquin Counties: Legal Services of Northern CA, Inc. 505 12th St Sacramento, CA 95814</p> <p>San Diego County: Elder Law & Advocacy 5151 Murphy Canyon Road, Suite 110 San Diego CA 92123</p> <p>San Francisco County: Self Help For the Elderly 601 Jackson Street, 2nd Floor San Francisco, CA 94133</p> <p>San Mateo County: Self Help for the Elderly 1710 S. Amphlett Blvd., Suite 100 San Mateo, CA 94402</p> <p>Santa Clara County: Sourcewise Community Resource Solutions 3100 De La Cruz Boulevard, Suite 310 Santa Clara, CA 95054</p>
SITIO WEB	https://www.aging.ca.gov/hicap

Declaración informativa sobre PRA Según la ley de Reducción de Papeles (PRA) de 1995, nadie está obligado a contestar una recopilación de información a menos que muestre un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1051. Si usted 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.