

Generations Valor (HMO)

EVIDENCIA DE COBERTURA

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2026

GlobalHealth es un plan HMO con contratos de Medicare y del programa de Medicaid de Oklahoma. La afiliación en GlobalHealth depende de la renovación del contrato.

1-844-280-5555 (llamada sin cargo)
de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre)

www.globalhealth.com

H3706_010_009EOC2026_C
GH009EOC2026S



Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2026

Evidencia de Cobertura para 2026:

Sus servicios y beneficios de salud de Medicare como miembro de Generations Valor (HMO)

En este documento se incluyen los detalles de su cobertura de salud de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2026. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

En este documento se explican sus beneficios y derechos. Úselo para entender lo siguiente:

- La prima y los costos compartidos de nuestro plan
- Nuestros beneficios médicos
- Cómo presentar una queja si no está conforme con un servicio o tratamiento
- Cómo comunicarse con nosotros
- Otras protecciones exigidas conforme a la ley de Medicare

Si tiene preguntas sobre este documento, llame a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Los horarios de atención son de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre). Esta llamada es gratuita.

Este plan, Generations Valor (HMO), se ofrece a través de GlobalHealth, Inc. (Cuando en esta *Evidencia de Cobertura* se mencionan las palabras “nosotros”, “nos”, “nuestro” o “nuestra”, significa GlobalHealth, Inc.; cuando se menciona “el plan” o “nuestro plan”, significa Generations Valor (HMO).)

Esta información está disponible en diferentes formatos, incluyendo letra grande, braille y CD de audio. Llame a nuestro servicio de atención al cliente a los números indicados anteriormente si necesita información del plan en otro formato o idioma.

Tiene a su disposición servicios de asistencia lingüística y servicios de ayuda auxiliares gratuitos para proporcionar información en formatos accesibles. Consulte el *Aviso de disponibilidad* de los servicios de asistencia lingüística y servicios de ayuda auxiliares.

Los beneficios, las primas, los deducibles o los copagos o coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2027.

Nuestra red de proveedores puede cambiar en cualquier momento. Recibirá con al menos 30 días de anticipación un aviso sobre cualquier cambio que pudiera afectarle.

H3706_010_009EOC2026_C

Tabla de Contenidos

Tabla de Contenidos

CAPÍTULO 1:	Primeros pasos como miembro	4
SECCIÓN 1	Usted es miembro de Generations Valor (HMO)	5
SECCIÓN 2	Requisitos de elegibilidad del plan	5
SECCIÓN 3	Material importante sobre la membresía	6
SECCIÓN 4	Resumen de Costos Importantes	8
SECCIÓN 5	Más información sobre la prima mensual de su plan	9
SECCIÓN 6	Mantenga actualizado el expediente de miembro del plan	9
SECCIÓN 7	Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan	10
CAPÍTULO 2:	Números de teléfono y recursos	12
SECCIÓN 1	Contactos de Generations Valor (HMO)	13
SECCIÓN 2	Cómo obtener ayuda de Medicare	16
SECCIÓN 3	Programa Estatal de Asistencia Sobre Seguros de Salud (SHIP)	17
SECCIÓN 4	Organización de Mejoramiento de la Calidad (QIO)	17
SECCIÓN 5	Seguro Social	18
SECCIÓN 6	Medicaid	19
SECCIÓN 7	Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB)	20
SECCIÓN 8	Qué hacer si tiene un seguro grupal u otro seguro médico de un empleador	21
CAPÍTULO 3:	Cómo usar nuestro plan para sus servicios médicos	22
SECCIÓN 1	Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan	23
SECCIÓN 2	Consulte a proveedores de la red de nuestro plan para recibir atención médica	25
SECCIÓN 3	Cómo obtener servicios en caso de emergencia, catástrofe o necesidad urgente de atención médica	28
SECCIÓN 4	Cómo proceder si se le factura directamente por el costo total de los servicios cubiertos	31
SECCIÓN 5	Servicios médicos en un estudio de investigación clínica	31
SECCIÓN 6	Normas para obtener atención en una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud	33
SECCIÓN 7	Normas para obtener la propiedad de equipos médicos duraderos	34
CAPÍTULO 4:	Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga) ..	36
SECCIÓN 1	Entendiendo los costos de su bolsillo por servicios cubiertos	37
SECCIÓN 2	En el Tabla de Beneficios Médicos se muestran sus costos y beneficios médicos	38

Tabla de Contenidos

SECCIÓN 3	Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones)	99
CAPÍTULO 5:	Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura por los servicios médicos cubiertos	102
SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde por los servicios cubiertos	103
SECCIÓN 2	Cómo solicitar un reembolso o el pago de una factura que recibió	104
SECCIÓN 3	Consideraremos su solicitud de pago y diremos sí o no	105
CAPÍTULO 6:	Sus derechos y responsabilidades	106
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales	107
SECCIÓN 2	Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan	117
CAPÍTULO 7:	Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)	119
SECCIÓN 1	Qué hacer si tiene un problema o una inquietud	120
SECCIÓN 2	Dónde puede obtener más información y ayuda personalizada	120
SECCIÓN 3	Qué proceso se puede usar para abordar su problema	121
SECCIÓN 4	Guía sobre las decisiones de cobertura y apelaciones	121
SECCIÓN 5	Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	124
SECCIÓN 6	Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada si considera que se le está dando de alta demasiado pronto	132
SECCIÓN 7	Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto	136
SECCIÓN 8	Cómo elevar su apelación a los niveles 3, 4 y 5	140
SECCIÓN 9	Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes	142
CAPÍTULO 8:	Cancelación de la membresía en nuestro plan	146
SECCIÓN 1	Cancelación de su membresía en nuestro plan	147
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan?	147
SECCIÓN 3	Cómo finalizar su membresía en nuestro plan	149
SECCIÓN 4	Hasta que finalice su membresía, debe continuar recibiendo sus artículos médicos y servicios a través de nuestro plan	150
SECCIÓN 5	Generations Valor (HMO) debe finalizar la membresía en nuestro plan en algunos casos	150
CAPÍTULO 9:	Avisos legales	152
SECCIÓN 1	Aviso de leyes aplicables	153
SECCIÓN 2	Aviso de no discriminación	153

Tabla de Contenidos

SECCIÓN 3 Aviso sobre sus derechos de subrogación para pagadores secundarios de Medicare	155
SECCIÓN 4 Protecciones al denunciar sospechas de fraude, despilfarro o abuso	155
CAPÍTULO 10: Definiciones	157

CAPÍTULO 1:

Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Usted es miembro de Generations Valor (HMO)

Sección 1.1 Usted está inscrito en Generations Valor (HMO), un plan Medicare HMO

Usted tiene cobertura de Medicare y optó por recibir la cobertura de salud de Medicare mediante nuestro plan Generations Valor (HMO). Nuestro plan cubre todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso a los proveedores en este plan son diferentes de los de Medicare Original.

Generations Valor (HMO) es un plan Medicare Advantage HMO (“HMO” es la sigla de Organización para el Mantenimiento de la Salud) aprobado por Medicare y administrado por una compañía privada. Generations Valor (HMO)*no* incluye la cobertura de medicamentos de la Parte D.

Sección 1.2 Información legal sobre la Evidencia de Cobertura

Esta *Evidencia de Cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo Generations Valor (HMO) cubre su atención. Las demás partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción y los avisos que le enviamos acerca de cambios o condiciones que afectan su cobertura. A veces, estos avisos se llaman *cláusulas adicionales* o *enmiendas*.

El contrato tendrá validez durante los meses en que usted esté inscrito en Generations Valor (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 Generations Valor (HMO) después del 31 de diciembre de 2026. También podemos decidir 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 el plan Generations Valor (HMO) todos los años. Usted puede seguir recibiendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre que decidamos continuar ofreciéndolo y Medicare vuelva a aprobarlo.

SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para inscribirse en nuestro plan siempre y cuando cumpla con todas estas condiciones:

- Tiene Medicare Parte A y Medicare Parte B.
- Vive en nuestra área geográfica de servicio (descrita en la sección 2.2). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área geográfica de servicio, aunque se encuentren físicamente en ella.

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como miembro

- Es ciudadano estadounidense o residente legal.

Sección 2.2 ÁREA DE SERVICIO DEL PLAN GENERATIONS VALOR (HMO)

Generations Valor (HMO) está disponible únicamente para las personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe seguir viviendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Oklahoma: Caddo, Canadian, Carter, Cleveland, Creek, Garfield, Garvin, Grady, Hughes, Lincoln, Logan, Mayes, McClain, McIntosh, Muskogee, Okfuskee, Oklahoma, Okmulgee, Pawnee, Pittsburg, Pontotoc, Pottawatomie, Rogers, Seminole, Tulsa, y Wagoner.

Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no podrá seguir siendo miembro de este plan. Llame a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para averiguar si tenemos un plan en su nueva área. Cuando se mude, se le concederá un período de inscripción especial para optar por Medicare Original o inscribirse en un plan de salud de Medicare en su nuevo lugar de residencia.

Si se muda o cambia de dirección postal, también es importante que llame al Seguro Social. Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

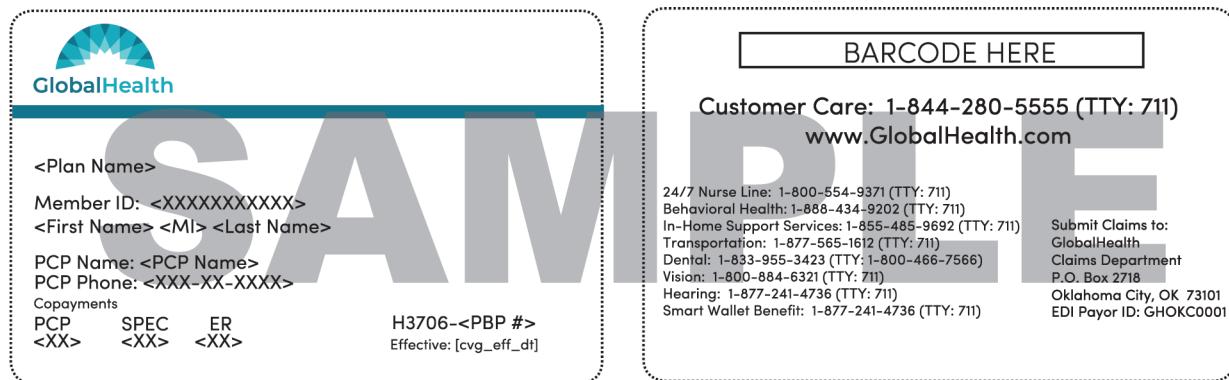
Sección 2.3 CIUDADANO ESTADOUNIDENSE O CON PRESENCIA LEGAL

Debe ser ciudadano estadounidense o estar presente legalmente en los Estados Unidos para ser miembro de un plan de salud de Medicare. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a Generations Valor (HMO) si usted no es elegible para seguir siendo miembro de nuestro plan por este motivo. Generations Valor (HMO) deberá cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 MATERIAL IMPORTANTE SOBRE LA MEMBRESÍA

Sección 3.1 Nuestra tarjeta de membresía del plan

Use su tarjeta de identificación de miembro cada vez que reciba servicios cubiertos por nuestro plan. Además, si tiene una tarjeta de Medicaid debe mostrársela al proveedor. Ejemplo de tarjeta de identificación de miembro:

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como miembro

NO use su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de identificación de miembro de Generations Valor (HMO), es posible que tenga que pagar el costo total de los servicios médicos de su bolsillo. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que se le pida que la muestre si necesita servicios hospitalarios o en centros de cuidados paliativos o si tiene que participar en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare (también denominados ensayos clínicos).

Si la tarjeta de identificación de miembro de nuestro plan se daña, se pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y le enviaremos una tarjeta nueva.

Sección 3.2 Directorio de proveedores

En el *Directorio de proveedores*, <https://gh-findcare.globalhealthportals.com/oklahoma/globalhealth/medicare>, se enumeran nuestros proveedores de la red y los proveedores de equipos médicos duraderos. Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de cuidado de la salud, grupos médicos, proveedores de equipo médico duradero, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un contrato con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago total.

Debe acudir a proveedores de la red para obtener atención médica y servicios médicos. Si acude a otro lugar sin la debida autorización, deberá pagar el monto total. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios de urgencia cuando la red no está disponible (es decir, en situaciones en las que no es razonable o no es posible recibir servicios dentro de la red), los servicios de diálisis fuera del área y los casos en los que Generations Valor (HMO) autorice la consulta a proveedores fuera de la red.

Obtenga la lista más reciente de proveedores y vendedores en nuestro sitio web en www.GlobalHealth.com.

Si no tiene un *Directorio de proveedores*, puede llamar a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitar una copia (en formato

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como miembro

electrónico o impreso). Los *Directorios de proveedores* impresos solicitados se le enviarán por correo en un plazo de 3 días hábiles.

SECCIÓN 4 Resumen de Costos Importantes

Sus costos de 2026	
Prima mensual del plan*	\$0
* Su prima puede ser mayor que este monto. Consulte la sección 4.1 para obtener más información.	
Cantidad máxima a costo de su bolsillo Esto es lo más que pagara a costo de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la sección 1 del capítulo 4 para obtener más información).	\$3,900
Visitas al consultorio para atención primaria	\$0 por visita
Visitas al consultorio de un especialista	\$35 por visita
Hospitalizaciones	Días 1 a 7: \$295 Días 8 a 90: \$0 Días 91 a 190: \$0

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

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

Sección 4.1 Prima del plan

No tiene que pagar una prima mensual del plan adicional por Generations Valor (HMO).

Las primas de Medicare Parte B difieren en función de los ingresos. Si tiene preguntas sobre estas primas, consulte en su copia del manual *Medicare y Usted 2026* la sección titulada *Costos de Medicare para 2026*. Ingrese en el sitio web de Medicare (www.Medicare.gov/medicare-and-you) para descargar una copia o llame por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar una copia impresa. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare**Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare.**

Como miembro de nuestro plan, es elegible para obtener una reducción de la prima de Medicare Parte B de hasta \$50 por mes. Medicare estipula la reducción y la Administración del Seguro Social (SSA por sus siglas en inglés) la administra. En función de la forma en que usted pague la prima correspondiente a Medicare Parte B, la reducción podrá acreditarse en su cheque del Seguro Social o reflejarse como crédito en su estado de cuenta de la prima de Medicare Parte B. La emisión de las reducciones puede tardar varios meses. No obstante, se le acreditará la totalidad de la reducción de la prima.

Debe seguir pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro de 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 que no tiene prima.

SECCIÓN 5 Más información sobre la prima mensual de su plan**Sección 5.1 La prima mensual de nuestro plan no cambiará durante el año**

No se nos permite cambiar el monto de la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia para el año siguiente, se lo comunicaremos en septiembre y la nueva prima entrará en vigor el 1 de enero próximo.

SECCIÓN 6 Mantenga actualizado el expediente de miembro del plan

Su expediente de miembro contiene la información de su formulario de inscripción, incluidos su dirección y número de teléfono. En él, se detalla su plan de cobertura específico y el nombre de su proveedor de atención primaria.

Los médicos, hospitales y otros proveedores de la red de nuestro plan **usan su expediente de miembro para saber qué servicios están cubiertos y cuáles son los montos de costos compartidos**. Por eso, es muy importante ayudarnos a mantener su información actualizada.

Si se produce alguno de estos cambios, háganoslo saber:

- Cambios de nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de salud que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge o pareja de hecho, de una indemnización por accidentes de trabajo o de Medicaid).
- Cambios en cualquier reclamación por responsabilidad civil, como las derivadas de un accidente automovilístico.
- Si se le ha admitido en una residencia de ancianos.

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como miembro

- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencia fuera del área o de la red de cobertura.
- Cambios en la persona responsable designada (por ejemplo, un cuidador).
- Si participa en un estudio de investigación clínica (**Nota:** Aunque no tiene la obligación de informar a nuestro plan sobre los estudios de investigación clínica en los que piensa participar, le recomendamos que lo haga).

Si algo de esta información cambia, llame a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711) e infórmenos al respecto.

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

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Medicare nos exige que recopilemos información sobre cualquier otra cobertura médica o de medicamentos que tenga para que podamos coordinarla con los beneficios de nuestro plan. Esto se conoce como **coordinación de beneficios**.

Una vez al año, le enviaremos una carta con la lista de otras coberturas médicas 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 a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Es posible que tenga que dar el número de identificación de miembro de nuestro plan a sus otras aseguradoras (una vez que haya confirmado su identidad) para que las facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando usted tiene otro seguro (como la cobertura de salud grupal de su empleador), las normas de Medicare deciden si debe pagar primero nuestro plan o su otro seguro. El seguro que paga primero (“el pagador principal”) pagará hasta los límites de su cobertura. El seguro que paga en segundo lugar (“el pagador secundario”) solo pagará si quedan costos que la cobertura principal no cubre. Puede que el pagador secundario no abone los costos sin cobertura. Si tiene otro seguro, informe a su médico, al hospital y a la farmacia.

Estas normas se aplican a la cobertura de planes de salud grupales que ofrece el empleador o el sindicato:

- Si tiene cobertura para la jubilación, Medicare pagará primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal depende de su empleo actual o del empleo actual de un familiar, el responsable de pagar primero varía en función de la edad que usted tenga, de la cantidad de personas que trabajan para su empleador y de si tiene Medicare debido a su edad, una discapacidad o una enfermedad renal terminal (ESRD por sus siglas en inglés):

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como miembro

- Si tiene menos de 65 años, tiene una discapacidad y sigue trabajando (o un miembro de su familia sigue trabajando), su plan de salud grupal pagará primero si el empleador tiene 100 empleados o más, o si al menos uno de los empleadores en un plan de varios empleadores tiene más de 100 empleados.
- Si tiene más de 65 años y sigue trabajando (o su cónyuge o pareja de hecho sigue trabajando), su plan de salud grupal pagará primero si el empleador tiene 20 empleados o más, o si al menos uno de los empleadores en un plan de varios empleadores tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare debido a una ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de que usted sea elegible para Medicare.

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

- Seguro sin determinación de culpabilidad o negligencia (incluye seguro de automóvil)
- Responsabilidad civil (incluye seguro de automóvil)
- Beneficios por neumoconiosis
- Indemnización por accidentes de trabajo

Medicaid y TRICARE nunca pagan primero los servicios cubiertos por Medicare. Únicamente pagan después de que Medicare, los planes de salud grupales del empleador o Medigap hayan pagado lo que les corresponde.

CAPÍTULO 2:

Números de teléfono y recursos

SECCIÓN 1 Contactos de Generations Valor (HMO)

Para obtener ayuda con las reclamaciones, la facturación o las preguntas sobre la tarjeta de identificación de miembro, escriba o llame a Servicio al Cliente de Generations Valor (HMO) al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Será un placer ayudarle.

Servicios para los miembros – información de contacto

Llamada	1-844-280-5555 (llamada sin cargo) Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre) El Servicio al Cliente también ofrece servicios gratuitos de interpretación para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre)
Fax	405-280-2960
Correo postal	GlobalHealth, Inc. P.O. Box 1747 Oklahoma City, OK 73101
Sitio web	www.globalhealth.com

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

Una decisión de cobertura es aquella que tomamos con respecto a sus beneficios y su cobertura o sobre el monto que pagaremos por los servicios médicos. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones en relación con su atención médica, consulte el capítulo 7.

Decisiones de cobertura sobre atención médica – Información de contacto

Llamada	1-844-280-5555 (llamada sin cargo) Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre)
----------------	---

CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos

Decisiones de cobertura sobre atención médica – Información de contacto	
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre)
Fax	405-280-5398
Correo postal	GlobalHealth, Inc. P.O. Box 2840 Oklahoma City, OK 73101
Sitio web	www.globalhealth.com

Apelaciones sobre la atención médica – Información de contacto	
Llamada	1-844-280-5555 (llamada sin cargo) Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre)
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre)
Fax	405-280-5294
Correo postal	GlobalHealth, Inc. P.O. Box 2658 Oklahoma City, OK 73101
Sitio web	www.globalhealth.com

Cómo presentar una queja sobre su atención médica

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre uno de los proveedores de nuestra red, lo que incluye quejas sobre la calidad de la atención que recibe. Este tipo de queja no incluye disputas sobre cobertura o pagos. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja en relación con su atención médica, consulte el capítulo 7.

CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos

Quejas sobre la atención médica - información de contacto	
Llamada	1-844-280-5555 (llamada sin cargo) Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre)
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre)
Fax	405-280-5294
Correo postal	GlobalHealth P.O. Box 2658 Oklahoma City, OK 73101
Sitio web de Medicare	Para presentar una queja sobre Generations Valor (HMO) directamente a Medicare, ingrese en www.Medicare.gov/my/medicare-complaint .

Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de atención médica que obtuvo

Si recibió una factura o pagó algún servicio (como la factura de un proveedor) que cree que debería correr por nuestra cuenta, 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, puede apelar nuestra decisión. Consulte el capítulo 7 para obtener más información.

Solicitudes de pago – información de contacto	
Llamada	1-844-280-5555 (llamada sin cargo) Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre).
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre).
Fax	405-609-6354
Correo postal	GlobalHealth P.O. Box 2718 Oklahoma City, OK 73101

Solicitudes de pago – información de contacto**Sitio web**www.globalhealth.com**SECCIÓN 2 Cómo obtener ayuda de Medicare**

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

La agencia federal que administra Medicare se llama Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS por sus siglas en inglés). Esta agencia celebra contratos con organizaciones del programa Medicare Advantage, incluido nuestro plan.

Medicare – información de contacto	
Llamada	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere equipos telefónicos especiales y está destinado únicamente a personas con problemas auditivos 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 de salud y medicamentos de Medicare en su área, incluido su costo y los servicios que brindan.• Encuentre médicos u otros proveedores de atención médica y suplidores que participan en Medicare.• Conozca qué cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como exámenes de detección, inyecciones o vacunas y visitas anuales de bienestar).• Obtenga información y formularios de apelaciones de Medicare.• Obtenga información sobre la calidad de la atención que brindan los planes, residencias de 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.

CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos

Medicare – información de contacto	
	<ul style="list-style-type: none">• Busque sitios web y números de teléfono útiles. <p>También puede visitar www.Medicare.gov para notificar a Medicare cualquier queja que tenga sobre Generations Valor (HMO).</p> <p>Para presentar una queja a Medicare, ingrese en www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare toma sus quejas con seriedad y usará esta información para mejorar la calidad de su programa.</p>

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia Sobre Seguros de Salud (SHIP)

Programa de Asesoramiento Estatal de Seguros de Salud (SHIP por sus siglas en inglés) es un programa gubernamental compuesto de asesores capacitados en todos los estados que ofrece ayuda, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare sin cargo. En Oklahoma, el programa SHIP se denomina Seguro Médico Estatal Programa de Asesoramiento.

Seguro Médico Estatal Programa de Asesoramiento es un programa estatal independiente (que no está relacionado con ninguna compañía de seguro ni plan de salud) que obtiene fondos del gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito y a nivel local sobre seguros médicos a personas con Medicare.

Los asesores de Seguro Médico Estatal Programa de Asesoramiento pueden ayudarle a comprender sus derechos de Medicare, a presentar quejas sobre su atención médica o tratamiento y a resolver problemas con sus facturas de Medicare. Los asesores de Seguro Médico Estatal Programa de Asesoramiento también pueden ayudarle a resolver preguntas o problemas relacionados con Medicare, a comprender sus opciones de planes de Medicare y a responder preguntas sobre cambios de planes.

Seguro Médico Estatal Programa de Asesoramiento (SHIP de Oklahoma) - Información de contacto	
Llamada	1-800-763-2828
Correo postal	State Health Insurance Counseling Program 400 NE 50th Street Oklahoma City, OK 73105
Sitio web	https://www.oid.ok.gov/consumers/information-for-seniors/

SECCIÓN 4 Organización de Mejoramiento de la Calidad (QIO)

Una Organización de Mejoramiento de la Calidad (QIO por sus siglas en inglés) designada presta servicios a las personas con Medicare en cada estado. En Oklahoma, la Organización de Mejoramiento de la Calidad se denomina Acentra Health.

CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos

Acentra Health cuenta con un grupo de médicos y otros profesionales de cuidado de la salud a los que Medicare les paga para que controlen y ayuden a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. Acentra Health es una organización independiente. No está vinculada con nuestro plan.

Comuníquese con Acentra Health en cualquiera de estas situaciones:

- Si tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió. Entre los ejemplos de inquietudes respecto de la calidad de la atención se incluye obtener el medicamento incorrecto, someterse a pruebas o procedimientos innecesarios o recibir un diagnóstico erróneo.
- Si cree que la cobertura de su hospitalización finaliza demasiado pronto.
- Si cree que la cobertura de su atención médica domiciliaria, la atención en un centro de enfermería especializada o los servicios en un centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF) finaliza demasiado pronto.

Acentra Health (Organización de Mejoramiento de la Calidad de Oklahoma) - Información de contacto	
Llamada	1-888-315-0636 Días hábiles: De 9 a.m. a 5 p.m. Fines de semana y feriados: De 10 a.m. a 4 p.m.
TTY	711
Correo postal	Acentra Health 5201 West Kennedy Blvd., Suite 900 Tampa, FL 33609
Sitio web	https://www.acentraqio.com/

SECCIÓN 5 Seguro Social

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

Si se muda o cambia de dirección postal, póngase en contacto con el Seguro Social para comunicárselo.

Seguro Social - Información de contacto	
Llamada	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de lunes a viernes de 8 a.m. a 7 p.m.

CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos

Seguro Social - Información de contacto	
	Use los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y hacer algunas gestiones las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere equipos telefónicos especiales y está destinado únicamente a personas con problemas auditivos 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 cubrir los costos médicos de ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Algunos beneficiarios de Medicare también son elegibles para recibir Medicaid. Medicaid ofrece programas para ayudar a los beneficiarios de Medicare a pagar los costos de Medicare, como las primas. Estos **Programas de Ahorro de Medicare** incluyen los siguientes:

- **Beneficiario Calificado de Medicare (QMB por sus siglas en inglés):** ayuda a pagar las primas de Medicare Parte A y Medicare Parte B y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunos beneficiarios del programa QMB también son elegibles para recibir los beneficios completos de Medicaid [QMB+ por sus siglas en inglés]).
- **Beneficiario de Medicare con Ingreso Bajo Especificado (SLMB por sus siglas en inglés):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (algunos beneficiarios del programa SLMB también son elegibles para recibir los beneficios completos de Medicaid [SLMB+]).
- **Individuo Calificado (QI por sus siglas en inglés):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Individuos Discapacitados y Trabajadores Calificados (QDWI por sus siglas en inglés):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre los Programas de Ahorro de Medicare y Medicaid, comuníquese con SoonerCare (Medicaid).

SoonerCare (programa de Medicaid de Oklahoma) – Información de contacto	
Llamada	1-800-987-7767 de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.
TTY	711

SoonerCare (programa de Medicaid de Oklahoma) – Información de contacto	
Correo postal	SoonerCare Oklahoma Health Care Authority 4345 N Lincoln Blvd Oklahoma City, OK 73105
Sitio web	https://oklahoma.gov/ohca/

SECCIÓN 7 Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB)

La Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios es un organismo federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores ferroviarios nacionales y sus familias. Si recibe Medicare a través de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, comuníquelas si se muda o cambia de dirección postal. Si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, póngase en contacto con dicho organismo.

Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB por sus siglas en inglés) – Información de contacto	
LLAMADA	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Presione “0” para hablar con un representante de la RRB los 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 los días festivos.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere equipos telefónicos especiales y está destinado únicamente a personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número no son gratuitas.
SITIO WEB	https://RRB.gov

SECCIÓN 8 Qué hacer si tiene un seguro grupal u otro seguro médico de un empleador

Si, como parte de este plan, usted (o su cónyuge o pareja de hecho) recibe beneficios de un plan de jubilación o de su empleador (o del de su cónyuge o pareja de hecho), llame al administrador de beneficios de su empleador o del sindicato, o a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si tiene alguna pregunta. Puede preguntar sobre los beneficios médicos del plan de jubilación o de su empleador (o del de su cónyuge o pareja de hecho), las primas o el período de inscripción. Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si tiene preguntas sobre su cobertura de Medicare en virtud de este plan. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 3:

Cómo usar nuestro plan para sus servicios médicos

SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan

En este capítulo se explica lo que debe saber acerca de cómo usar nuestro plan para obtener su cobertura de atención médica.

Para obtener detalles sobre la atención médica que cubre nuestro plan y cuánto paga usted cuando recibe atención, consulte el Tabla de Beneficios Médicos incluido en el capítulo 4.

Sección 1.1 Proveedores de la red y servicios cubiertos

- Los **proveedores** son los médicos y otros profesionales de cuidado de la salud con autorización estatal para prestar servicios y atención médica. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de cuidado de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un contrato con nosotros para aceptar nuestro pago y el costo compartido que usted debe pagar como pago total. Estos proveedores prestarán los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red emiten las facturas directamente a nuestro nombre por la atención médica que usted recibe. Cuando visite a un proveedor de la red, normalmente pagará solo la parte que le corresponde por el costo de los servicios cubiertos.
- Los **servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, los servicios de cuidado de la salud, los suministros y los equipos que cubre nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica se enumeran en el Tabla de Beneficios Médicos incluido en el capítulo 4.

Sección 1.2 Normas básicas para que nuestro plan cubra su atención médica

Por ser un plan de salud de Medicare, Generations Valor (HMO) debe cubrir todos los servicios que cubre Medicare Original y respetar las normas de cobertura de Medicare Original.

En general, Generations Valor (HMO) cubrirá su atención médica si se cumple lo siguiente:

- **La atención médica que recibe está incluida en el Tabla de Beneficios Médicos del plan** en el capítulo 4.
- **La atención médica que recibe se considera médicalemente necesaria.** “Médicamente necesario” significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos son necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar su afección médica y cumplen con normas aceptadas de la práctica médica.
- **Usted cuenta con un proveedor de atención primaria (PCP) de la red que le brinda atención médica y la supervisa.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP de la red (consulte la sección 2.1 de este capítulo para obtener más información).

- En la mayoría de los casos, el PCP de la red debe darle su aprobación por adelantado (una remisión) antes de que usted pueda consultar a otros proveedores de la red de nuestro plan, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica domiciliaria. Para obtener más información, consulte la sección 2.3. Debe visitar a su PCP asignado para recibir los servicios. Si su PCP no está disponible, puede consultar a un PCP que pertenezca al mismo grupo de PCP. Si no hay PCP disponibles dentro del grupo, puede cambiar de PCP asignado o solicitar una autorización previa para consultar a otro PCP.
- No necesita remisiones del PCP para recibir atención médica de emergencia o servicios de urgencia. Para obtener información sobre otros tipos de atención médica que puede recibir sin obtener la aprobación por adelantado del PCP, consulte la sección 2.2.
- **Debe obtener su atención médica de un proveedor de la red** (consulte la sección 2). En la mayoría de los casos, la atención médica que recibe de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no es parte de la red de nuestro plan) no se cubrirá. Esto significa que usted tiene que pagarle al proveedor la totalidad de los servicios que recibe. Hay 3 excepciones:
 - Nuestro plan cubre los servicios de urgencia o de emergencia que usted recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y averiguar cuáles son los servicios de emergencia o de urgencia, consulte la sección 3.
 - Si necesita atención médica que Medicare exige que nuestro plan cubra, pero no hay especialistas en nuestra red que brinden esta atención, podrá obtenerla de un proveedor fuera de la red con el mismo costo compartido que normalmente paga dentro de la red. Antes de recibir atención, obtenga una autorización de nuestro plan. En este caso, 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 consultar a un médico fuera de la red, consulte la sección 2.4.
 - Nuestro plan cubre los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando esté temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o cuando el proveedor que le presta este servicio no esté disponible o no pueda acceder a él temporalmente. El costo compartido que usted paga a nuestro plan por la diálisis nunca puede ser mayor que el costo compartido de Medicare Original. Si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan y recibe diálisis de un proveedor fuera de la red de nuestro plan, su costo compartido no puede ser más alto que el que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor de diálisis de la red habitual no está disponible temporalmente y usted decide obtener los servicios dentro de nuestra área de servicio de un proveedor fuera de la red de nuestro plan, su costo compartido de la diálisis puede ser mayor.

SECCIÓN 2 Consulte a proveedores de la red de nuestro plan para recibir atención médica

Sección 2.1 Debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) para que le brinde atención médica y la supervise**¿Qué es un PCP y qué tipo de servicios presta?**

Cuando se convierte en miembro de nuestro plan, debe elegir un médico de atención primaria (PCP por sus siglas en inglés).

El PCP no solo prestará servicios básicos y de rutina, sino que también puede coordinar otros cuidados que usted pueda necesitar a través de remisiones y autorizaciones previas. El PCP puede ser un médico de familia, general o de medicina interna que participe en nuestra red.

Cómo elegir a su PCP

Puede elegir un PCP de nuestro *Directorio de proveedores*, que puede encontrar ingresando en <https://gh-findcare.globalhealthportals.com/oklahoma/globalhealth/medicare>, o bien llame a Servicio al Cliente para que le ayuden a elegir un PCP. Solo puede elegir un PCP que acepte pacientes nuevos. Si no elige un PCP cuando se inscribe, se le asignará uno. Consultar a un PCP de la red que no sea su PCP registrado o que no pertenezca al mismo grupo de médicos que su PCP registrado se considerará como una consulta a un especialista.

Cómo cambiar de PCP

Puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. También es posible que el PCP abandone la red de proveedores de nuestro plan, en cuyo caso usted tendrá que elegir un PCP nuevo.

Para cambiar de PCP, llame a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Verificarán que el PCP al que desea cambiarse esté aceptando nuevos pacientes. Le enviarán una nueva tarjeta de identificación de miembro en la que se indica el nombre y el número de teléfono de su nuevo PCP. También puede cambiar de PCP iniciando sesión en el Portal para miembros. Puede encontrar el Portal para miembros en www.globalhealth.com. Si necesita ayuda, llame a Servicio al Cliente. **El cambio entrará en vigor el primer día del mes posterior a la fecha de la solicitud.**

Asegúrese de informar a Servicio al Cliente si se atiende con algún especialista o si recibe otros servicios cubiertos que necesitan la aprobación del PCP (como servicios de atención médica domiciliaria y equipos médicos duraderos). Le ayudaremos a asegurarse de que tiene las remisiones y autorizaciones previas necesarias para continuar con los servicios que ha estado recibiendo cuando cambie de PCP.

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

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

- Atención médica de rutina para la salud de la mujer, como exámenes de mamas, mamografías de detección (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre y cuando los preste un proveedor de la red.
- Vacunas antígrípales, contra la COVID-19, la hepatitis B y la neumonía.
- Servicios de emergencia de proveedores de la red o fuera de la red.
- Los servicios de urgencia cubiertos por el plan son aquellos que requieren atención médica inmediata (pero no suponen una emergencia) si 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 de urgencia son los que se prestan en caso de enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de enfermedades existentes. No se considera que las visitas de rutina médica 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.
- 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 a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711) antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarle a coordinar una diálisis de mantenimiento mientras esté fuera.
- Visitas al consultorio del especialista, siempre y cuando se trate de un proveedor de la red. El especialista solicitará la aprobación previa de cualquier prueba o tratamiento, como pruebas de diagnóstico especializadas, terapia o cirugía ambulatoria.
- Atención médica preventiva, siempre y cuando la obtenga de proveedores de la red.
- Visitas al consultorio para terapia individual o grupal de salud mental y por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios, siempre que obtenga atención de proveedores de la red de Carelon Behavioral Health. El terapeuta solicitará la aprobación previa de cualquier prueba o tratamiento.
- Anteojos y exámenes de la vista de rutina, siempre que los obtenga de proveedores de la red de EyeMed.
- Audífonos y evaluaciones para audífonos, siempre que los obtenga de proveedores de la red de NationsBenefits.
- Servicios de apoyo a la atención médica domiciliaria, siempre que los obtenga de Papa Pals.
- Asesoramiento de enfermería las 24 horas, los 7 días de la semana, siempre que lo obtenga de Carenet Health.
- Transporte que no sea de emergencia, siempre que lo coordine a través de RoundTrip.
- Uso del beneficio Smart Wallet siempre que use su tarjeta en el punto de venta y siga las normas de la tarjeta. Consulte la descripción de los beneficios Smart Wallet en el Tabla de Beneficios Médicos incluido en el capítulo 4.
- Servicios dentales preventivos e integrales complementarios, siempre y cuando los reciba de un proveedor de la red de DentaQuest.

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

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

- Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos atienden a pacientes con afecciones cardíacas.
- Los ortopedas atienden a pacientes con ciertas afecciones óseas, articulares o musculares.

Remisiones

Por lo general, primero consultará a su PCP para la mayoría de sus necesidades de atención médica de rutina. Puede consultar a cualquier especialista de la red sin necesidad de una remisión, pero cuando su PCP o especialista cree que necesita pruebas o tratamiento de diagnóstico especializado (como terapia o cirugía ambulatoria), le dará una remisión para que reciba esa atención.

Autorización previa

Se necesita la autorización previa de Generations Valor (HMO) antes de la cita para casi todas las pruebas o los tratamientos que se llevan a cabo fuera de una visita al consultorio. Cuando su médico nos envíe una remisión, nuestro equipo de médicos y de enfermería se encargará de revisarla. Le notificaremos a su médico y a usted nuestra decisión. En la mayoría de los casos, los servicios se derivarán a proveedores de la red. Si no tiene una autorización previa registrada antes de recibir los servicios para los que necesita una, es posible que usted sea quien deba pagar esos servicios. Consulte el Tabla de Beneficios Médicos incluido en el capítulo 4 para obtener información sobre los servicios que necesitan autorización previa.

Qué sucede si un especialista u otro proveedor de la red abandonan nuestro plan

Podemos hacer 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 estos 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 informaremos que su proveedor abandonará nuestro plan para que tenga tiempo de elegir uno nuevo.
 - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual abandona nuestro plan y usted lo visitó en los últimos 3 años, se lo notificaremos.
 - Si alguno de sus otros proveedores abandona nuestro plan, le notificaremos en caso de que se le haya asignado a ese proveedor, reciba atención médica de su parte actualmente o lo haya visitado en los últimos 3 meses.
- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor de la red calificado para que siga recibiendo atención médica.

- Si se está sometiendo a un tratamiento médico o a terapias con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar la continuación del tratamiento o las terapias que son médicaamente necesarios. Trabajaremos con usted para que pueda seguir recibiendo atención médica.
- Le daremos información sobre los períodos de inscripción disponibles y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Cuando un beneficio o un proveedor de la red no esté disponible o no sea adecuado para satisfacer sus necesidades médicas, coordinaremos cualquier beneficio cubierto médicaamente necesario fuera de nuestra red de proveedores, con el mismo costo compartido que si fuera dentro de la red. Se requiere autorización previa.
- Si se entera de que su médico o especialista va a abandonar nuestro plan, llame a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para que podamos ayudarle a elegir un proveedor nuevo que coordine su atención médica.
- Si considera que no le hemos ofrecido un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que la atención médica que recibe no se está administrando como corresponde, tiene derecho a presentar una queja formal sobre la calidad de la atención ante la QIO, ante nuestro plan o ante ambos (consulte el capítulo 7).

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

En la mayoría de los casos, usted debe recibir atención médica de un proveedor de la red. La atención médica que usted recibe de un proveedor fuera de la red no se cubrirá, excepto en los siguientes casos:

- Servicios de emergencia o de urgencia que usted recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información al respecto y averiguar qué significan los servicios de emergencia o de urgencia, consulte la sección 3.
- Si autorizamos una remisión a un proveedor fuera de la red incluido en la sección 2.3.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporalmente fuera de nuestra área de servicio. Llame a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711) antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarle a coordinar una diálisis de mantenimiento mientras esté fuera.

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios en caso de emergencia, catástrofe o necesidad urgente de atención médica

Sección 3.1 Cómo recibir atención médica en caso de emergencia

Una **emergencia médica** ocurre cuando usted, o cualquier persona prudente sin formación médica pero con conocimientos promedio sobre salud, considera que presenta síntomas que requieren atención médica inmediata para evitar la muerte (y, en el caso de una persona embarazada, la pérdida del feto), la pérdida de una extremidad o de su función o la pérdida o

el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.

En caso de emergencia médica:

- **Busque ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o acuda a la sala de emergencia o el hospital más cercano. Llame para solicitar una ambulancia en caso de necesitar una. No es necesario obtener primero la aprobación o una remisión del PCP. No es necesario que consulte a un médico de la red. Puede recibir atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite, en todo el mundo y de cualquier proveedor con la autorización estatal correspondiente, incluso si no forma parte de nuestra red.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de que se haya notificado a nuestro plan sobre su emergencia.** Debemos hacer el seguimiento de su atención médica de emergencia. Usted u otra persona deberá llamarnos para informarnos de su atención médica de emergencia, generalmente en el plazo de 48 horas. Nuestro número de teléfono se encuentra en su tarjeta de identificación de miembro.

Servicios cubiertos en una emergencia médica

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

Los médicos que le brindan atención médica de emergencia decidirán cuándo su afección está estable y cuándo la emergencia médica ha terminado.

Una vez que finaliza la emergencia, tiene derecho a recibir atención médica de seguimiento para garantizar que su estado de salud siga estable. Los médicos seguirán tratándole hasta que se comuniquen con nosotros y planifiquen la atención médica adicional. Nuestro plan cubre la atención médica de seguimiento.

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

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

A veces, puede ser difícil determinar si tiene una emergencia médica. Por ejemplo, podría solicitar atención médica de emergencia creyendo que su salud corre grave peligro, pero el médico puede considerar que, en realidad, no se trataba de una emergencia médica. Si resulta que no se trató de una emergencia, siempre que usted haya creído razonablemente que su salud corría grave peligro, cubriremos la atención médica que reciba.

Sin embargo, después de que el médico diga que no se trató una emergencia, cubriremos la atención médica adicional solo si usted la recibe de una de estas 2 maneras:

- si consulta a un proveedor de la red para recibir la atención médica adicional;

- si la atención médica adicional que usted recibe se considera un servicio de urgencia y usted sigue las normas que se indican a continuación para recibir dicha atención de urgencia.

Sección 3.2 Cómo recibir atención médica cuando necesita servicios con urgencia

Un servicio que requiere atención médica inmediata (pero no es una emergencia) se considera servicio de urgencia 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 encuentre, recibir este servicio de proveedores de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son los que se prestan en caso de enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de enfermedades existentes. Sin embargo, no se considera que las visitas de rutina médica 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.

Siempre debe intentar obtener los servicios de urgencia de proveedores de la red. Sin embargo, si no puede acceder a los proveedores o estos no están disponibles temporalmente y no es razonable esperar para recibir atención médica del proveedor de la red cuando esta esté disponible, cubriremos los servicios de urgencia de un proveedor fuera de la red.

- Si la necesidad de atención urgente ocurre durante el horario de atención habitual de su PCP, llámelo para recibir indicaciones.
- Si la necesidad de atención de urgencia se presenta después del horario de atención, o si no puede comunicarse con su PCP, diríjase a un centro de atención de urgencias de la red que figure en nuestro *Directorio de proveedores*. Si desea encontrar el *Directorio de proveedores* más actualizado, visite nuestro sitio web <https://gh-findcare.globalhealthportals.com/oklahoma/globalhealth/medicare>.

Nuestro plan cubre servicios de urgencia y emergencia en todo el mundo fuera de los Estados Unidos en los siguientes casos:

- Cuando usted crea que su situación es una emergencia y que viajar o esperar hasta estar en su casa no sería seguro para su afección médica.

Sección 3.3 Cómo recibir atención médica durante una catástrofe

Si el gobernador de su estado, el ministro del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. o el presidente de los Estados Unidos declara un estado de catástrofe o emergencia en su área geográfica, usted seguirá teniendo derecho a recibir atención médica de nuestro plan.

Ingrésese en www.globalhealth.com para obtener información sobre cómo recibir la atención médica necesaria durante una catástrofe.

Si no puede consultar a un proveedor de la red durante una catástrofe, nuestro plan le permitirá obtener atención médica de proveedores fuera de la red con costos compartidos dentro de la red.

SECCIÓN 4 Cómo proceder si se le factura directamente por el costo total de los servicios cubiertos

Si pagó un monto mayor que el costo compartido de nuestro plan por los servicios cubiertos, o si recibe 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 nuestro plan no cubre los servicios, usted debe pagar el costo total

Generations Valor (HMO) cubre todos los servicios médicamente necesarios que se enumeran en el Tabla de Beneficios Médicos incluido en el capítulo 4. Si recibe servicios que nuestro plan no cubre o servicios fuera de la red sin autorización, será responsable de pagar el costo total de esos servicios.

En el caso de los servicios cubiertos sujetos a una limitación de beneficios, usted también paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de agotar su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Una vez que haya alcanzado un límite de beneficios, el pago de los costos no se contará para el cálculo de la cantidad máxima a costo de su bolsillo.

SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica

Sección 5.1 Qué es un estudio clínico de investigación

Los médicos y científicos llevan a cabo estudios de investigación clínica (también llamados *ensayos clínicos*) para probar nuevos tipos de atención médica, como observar la acción de un nuevo medicamento para el tratamiento del cáncer. Ciertos estudios de investigación clínica cuentan con la aprobación Medicare. Estos estudios aprobados por Medicare suelen buscar voluntarios para participar en ellos. Cuando participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su atención médica (cuidado que no está relacionado 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 comunica que está participando en un ensayo clínico calificado, entonces solo deberá pagar el costo compartido dentro de la red para los servicios de ese ensayo. Si pagó de más (por ejemplo, si ya pagó el monto del costo compartido de Medicare Original), le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido dentro de la red. Deberá presentar la documentación que demuestre cuánto pagó.

Si desea participar en algún estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no es necesario que nos informe ni obtenga nuestra aprobación de ni la de su PCP. No es necesario que los proveedores que le brindan atención médica como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red de nuestro plan. (esto no se aplica a los beneficios cubiertos que necesitan de un ensayo clínico o registro para evaluar su eficacia, incluidos ciertos beneficios que exigen cobertura condicionada a la recopilación de evidencia [NCD-CED por sus siglas en inglés] y los estudios con exención para dispositivos en investigación [IDE por sus siglas en inglés]; 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.

Si participa en un estudio que no tiene la aprobación de 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 clínico de investigación

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 los siguientes:

- Gastos de habitación y comidas durante una hospitalización que Medicare cubriría incluso si usted no participara en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si es parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones de la nueva atención médica.

Después de que Medicare pague su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido con Medicare Original y el costo compartido dentro de la red que le corresponde a usted como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará el mismo monto por los servicios que recibe como parte del estudio que los que pagaría si recibiera estos servicios de nuestro plan. Sin embargo, debe presentar la documentación que demuestre el monto de costo compartido que pagó. Consulte el capítulo 5 para obtener más información sobre cómo presentar solicitudes de pago.

Ejemplo de costo compartido en un ensayo clínico: Supongamos que, como parte del estudio de investigación, se le hacen análisis de laboratorio por un costo de \$100. Su parte de los costos de este análisis es \$20 con Medicare Original, mientras que con nuestro plan el costo sería de \$10. En este caso, Medicare Original pagaría \$80 por el análisis y usted abonaría \$20 de copago que se exige conforme a Medicare Original. Deberá informar a nuestro plan que obtuvo un servicio de ensayo clínico calificado y presentar la documentación pertinente (como la factura del proveedor) a nuestro plan. Posteriormente, nuestro plan le pagaría a usted directamente \$10. De este modo, su pago neto por el análisis es de \$10, el mismo monto que paga conforme a los beneficios de nuestro plan.

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

- Por lo general, Medicare no pagará el nuevo artículo o servicio que el estudio está probando, salvo que lo cubriera aunque usted no participara en el estudio.
- Los artículos o servicios suministrados con el único fin de recopilar datos y que no se usan en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no pagará las tomografías computarizadas (CT por sus siglas en inglés) realizadas todos los meses como parte de un estudio si su afección médica por lo general requeriría una sola CT.
- Los artículos y servicios suministrados por los patrocinadores de la investigación de forma gratuita para las personas que participan 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 and Clinical Research Studies* (Medicare y los estudios de investigación clínica) de Medicare, disponible en www.Medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf. Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

Sección 6.1 Una institución religiosa no médica de cuidado dedicada al cuidado de la salud

Una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud es un centro que ofrece atención médica para una afección que por lo general se trataría en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Si recibir cuidado en un hospital o en un centro de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de algún miembro, en su lugar cubriremos la atención médica en una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud. Este beneficio es exclusivo de los servicios para pacientes internados de la Parte A (servicios de atención de la salud no médica).

Sección 6.2 Cómo obtener atención médica de una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud

Para recibir atención de una institución no médica religiosa dedicada al cuidado de la salud, debe firmar un documento legal en el que declare que se opone conscientemente a recibir tratamiento médico **no exceptuado**.

- Se considera tratamiento o atención médica **no exceptuado** al tratamiento o la atención médica *voluntario* que no sea *obligatorio* conforme a ninguna ley federal, estatal o local.

- Se considera tratamiento médico **exceptuado** al tratamiento o la atención médica que *no es voluntario o que se exige en virtud de la ley federal, estatal o local.*

Para recibir cobertura de nuestro plan, la atención médica que usted recibe de una institución no médica religiosa dedicada al cuidado de la salud debe cumplir las siguientes condiciones:

- El centro que brinda la atención médica debe estar certificado por Medicare.
- Nuestro plan solo cubre los aspectos no religiosos de la atención médica.
- Si recibe servicios de esta institución en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
 - debe tener una afección médica que le permita recibir servicios cubiertos de atención hospitalaria para pacientes internados o atención en un centro de enfermería especializada;
 - y debe obtener aprobación previa de nuestro plan antes de ingresar al centro; de lo contrario, la estancia no tendrá cobertura.

El costo compartido y los límites de cobertura de Medicare para hospitalizaciones se aplican a los servicios obtenidos en una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud (consulte el Tabla de Beneficios Médicos en el capítulo 4).

SECCIÓN 7 Normas para obtener la propiedad de equipos médicos duraderos

Sección 7.1 No será propietario de ciertos equipos médicos duraderos después de hacer una determinada cantidad de pagos conforme a nuestro plan

El equipo médico duradero (DME por sus siglas en inglés) incluye artículos como equipos de oxígeno e suministros, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para la diabetes, dispositivos generadores de voz, bombas para infusión IV, nebulizadores y camas de hospital solicitadas por un proveedor para que los miembros las usen en su casa. El miembro siempre tendrá la propiedad de algunos artículos del DME, como las prótesis. Hay otros tipos de DME que debe alquilar.

En Medicare Original, quienes alquilan ciertos tipos de DME pueden quedarse con el equipo después de pagar el copago del artículo durante 13 meses. **Sin embargo, como miembro de Generations Valor (HMO), generalmente no obtendrá la propiedad de los artículos de DME alquilados, independientemente de la cantidad de copagos que pague por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan.** No obtendrá la propiedad, aunque haya hecho hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de DME en Medicare Original antes de inscribirse en nuestro plan. En determinadas circunstancias, le transferiremos la propiedad del DME a usted. Llame a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.

¿Qué sucede con los pagos que hizo por los equipos médicos duraderos si se cambia a Medicare Original?

Si no obtuvo la propiedad del DME mientras era miembro de nuestro plan, deberá hacer otros 13 pagos consecutivos después de cambiar a Medicare Original para poder adquirir el DME. Los pagos que hizo mientras estaba inscrito en nuestro plan no cuentan como parte de estos 13 pagos.

Ejemplo 1: hizo 12 pagos consecutivos o menos por un artículo en Medicare Original y, luego, se inscribió en nuestro plan. Los pagos que hizo en Medicare Original no se toman en cuenta.

Ejemplo 2: hizo 12 pagos consecutivos o menos por un artículo en Medicare Original y, luego, se inscribió en nuestro plan. No obtuvo la propiedad del artículo mientras era miembro de nuestro plan. Posteriormente, vuelve a Medicare Original. Deberá hacer otros 13 pagos consecutivos para obtener la propiedad del artículo una vez que vuelve a inscribirse en Medicare Original. Los pagos que ya haya hecho (ya sea a nuestro plan o a Medicare Original) no se toman en cuenta.

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

Si reúne los requisitos para la cobertura de los equipos de oxígeno de Medicare, Generations Valor (HMO) cubrirá lo siguiente:

- Alquiler de equipos de oxígeno
- Suministro de oxígeno y sus contenidos
- Tubos y accesorios relacionados para la administración de oxígeno y sus contenidos
- Mantenimiento y reparaciones de equipos de oxígeno

Si abandona Generations Valor (HMO) o ya no necesita el equipo de oxígeno por motivos médicos, deberá devolver el equipo.

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

Medicare Original exige que un proveedor de oxígeno le brinde servicios durante 5 años. Durante los primeros 36 meses, usted debe alquilar el equipo. Durante los 24 meses restantes, el proveedor suministra el equipo y se encarga del mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago por el oxígeno). Después de 5 años, puede optar por quedarse en la misma compañía o cambiarse a otra. En ese momento, el ciclo de 5 años vuelve a empezar, aunque se quede con la misma compañía, y debe pagar copagos otra vez durante los primeros 36 meses. Si usted se inscribe en nuestro plan o lo abandona, el ciclo de 5 años comienza de nuevo.

CAPÍTULO 4:

Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

SECCIÓN 1 Entendiendo los costos de su bolsillo por servicios cubiertos

En el Tabla de Beneficios Médicos se enumeran los servicios cubiertos y se indica cuánto paga usted por cada servicio cubierto como miembro de Generations Valor (HMO). En esta sección también se incluye información sobre los servicios médicos que no están cubiertos y se explican las limitaciones para determinados servicios.

Sección 1.1 Costos de su bolsillo que puede pagar por servicios cubiertos

Los tipos de costos de su bolsillo que puede pagar por los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:

- **Copago:** el monto fijo que usted paga cada vez que recibe determinados servicios médicos. Usted abonará un copago en el momento en que recibe el servicio médico (en el Tabla de Beneficios Médicos encontrará más información sobre los copagos).
- **Coseguro:** el porcentaje que usted paga del costo total de determinados servicios médicos. Usted pagará un coseguro en el momento en que reciba el servicio médico (en el Tabla de Beneficios Médicos encontrará más información sobre el coseguro).

La mayoría de las personas que reúnen los requisitos para Medicaid o para el programa Beneficiario Calificado de Medicare (QMB por sus siglas en inglés) no pagan deducibles, copagos ni coseguro. Si participa en uno de estos programas, asegúrese de mostrarle su evidencia de elegibilidad para Medicaid o QMB a su proveedor.

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

Los planes Medicare Advantage prevén límites en el monto total que debe pagar de su bolsillo cada año por servicios médicos dentro de la red cubiertos por Medicare Parte A y Medicare Parte B. Este límite se denomina costos de su bolsillo (MOOP por sus siglas en inglés) por servicios médicos. **Para el año calendario 2026 el monto de la MOOP es de \$3,900.**

Los montos que paga de los copagos y el coseguro por servicios cubiertos dentro de la red cuentan para el cálculo de estos costos de su bolsillo. Además, los montos que usted pague por algunos servicios no cuentan para el cálculo de los costos de su bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco en el Tabla de Beneficios Médicos. Si alcanza la cantidad de su bolsillo de **\$3,900**, no deberá 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 Parte B (a menos que Medicaid o un tercero paguen la prima de la Parte B por usted).

Sección 1.3 Los proveedores no pueden facturarle el saldo

Como miembro de Generations Valor (HMO), cuenta con una protección importante, ya que solo debe pagar su monto de costo compartido cuando recibe los servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden facturarle cargos adicionales por separado, lo que se conoce como **facturación del saldo**. Esta protección se aplica incluso si le pagamos al proveedor menos

de lo que el proveedor cobra por un servicio, y también si existe una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

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

- Si su costo compartido es un copago (un monto fijo en dólares, por ejemplo, \$15.00), usted paga únicamente ese monto por cualquier servicio cubierto de un proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), usted nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor que visite:
 - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de reembolso de nuestro plan (esto se estipula en el contrato entre el proveedor y nuestro plan).
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa en Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de pago de Medicare para proveedores participantes (nuestro plan cubre los servicios de proveedores fuera de la red solo en algunos casos, por ejemplo, cuando obtiene una remisión, tiene una emergencia o recibe servicios de urgencia).
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de pago de Medicare para proveedores no participantes (nuestro plan cubre los servicios de proveedores fuera de la red solo en algunos casos, por ejemplo, cuando obtiene una remisión, tiene una emergencia o recibe servicios de urgencia fuera del área de servicio).
- Si cree que un proveedor le facturó un saldo, llame a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 2 En el Tabla de Beneficios Médicos se muestran sus costos y beneficios médicos

En el Tabla de Beneficios Médicos que se encuentra en las próximas páginas se enumeran los servicios que cubre Generations Valor (HMO) y lo que usted paga de su bolsillo por cada servicio. Los servicios enumerados en el Tabla de Beneficios Médicos están cubiertos solo cuando se cumplen los siguientes criterios:

- Los servicios cubiertos por Medicare deben brindarse según las pautas de cobertura de Medicare.
- Sus servicios (que incluyen atención médica, servicios, suministros, equipos y medicamentos de la Parte B) deben ser médicalemente necesarios. “Médicamente necesario” significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar su afección médica y cumplen con normas aceptadas de la práctica médica.

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

- Si se inscribió recientemente, el plan de atención médica coordinada Medicare Advantage (MA por sus siglas en inglés) debe facilitar un período de transición mínimo de 90 días. En ese plazo, el nuevo plan MA no puede requerir autorización previa para ningún ciclo de tratamiento en curso, ni siquiera si el ciclo de tratamiento fue para un servicio que comenzó 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 recibe de un proveedor fuera de la red no se cubrirá, a menos que se trate de atención médica de emergencia o de urgencia, o que nuestro plan o un proveedor de la red le hayan dado una remisión. Esto significa que usted le paga al proveedor la totalidad de los servicios fuera de la red que recibe.
- Usted cuenta con un proveedor de atención primaria (PCP por sus siglas en inglés) que le brinda atención médica y la supervisa. En la mayoría de los casos, el PCP debe darle su aprobación por adelantado (una remisión) antes de que usted pueda consultar a otros proveedores de la red de nuestro plan.
- Algunos de los servicios enumerados en el Tabla de Beneficios Médicos están cubiertos *únicamente* si su médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra aprobación por adelantado (a veces denominada autorización previa). Los servicios cubiertos que necesitan aprobación previa están marcados en el Tabla de Beneficios Médicos en negrita. Estos servicios no enumerados en el Tabla de Beneficios Médicos también necesitan autorización previa:
 - Remisiones a cualquier proveedor fuera de la red.
 - Servicios que son beneficios cubiertos, pero que el médico presta fuera de su consultorio.
 - Cualquier otro servicio que no esté específicamente enumerado en el Tabla de Beneficios Médicos.
- Si su plan de atención médica coordinada aprueba una solicitud de autorización previa para un plan de tratamiento, dicha aprobación deberá mantenerse vigente durante el tiempo que sea médica y razonablemente necesario para evitar interrupciones en la atención, de acuerdo con los criterios de cobertura aplicables, sus antecedentes médicos y la recomendación del proveedor responsable.

Otros puntos importantes que debe saber sobre nuestra cobertura:

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. Por algunos de estos beneficios, usted paga *más* con nuestro plan de lo que pagaría con Medicare Original. Por otros, paga *menos*. (Para obtener más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte el manual *Medicare y Usted 2026*, en línea en www.Medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227] y solicite una copia; los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- En el caso de los servicios médicos preventivos cubiertos sin costo alguno por Medicare Original, nosotros también los cubrimos sin costo para usted. Sin embargo, si durante la visita que recibe el servicio preventivo también se le brinda tratamiento o seguimiento por una afección médica preexistente, se aplicará un copago por la atención que recibió para dicha afección.

- Si Medicare aumenta la cobertura de algún servicio nuevo durante 2026, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.



Esta manzana indica los servicios preventivos en el Tabla de Beneficios Médicos.

Tabla de Beneficios Médicos

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p> Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Una ecografía preventiva por única vez para personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre este examen preventivo si posee ciertos factores de riesgo y si obtiene la remisión correspondiente del médico, asociado médico, enfermera de práctica avanzada o especialista en enfermería clínica.</p>	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible a los miembros elegibles para este examen de detección preventivo.</p> <p>Los servicios médicos no preventivos que se prestan durante la visita pueden requerir copagos.</p>
<p>Acupuntura para el dolor lumbar crónico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <p>Se cubren hasta 12 visitas en 90 días en los siguientes casos:</p> <p>A los efectos de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como aquel que tiene las siguientes 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 enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • no está asociado con una intervención quirúrgica; y • no está asociado con el embarazo. <p>Se cubrirán 8 sesiones adicionales para pacientes que muestren mejoría. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura para el dolor de espalda crónico al año.</p> <p>El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o empeora.</p> <p>Requisitos que debe reunir el proveedor:</p> <p>Los médicos (según se define en el inciso 1861[r][1] de la Ley de Seguro Social [la “Ley”]) pueden practicar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales vigentes.</p>	<p>Usted paga \$25 de copago por los servicios de acupuntura cubiertos por Medicare para el tratamiento del dolor lumbar crónico.</p> <p>Se puede requerir remisión y autorización previa.</p>

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Los asociados médicos (PA), enfermeros de práctica avanzada (NP)/especialistas en enfermería clínica (CNS) (según se identifican en el inciso 1861[aa][5] de la Ley) y el personal auxiliar pueden prestar servicios de acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales vigentes y disponen de lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• un título de maestría o doctorado en acupuntura o medicina oriental otorgado por una institución acreditada por la Comisión de Acreditación en Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM por sus siglas en inglés); y• una licencia vigente, completa, activa y sin restricciones para practicar acupuntura en un estado, territorio o mancomunidad (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o en District of Columbia. <p>El personal auxiliar que preste servicios de acupuntura debe estar bajo el nivel adecuado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS según lo exigen nuestras regulaciones previstas en los incisos 410.26 y 410.27 del título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR).</p>	
<p>Servicios de ambulancia</p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea en situaciones de emergencia o que no son de emergencia, incluyen ambulancias terrestres y aéreas de ala fija y de ala rotatoria hasta el centro adecuado más cercano que pueda brindar atención médica, siempre que se presten a un miembro cuya afección médica sea tal que otros medios de transporte puedan poner en riesgo su salud o si así lo autoriza nuestro plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, se debe documentar que la afección del miembro es tal que otro medio de transporte podría poner en riesgo la salud del paciente y que el traslado en ambulancia es médica mente necesario.</p>	<p>Usted paga el 20% del costo total por el servicio de ambulancia aérea cubierto por Medicare por tramo.</p> <p>Usted paga \$240 de copago por los servicios de ambulancia terrestre cubiertos por Medicare por tramo.</p> <p>Si le admiten en el hospital, no tiene que pagar el copago ni el coseguro de los servicios de ambulancia.</p> <p>Usted será responsable del costo si llama a una ambulancia, pero no va al hospital.</p> <p>Los servicios no relacionados con el transporte no tienen cobertura.</p>

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Examen físico anual <ul style="list-style-type: none">• Examen del sistema cardíaco, pulmonar, abdominal y neurológico• Exploración física del cuerpo (como de la cabeza, el cuello y las extremidades)• Antecedentes médicos/familiares detallados• Límite de un examen por año además de la visita anual de bienestar <p>Debe realizarse en el consultorio del PCP. Contáctese con su PCP para programar una cita.</p>	Se requiere autorización previa para el transporte que no sea de emergencia. No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para el examen físico anual.
 Visita anual de bienestar <p>Si tiene la Parte B desde hace más de 12 meses, puede acudir a una visita anual de bienestar para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado en función de su estado de salud actual y sus factores de riesgo. Esto se cubre una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: Su primera visita anual de bienestar no se puede llevar a cabo en los 12 meses posteriores a la visita preventiva de <i>Bienvenida a Medicare</i>. Sin embargo, no es necesario que haya tenido una visita de <i>Bienvenida a Medicare</i> para gozar de cobertura en las visitas anuales de bienestar luego de haber tenido la Parte B durante 12 meses.</p>	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para la visita anual de bienestar. Los servicios médicos no preventivos que se prestan durante la visita pueden requerir copagos.
 Densitometrías óseas <p>Para las personas que reúnen los requisitos (generalmente, esto se refiere a quienes corren riesgo de perder masa ósea o de tener osteoporosis), se cubren los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si son médicaamente necesarios: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar la pérdida ósea o determinar la calidad ósea, incluida la interpretación de los resultados por parte de un médico.</p>	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para el examen de densitometría ósea cubierto por Medicare. Los servicios médicos no preventivos que se prestan durante la visita pueden exigir el abono de un copago.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p> Examen de detección de cáncer de mama (mamografías)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía inicial entre los 35 y los 39 años • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres mayores de 40 años • Un examen clínico de mamas cada 24 meses • Mamografías 2D y 3D 	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para las mamografías de detección cubiertas.</p> <p>Los servicios médicos no preventivos que se prestan durante la visita pueden requerir copagos.</p>
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca</p> <p>Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y asesoramiento se cubren para miembros que cumplan ciertos requisitos y con la remisión de un médico.</p> <p>Nuestro plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que, por lo general, son más rigurosos o más intensos que los programas estándar de rehabilitación cardíaca.</p>	<p>Usted paga \$30 de copago por cada visita como paciente ambulatorio para los servicios estándar e intensivos de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare.</p> <p>Se puede requerir remisión y autorización previa.</p>
<p> Visita para la reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular (tratamiento de enfermedades cardiovasculares)</p> <p>Cubrimos una visita por año con su médico de atención primaria para ayudarle a reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante esta visita, el médico puede evaluar el uso de ácido acetilsalicílico (si corresponde), controlarle la presión arterial y darle consejos para asegurarse de que esté alimentándose de forma saludable.</p>	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de terapia conductual intensiva para enfermedades cardiovasculares.</p> <p>Los servicios médicos no preventivos que se prestan durante la visita pueden requerir copagos.</p>
<p> Examen de detección de enfermedad cardiovascular</p> <p>Los análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas con un riesgo elevado de enfermedad cardiovascular) se cubren una vez cada 5 años (60 meses).</p>	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para las pruebas de enfermedad cardiovascular que se cubren una vez cada 5 años.</p> <p>Los servicios médicos no preventivos que se prestan durante la visita pueden requerir copagos.</p>

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p> Examen de detección de cáncer vaginal y del cuello uterino</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> Para todas las mujeres: las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos están cubiertos una vez cada 24 meses. Si corre un riesgo alto de tener cáncer vaginal o del cuello uterino o está en edad fértil y obtuvo un resultado anormal en la prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años, se cubre una prueba de Papanicolaou cada 12 meses 	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para pruebas de Papanicolaou y tactos vaginales preventivos cubiertos por Medicare.</p> <p>Debe realizarse pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos con su PCP o con un ginecobstetra (OB/GYN por sus siglas en inglés) de la red.</p> <p>Los servicios médicos no preventivos que se prestan durante la visita pueden requerir copagos.</p>
<p>Servicios quiroprácticos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> Solo cubrimos la manipulación manual de la columna para corregir subluxaciones. 	<p>Usted paga \$20 de copago por cada visita para los servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios de alivio y tratamiento del dolor crónico</p> <p>Se cubren los servicios mensuales 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 los medicamentos y la coordinación y planificación de la atención médica.</p>	<p>El costo compartido de este servicio variará según los servicios individuales proporcionados durante el curso del tratamiento.</p> <p>Servicios de especialistas:</p> <p>Usted paga \$35 de copago por cada visita al consultorio de un especialista para los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Se puede requerir remisión y autorización previa.</p> <p>Supervisión remota:</p> <p>Usted paga \$35 de copago una vez cada 30 días para los servicios de supervisión remota cubiertos por Medicare según las pautas de cobertura.</p>

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Pruebas de diagnóstico de cáncer colorrectal Se trata de las pruebas para diagnosticar síntomas separadas de los servicios de detección.	Coordinación y planificación de la atención médica: No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para los servicios de coordinación de la atención médica. Se puede requerir remisión y autorización previa. Usted paga \$250 de copago por cada visita para los servicios cubiertos por Medicare en un centro de cirugía ambulatoria. Se puede requerir remisión y autorización previa. Usted paga \$320 de copago por cada visita para los servicios cubiertos por Medicare en un departamento de cirugía ambulatoria. Se puede requerir remisión y autorización previa. Si le admiten en un nivel de cuidados intensivos para pacientes internados después de una cirugía ambulatoria o en un consultorio externo, no deberá pagar el copago correspondiente a dicha cirugía.
 Examen de detección de cáncer colorrectal Los siguientes servicios tienen cobertura: <ul style="list-style-type: none">La colonoscopia no tiene límite de edad mínimo ni máximo y se cubre una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no presentan alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no presentan alto riesgo de cáncer colorrectal y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para el examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare. Si el médico encuentra y extirpa un pólipos u otro tejido durante la colonoscopia o la sigmoidoscopia flexible, no se aplican coseguro, copago ni deducible.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<ul style="list-style-type: none">• La colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años o más que no presentan alto riesgo de cáncer colorrectal se cubre cuando han pasado al menos 59 meses después del mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o bien 47 meses después del mes en que se realizó la última sigmoidoscopia flexible de detección o colonoscopia de detección. En el caso de los pacientes que presentan alto riesgo de cáncer colorrectal, es posible que se pague 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 presentan alto riesgo después de haber recibido 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 heces para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses.• Análisis de DNA en heces multidiana para pacientes de 45 a 85 años que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años.• Análisis de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años que no cumplen 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 un resultado positivo en un examen de detección de cáncer colorrectal no invasivo en heces cubierto por Medicare.	Los servicios médicos no preventivos que se prestan durante la visita pueden requerir copagos.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<ul style="list-style-type: none"> Los exámenes de detección de cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible de detección o una colonoscopia de detección planificadas que implican la extracción de tejido u otra materia, u otro procedimiento proporcionado en relación con, como resultado de y en el mismo encuentro clínico que la prueba de detección. 	
<p>Servicios dentales</p> <p>En general, Medicare Original no cubre los servicios dentales preventivos (como las limpiezas, los exámenes dentales de rutina y las radiografías dentales). Sin embargo, Medicare paga los servicios dentales en determinadas circunstancias, específicamente cuando ese servicio es una parte integral del tratamiento específico de la afección médica principal de una persona. Los ejemplos de servicios incluyen la reconstrucción de una fractura o lesión de la mandíbula, las extracciones de dientes realizadas en preparación para el tratamiento de radiación contra un cáncer que afecta la mandíbula o los exámenes bucales antes de un trasplante de órganos. Además, cubrimos estos servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> Servicios dentales integrales Servicios dentales preventivos 	<p>Usted paga \$35 de copago por cada visita al consultorio para los servicios dentales cubiertos por Medicare.</p> <p>Se puede requerir remisión y autorización previa.</p>
<p>* Servicios dentales integrales</p> <ul style="list-style-type: none"> Servicios de restauración Endodoncia Periodoncia Prostodoncia, extraíble Prótesis maxilofacial Prostodoncia, fija Cirugía bucal y maxilofacial Servicios generales complementarios <p>Para conocer los códigos dentales cubiertos y las limitaciones específicas, consulte el cuadro de beneficios dentales al final de esta sección. Si le prestan servicios antes de que finalice el plazo, usted será responsable del costo de dichos servicios. Si desea obtener ayuda para encontrar</p>	<p>Servicios de restauración:</p> <ul style="list-style-type: none"> No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para los empastes. Usted paga 20% del costo total por otros servicios de restauración. <p>Endodoncia:</p> <ul style="list-style-type: none"> Usted paga 20% del costo total por los servicios de endodoncia.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
un dentista de la red o si necesita más información sobre estos servicios cubiertos, llame a DentaQuest al 1-833-955-3423 (TTY: 1-800-466-7566), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre).	<p>Periodoncia:</p> <ul style="list-style-type: none">• No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para las limpiezas periodontales. Consulte la sección “Servicios dentales preventivos”.• Usted paga 20% del costo total por otros servicios periodontales.
	<p>Prostodoncia, extraíble</p> <ul style="list-style-type: none">• Usted paga 20% del costo total por los servicios de prostodoncia.
	<p>Prótesis maxilofacial</p> <ul style="list-style-type: none">• Usted paga 20% del costo total por prótesis maxilofaciales.
	<p>Prostodoncia, fija</p> <ul style="list-style-type: none">• Usted paga 20% del costo total por los servicios de prostodoncia.
	<p>Cirugía bucal y maxilofacial</p> <ul style="list-style-type: none">• Usted paga 20% del costo total por cirugía bucal y maxilofacial.
	<p>Servicios generales complementarios</p> <ul style="list-style-type: none">• No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para los servicios generales complementarios.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
	<p>Solo pagaremos hasta un total de \$1,500 por los servicios dentales preventivos e integrales por año. Usted paga el monto que supere esta asignación.</p> <p>* El coseguro que pague por los servicios dentales complementarios no cuentan para el cálculo de la suma máxima de gastos de bolsillo. Todo monto que pague que sea superior a la asignación del plan no cuenta para el cálculo de la cantidad maxima que paga de su bolsillo.</p>
Servicios dentales preventivos	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para los servicios dentales preventivos.</p> <p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para limpieza periodontal, combinada con limpiezas preventivas.</p> <p>Solo pagaremos hasta un total de \$1,500 por los servicios dentales preventivos e integrales por año. Usted paga el monto que supere esta asignación.</p> <p> Todo monto que pague que sea superior a la asignación del plan no cuenta para el cálculo de la cantidad maxima que paga de su bolsillo.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Limpieza • Radiografías dentales • Exámenes bucales • Tratamiento con flúor <p>Para conocer los códigos dentales cubiertos y las limitaciones específicas, consulte el cuadro de beneficios dentales al final de esta sección. Si le prestan servicios antes de que finalice el plazo, usted será responsable del costo de dichos servicios. Si desea obtener ayuda para encontrar un dentista de la red o si necesita más información sobre estos servicios cubiertos, llame a DentaQuest al 1-833-955-3423 (TTY: 1-800-466-7566), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre).</p>	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para la evaluación de depresión.</p>
 Evaluación de depresión	
Cubrimos una evaluación de depresión por año. Esta evaluación debe hacerse en un entorno de atención médica	

Servicio cubierto	Lo que usted paga
primaria en el que se ofrezcan tratamientos de seguimiento o remisiones.	Los servicios médicos no preventivos que se prestan durante la visita pueden requerir copagos.
Servicios de dermatología Cubrimos los servicios y el tratamiento que habitualmente se brindan en una visita al consultorio.	Usted paga \$35 de copago por cada visita al consultorio para los servicios de dermatología cubiertos por Medicare. No se requiere remisión ni autorización previa para las visitas de evaluación. Se puede requerir remisión y autorización previa para algunos servicios.
 Examen de detección de diabetes Cubrimos este examen de detección (que 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 nivel elevado de azúcar en sangre (glucosa). Este examen también puede cubrirse si usted reúne otros requisitos, como tener sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes. Es posible que sea elegible para un máximo de 2 exámenes de detección de diabetes cada 12 meses después de la fecha del examen de detección de diabetes más reciente.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para los exámenes de detección de diabetes cubiertos por Medicare. Los servicios médicos no preventivos que se prestan durante la visita pueden requerir copagos.
 Servicios e suministros para la diabetes y capacitación para el autocontrol de la diabetes Para todos los pacientes diabéticos (que usan y no usan insulina). Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: <ul style="list-style-type: none">• Suministros para controlar la glucosa en sangre: medidores de glucosa en sangre, tiras reactivas de glucosa en sangre, dispositivos para punción y lancetas y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y los medidores.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para los suministros de las pruebas estándar de diabetes cubiertos por Medicare. Se puede requerir autorización previa. No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para los

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<ul style="list-style-type: none">◦ Esta es la única marca de medidores de glucosa en sangre y tiras reactivas que se cubre: Ascensia (Contour).◦ Estas son las únicas marcas de medidores continuos de glucosa (límite de 1 medidor cada 365 días) e suministros que se cubren: Dexcom® y FreeStyle.◦ Generations Valor (HMO) cubre los medidores de glucosa en sangre y las tiras reactivas que se incluyen en la lista de marcas preferidas anterior a través de las farmacias de la red.◦ Por lo general, Generations Valor (HMO) cubre los medidores de glucosa en sangre y las tiras reactivas que se incluyen en la lista de marcas preferidas anterior a través de las farmacias de la red. No cubriremos marcas de otros fabricantes a menos que su médico u otro proveedor nos indique que esa marca es apropiada para sus necesidades médicas. Si usted es un miembro nuevo en Generations Valor (HMO) y usa una marca de medidor de glucosa en sangre y tiras reactivas que no está en nuestra lista, seguiremos cubriendo esta marca por un máximo de 90 días. Durante este tiempo, debe hablar con su médico para decidir qué marca de medidor de glucosa en sangre y tira reactiva es adecuada desde el punto de vista médico después de este período de 90 días. (si no está de acuerdo con su médico, puede pedirle que le dé una remisión para obtener una segunda opinión).• Si usted (o su proveedor) no está de acuerdo con la decisión de cobertura de nuestro plan, puede presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor en cuanto al producto o la marca apropiados para su afección médica (Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el capítulo 7).	<p>zapatos o las plantillas terapéuticos cubiertos por Medicare.</p> <p>Se puede requerir autorización previa.</p> <p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para la capacitación para el autocontrol de la diabetes cubierta por Medicare.</p> <p>Los servicios médicos no preventivos que se prestan durante la visita pueden requerir copagos.</p>

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<ul style="list-style-type: none">Para personas con diabetes que padecen una enfermedad grave del pie diabético: un par de zapatos terapéuticos a medida (incluidas las plantillas que se entregan con ese tipo de calzado) por año calendario y 2 pares de plantillas adicionales, o un par de zapatos ortopédicos a medida y 3 pares de plantillas (sin incluir las plantillas extraíbles no personalizadas que vienen con ese tipo de calzado). La cobertura incluye la adaptación al calzado.La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta en determinadas circunstancias.	<p>Usted paga 20% del costo total por el equipo médico duradero cubierto por Medicare.</p> <p>Se puede requerir autorización previa.</p> <p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para los suministros para la diabetes de la Parte B. Consulte la capacitación para el autocontrol de la diabetes y los servicios e suministros para la diabetes para obtener más información.</p> <p>Se puede requerir autorización previa.</p> <p>Su costo compartido correspondiente a la cobertura de Medicare para los equipos de oxígeno es el 20% del costo total, todos los meses.</p> <p>Después de 36 meses de estar inscrito en Generations Valor (HMO), su costo compartido cambiará a \$0 para los concentradores. Si usa tanques de oxígeno o cilindros que necesitan suministro de</p>
<p>Equipo médico duradero (DME por sus siglas en inglés) e suministros relacionados</p> <p>(Para conocer la definición de “equipo médico duradero”, consulte los capítulos 10 y 3).</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas de hospital solicitadas por un proveedor para usar en el hogar, bombas para infusión IV, dispositivos generadores de voz, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p> <p>Cubrimos todos los DME médicamente necesarios cubiertos por 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 por usted. La lista más reciente de proveedores se encuentra disponible en nuestro sitio web en www.globalhealth.com.</p>	

Servicio cubierto	Lo que usted paga
	<p>oxígeno, pagará el 20% del monto aprobado por Medicare.</p> <p>Se puede requerir autorización previa.</p> <p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para los equipos médicos duraderos cubiertos por Medicare y suministrado por una agencia de atención médica domiciliaria.</p> <p>Se puede requerir autorización previa.</p>
Atención médica de emergencia <p>La atención médica de emergencia se refiere a los servicios que tienen las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none">• los suministra un proveedor calificado para prestar servicios de emergencia, y• son necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia. <p>Una emergencia médica ocurre cuando usted, o cualquier persona prudente sin formación médica pero con conocimientos promedio sobre salud, considera que presenta síntomas que requieren atención médica inmediata para evitar la muerte (y, en el caso de una persona embarazada, la pérdida del feto), la pérdida de una extremidad o de su función. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una dolencia que empeora rápidamente.</p> <p>Los costos compartidos de los servicios de emergencia necesarios que recibe fuera de la red son los mismos que cuando recibe estos servicios dentro de la red.</p> <p>La atención médica de emergencia solo se cubre dentro de los Estados Unidos y sus territorios.</p>	<p>Usted paga \$90 de copago por cada visita para todos los servicios de atención médica de emergencia cubiertos por Medicare que recibe durante la visita.</p> <p>Si le admiten en el hospital como paciente internado o bajo observación ambulatoria en un plazo de 24 horas por la misma afección, no tiene que pagar el copago de atención médica de emergencia.</p> <p>Si recibe servicios quirúrgicos para pacientes ambulatorios en un plazo de 24 horas por la misma afección, no tiene que pagar el copago de atención médica de emergencia.</p> <p>Si recibe atención médica de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita recibir atención médica como paciente internado una vez estabilizada su emergencia médica, deberá regresar a un</p>

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>*Atención médica de emergencia: cobertura a nivel mundial</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esto incluye atención médica de emergencia o de urgencia. • Los servicios de ambulancia no están cubiertos. • El transporte de regreso a los Estados Unidos desde otro país no está cubierto. • No se cubren ni los tratamientos previamente programados y planificados (incluida la diálisis para una afección en curso si la brinda un proveedor no calificado) ni los procedimientos electivos. • Los servicios que presta un dentista no están cubiertos. <p>GlobalHealth no le reembolsará el monto correspondiente a su copago que haya pagado en el momento del servicio. GlobalHealth le reembolsará otros costos cubiertos que pague relacionados con los servicios de atención médica de emergencia o de urgencia.</p> <p>Si necesita recibir atención médica como paciente internado una vez estabilizada su emergencia médica, deberá regresar a un hospital de la red para que se siga cubriendo la atención. De lo contrario, deberá recibir la atención médica como paciente internado en el hospital fuera de la red que el plan autorice, y el costo a su cargo será el mismo costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p>	<p>hospital de la red para que se siga cubriendo la atención. De lo contrario, deberá recibir la atención médica como paciente internado en el hospital fuera de la red que el plan autorice, y el costo a su cargo será el mismo costo que pagaría en un hospital de la red.</p> <p>Usted paga \$90 de copago por cada visita para los servicios de emergencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios.</p> <p>Tiene cobertura de hasta \$50,000 cada año para los servicios de emergencia o de urgencia (combinados) fuera de los Estados Unidos.</p> <p>*Cualquier monto que pague por los servicios de emergencia en todo el mundo no cuentan para el cálculo de la cantidad máxima que paga de su bolsillo. Todo monto que pague que sea superior al límite del plan no cuenta para el cálculo de la cantidad máxima que paga de su bolsillo.</p>
<p> Programas educativos sobre salud y bienestar</p> <p>Los miembros tienen acceso a gimnasios junto con el personal de apoyo, incluido lo siguiente:</p>	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para la membresía anual.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<ul style="list-style-type: none"> • Instructores y asesores de acondicionamiento físico en gimnasios • Biblioteca de videos a pedido para hacer ejercicio físico en el hogar • Opciones de dispositivos inalámbricos y portátiles para controlar la actividad física • Clases en línea • Clases educativas sobre envejecimiento saludable • Una aplicación móvil <p>El objetivo del beneficio es alentar a los miembros a bajar de peso, reducir el riesgo de caídas y mejorar o mantener su salud. No se requiere remisión ni autorización previa para los beneficios de gimnasios.</p> <p>Para obtener más información, registrarse sin costo o encontrar sucursales de gimnasios, visite www.GlobalHealth.com.</p>	Los montos que pague por un entrenador personal o un gimnasio que no sea un gimnasio estándar de la red no cuentan para el cálculo de la suma máxima de gastos de bolsillo.
Servicios de audición	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para las evaluaciones de diagnóstico de la audición y el equilibrio realizadas por un PCP y cubiertas por Medicare.</p> <p>Usted paga \$35 de copago por cada visita para los exámenes a cargo de un especialista destinados a diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio.</p>
*Servicios de audición: audífonos	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para los audífonos y servicios de audición.</p> <p>Solo pagaremos hasta un total de \$1,000 para audífonos por año para ambos oídos combinados. Usted paga el monto que supere esta asignación.</p>
<p>*Las compras de audífonos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Audífonos • El ajuste y la evaluación de audífonos se limitan a 1 vez por año 	

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<ul style="list-style-type: none"> • 60 pilas por año, por audífono (suministro para 3 años) • 3 años de garantía del fabricante para reparaciones • Cobertura de reemplazo de los audífonos por única vez por pérdida, robo o daño (puede aplicarse un deducible por audífono) <p>NationsBenefits ofrece una amplia selección de audífonos de todos los principales fabricantes. Llame al 1-877-241-4736 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, para obtener más información sobre su beneficio de audífonos.</p>	* Todo monto que pague que sea superior a la asignación del plan no cuenta para el cálculo de la cantidad máxima que paga de su bolsillo.
Servicios de audición: evaluaciones de audición de rutina <ul style="list-style-type: none"> • Límite de 1 evaluación por año para determinar la necesidad de audífonos <p>Comuníquese con NationsBenefits al 1-877-241-4736 (TTY: 711) para programar una cita de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana.</p>	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para la evaluación de los audífonos.</p> <p>Debe obtener sus audífonos y los servicios de evaluación y ajuste de los mismos de un proveedor de NationsBenefits. No se cubre ningún otro servicio de audición durante esta evaluación.</p>
Servicios de audición: examen de audición de rutina <p>Límite de 1 examen por año.</p>	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para el examen de audición de rutina.</p> <p>Debe obtener el examen de audición de un proveedor de GlobalHealth.</p> <p>Los servicios médicos que no son de rutina y que se prestan durante la visita pueden requerir copagos.</p>
 Examen de detección del HIV <p>En el caso de las personas que solicitan un examen de detección de HIV o que tienen mayor riesgo de contraer una infección por HIV, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen de detección cada 12 meses. <p>Si esta embarazada, cubrimos lo siguiente:</p>	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible a los miembros elegibles para el examen de detección preventivo del HIV cubierto por Medicare.</p> <p>Los servicios médicos no preventivos que se prestan</p>

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<ul style="list-style-type: none"> • Hasta 3 exámenes de detección durante el embarazo <p>Servicios de una agencia de atención médica domiciliaria</p> <p>Antes de recibir servicios de atención médica domiciliaria, un médico debe certificar que usted necesita esos servicios y ordenará que una agencia de atención médica domiciliaria se los brinde. Debe estar confinado en casa, lo que implica que salir de su casa representa un esfuerzo considerable.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería especializada y asistencia mediante atención médica domiciliaria de tiempo parcial o intermitente (para que tengan cobertura del beneficio de atención médica domiciliaria, los servicios combinados de enfermería especializada y asistencia domiciliaria deben ser de menos de 8 horas por día y 35 horas por semana) • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipos e suministros médicos 	<p>durante la visita pueden requerir copagos.</p> <p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para las visitas de atención médica domiciliaria cubiertas por Medicare.</p> <p>Se puede requerir remisión y autorización previa.</p> <p>Los servicios de atención médica domiciliaria y los artículos suministrados por una agencia de atención médica domiciliaria no tienen costos compartidos. Sin embargo, los costos compartidos correspondientes que se indican en otra parte del Tabla de Beneficios Médicos se aplicarán si no es una agencia de atención médica domiciliaria la que suministra el artículo.</p> <p>Se puede requerir autorización previa.</p> <p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por los servicios profesionales cubiertos por Medicare, incluidos los servicios de enfermería, capacitación y educación, supervisión remota y servicios de supervisión.</p> <p>Se puede requerir remisión y autorización previa.</p> <p>Usted paga hasta el 20% del costo total por los</p>
<p>Terapia de infusiones en el hogar</p> <p>La terapia de infusiones en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su casa. Los componentes necesarios para realizar las infusiones en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivíricos, inmunoglobulina), los equipos (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, sondas y catéteres).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, prestados de acuerdo con nuestro plan de atención médica 	

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación y educación del paciente que el beneficio de equipo médico duradero no cubre • Supervisión remota • Servicios de supervisión para la prestación de terapia de infusiones en el hogar y medicamentos para este tratamiento a cargo de un proveedor calificado en terapia de infusiones en el hogar. 	medicamentos cubiertos de Medicare Parte B. Puede estar sujeto a la terapia escalonada. Consulte la sección “Medicamentos recetados de Medicare Parte B”. <p>Se puede requerir autorización previa.</p>
<p>*Servicios de asistencia a domicilio (Papa Pals)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tareas domésticas livianas, como preparación de comidas, organización, lavandería • Asistencia técnica, como configuración de teléfonos o computadoras personales, asistencia con las citas de telesalud • Transporte hacia y desde las citas con el médico, compras de comestibles u otras tareas • Visitas virtuales por teléfono <p>Los servicios de Papa Pal se brindan hasta un máximo de 30 horas por año, con un mínimo de una hora por visita. Las visitas están disponibles los siete días de la semana, de 8 a.m. a 7 p.m., hora local, excepto los días de Acción de Gracias, Navidad y Año Nuevo. Para programar los servicios, llame al 1-855-485-9692 (TTY: 711), de 8 a.m. a 10 p.m., los 7 días de la semana. La llamada inicial incluirá una evaluación para encontrar a su “Papa Pal” que se adecue a sus intereses y necesidades. Se puede requerir la programación de una visita con 72 horas de anticipación.</p> <p>Papa Pals se somete a verificaciones de antecedentes y revisiones del historial de conducción, y participa en sesiones de capacitación y formación continua. Los Papa Pal no están certificados para ofrecer apoyo con las actividades cotidianas, como alimentarse, ir al baño o vestirse.</p>	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para los servicios de asistencia a domicilio. <p>* Todo monto que pague por los servicios de asistencia a domicilio que superen la limitación de tiempo no cuenta para el cálculo de la cantidad máxima que paga de su bolsillo.</p>
<p>Cuidados paliativos</p> <p>Usted es elegible para recibir el beneficio de cuidados paliativos cuando el médico y el director médico del centro</p>	Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por

Servicio cubierto	Lo que usted paga
de cuidados paliativos le hayan dado un diagnóstico terminal que certifica que padece una enfermedad terminal y tiene una expectativa de vida de 6 meses o menos si la enfermedad sigue su curso normal. Puede obtener atención médica de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Nuestro plan está obligado a ayudarle a encontrar programas de cuidados paliativos certificados por Medicare en el área de servicio de nuestro plan, incluidos los que sean de nuestra propiedad, estén bajo nuestro control o en los que tengamos algún interés financiero. El médico a cargo de los cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o fuera de la red.	Medicare, el pago de dichos servicios y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su diagnóstico terminal corre por cuenta de Medicare Original, no de Generations Valor (HMO).
Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para los servicios de consulta de cuidados paliativos.
<ul style="list-style-type: none">• Medicamentos para controlar los síntomas y aliviar el dolor• Cuidados de relevo a corto plazo• Atención en el hogar	
Cuando usted ingresa en un centro de cuidados paliativos, tiene derecho a permanecer en nuestro plan; si lo hace, debe seguir pagando las primas correspondientes.	
En el caso de los servicios de cuidados paliativos y los servicios cubiertos por Medicare Parte A o Medicare Parte B relacionados con su diagnóstico terminal: Medicare Original (en lugar de nuestro plan) le pagará al proveedor de cuidados paliativos los servicios relacionados y cualquier servicio de la Parte A y de la Parte B relacionado con su diagnóstico terminal. Mientras participe en el programa de cuidados paliativos, el proveedor responsable le facturará a Medicare Original los servicios que Medicare Original paga. A usted se le facturarán los costos compartidos de Medicare Original.	
En el caso de los servicios cubiertos por Medicare Parte A o Medicare Parte B que no están relacionados con su diagnóstico terminal: si necesita servicios que no son de emergencia ni de urgencia cubiertos por Medicare Parte A o Medicare Parte B que no están relacionados con su diagnóstico terminal, el costo que le corresponde por estos servicios depende de que use un proveedor de la red de	

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>nuestro plan y siga las normas del plan (por ejemplo, si existe el requisito de obtener una autorización previa).</p> <ul style="list-style-type: none">• Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las normas del plan para acceder a dichos servicios, solo paga el monto del costo compartido de nuestro plan por los servicios dentro de la red.• Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, paga los costos compartidos de Medicare Original. <p>En el caso de los servicios que están cubiertos por Generations Valor (HMO), pero no están cubiertos por Medicare Parte A o Medicare Parte B: Generations Valor (HMO) seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no cubre la Parte A ni la Parte B, ya sea que estén relacionados o no con un diagnóstico terminal. Usted paga el monto del costo compartido del plan por estos servicios.</p> <p>Nota: Si necesita atención médica que no sea de cuidados paliativos (atención médica que no esté relacionada con su diagnóstico terminal), comuníquese con nosotros para coordinar los servicios.</p> <p>Nuestro plan cubre servicios de consulta de cuidados paliativos (solo por una vez) para las personas con enfermedades terminales que no hayan elegido el beneficio de cuidados paliativos.</p>	
<p> Vacunas</p> <p>Los servicios cubiertos de Medicare Parte B incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Vacunas contra la neumonía• Vacunas contra la gripe, una vez en cada temporada de gripe en otoño e invierno y vacunas adicionales si es médicaamente necesario• Vacunas contra la hepatitis B si presenta alto riesgo o riesgo intermedio de contraer la enfermedad• Vacunas contra la COVID-19• Otras vacunas, si presenta alto riesgo y estas cumplen las normas de cobertura de Medicare Parte B	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B y la COVID-19.</p> <p>Los servicios médicos no preventivos que se prestan durante la visita pueden requerir copagos.</p>

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Atención hospitalaria para pacientes internados</p> <p>Incluye cuidados intensivos para pacientes internados, rehabilitación para pacientes internados, hospitales de atención médica a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que se le admite formalmente en el hospital con la orden de un médico. El día anterior al alta es su último día como paciente internado.</p> <p>Nuestro plan cubre hasta 190 días de hospitalización por admisión.</p> <p>Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva de por vida”. Se trata de días “extra” que cubrimos. Si su hospitalización supera los 190 días, puede usar estos días extra. Pero una vez que haya agotado los 60 días extra, su cobertura de hospitalización se limitará a 190 días.</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 las dietas especiales• Servicios de enfermería de rutina• Costos de unidades de cuidados especiales (como las unidades de cuidados intensivos o coronarios)• Fármacos y medicamentos• Análisis de laboratorio• Radiografías y otros servicios de radiología• Suministros quirúrgicos y médicos necesarios• Uso de aparatos, como sillas de ruedas• Costos de quirófano y sala de recuperación• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje• Servicios para pacientes internados por abuso de sustancias	<p>Por cada hospitalización cubierta por Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none">• Usted paga \$295 de copago por día para los días 1 a 7.• No se aplica coseguro, copago ni deducible para los días 8 a 90.• No se aplica coseguro, copago ni deducible para los días 91 a 190. <p>Se cobra un costo compartido por cada internación.</p> <p>Los copagos del hospital se aplican en la fecha de admisión.</p> <p>Nota: Si se le admite en el hospital en 2025 y no le dan de alta hasta algún momento de 2026, se aplicará el costo compartido de 2025 a esa admisión hasta que reciba el alta hospitalaria o le transfieran a un centro de enfermería especializada.</p> <p>Se puede requerir remisión y autorización previa. Excepto en caso de emergencia, el médico debe informarle al plan que a usted se le admitirá en el hospital.</p> <p>Si recibe atención autorizada para pacientes internados en un hospital fuera de la red una vez estabilizada su emergencia médica, el costo a su cargo será el mismo costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p>

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<ul style="list-style-type: none">En determinadas circunstancias, se cubren los siguientes tipos de trasplantes: de córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón y pulmón, médula ósea, células madre e intestinal o multivisceral. Si necesita un trasplante, coordinaremos con un centro de trasplantes aprobado por Medicare para que revise su caso y decida si usted es candidato para dicho procedimiento. 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, usted puede optar por recibir el trasplante a nivel local, siempre y cuando los proveedores de trasplantes locales acepten la tarifa de Medicare Original. Si Generations Valor (HMO) ofrece servicios de trasplante en un lugar fuera del modelo de atención para trasplantes de su comunidad y usted opta por recibir el trasplante en ese lugar distante, coordinaremos o cubriremos los gastos adecuados de alojamiento y transporte para usted y un acompañante.Sangre, incluido su almacenamiento y administración; la cobertura de sangre total y concentrados de glóbulos rojos comienza con la primera unidad de sangre que necesite.Servicios del médico	
<p>Nota: Para que se le admita como paciente internado, su médico debe ordenar formalmente su ingreso al hospital. Aunque permanezca en el hospital durante toda la noche, es posible que se le considere un paciente ambulatorio. Si no sabe con certeza si es un paciente internado o ambulatorio, consulte al personal del hospital.</p> <p>Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare titulada <i>Beneficios hospitalarios de Medicare</i>. Para acceder a esta hoja informativa, ingrese en https://www.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de salud mental que requieren hospitalización.</p>	<p>Por cada hospitalización cubierta por Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none">Usted paga \$295 de copago por día para los días 1 a 7.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Nuestro plan cubre hasta 90 días de hospitalización por admisión. Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva de por vida”. Se trata de días “adicionales” que cubrimos. Si su hospitalización supera los 90 días, puede usar estos días extra. Pero una vez que haya agotado los 60 días extra, su cobertura de hospitalización se limitará a 90 días por admisión.	<ul style="list-style-type: none">• No se aplica coseguro, copago ni deducible para los días 8 a 90. <p>Se cobra un costo compartido por cada internación.</p> <p>Los copagos del hospital se aplican en la fecha de admisión.</p> <p>Nota: Si se le admite en el hospital en 2025 y no le dan de alta hasta algún momento de 2026, se aplicará el costo compartido de 2025 a esa admisión hasta que reciba el alta hospitalaria o le transfieran a un centro de enfermería especializada.</p>
Internación: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una internación sin cobertura	<p>Se puede requerir remisión y autorización previa. Excepto en caso de emergencia, el médico debe informarle al plan que a usted se le admitirá en el hospital.</p> <p>Si recibe atención autorizada para pacientes internados en un hospital fuera de la red una vez estabilizada su emergencia médica, el costo a su cargo será el mismo costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p>
Si ya ha usado sus beneficios como paciente internado o si la internación no es razonable ni necesaria, no la cubriremos. En algunos casos, cubriremos ciertos servicios que recibe mientras está en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF por sus siglas en inglés). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, lo siguiente:	Usted paga los mismos copagos o coseguros por los servicios tal como se detallan en otra parte de este Cuadro de beneficios.
	Usted paga el 100% de los cargos del centro por una

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios del médico • Pruebas de diagnóstico (como análisis de laboratorio) • Radiografía, radioterapia y terapia isotópica, incluidos materiales y servicios de técnicos • Apósitos quirúrgicos • Entablillados, yesos y otros dispositivos usados para reducir fracturas y dislocaciones • Aparatos ortopédicos y ortesis (sin incluir los dentales) que reemplazan total o parcialmente un órgano interno (incluido el tejido contiguo), o que reemplazan total o parcialmente la función de un órgano interno permanentemente no operativo o con funcionamiento defectuoso, incluidos el reemplazo o la reparación de dichos aparatos • Dispositivos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; trusas y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos los ajustes, las reparaciones y los reemplazos necesarios por rotura, desgaste, extravío o cambios en la condición física del paciente • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional 	<p>hospitalización sin cobertura en un hospital o un SNF.</p> <p>Su copago o coseguro por los servicios para pacientes ambulatorios pertinentes se aplica a los suministros y servicios cubiertos por Medicare que recibe durante una internación sin cobertura en un hospital o un SNF. Consulte los servicios para pacientes ambulatorios en otra parte de este cuadro para conocer los costos.</p> <p>Se puede requerir remisión y autorización previa.</p>
<p>* Beneficio de comidas</p> <p>Cubrimos las comidas para los miembros que reciben el alta de un centro para pacientes internados (hospital, centro de enfermería especializada o de rehabilitación para pacientes internados).</p> <p>Las estancias de pacientes ambulatorios en un hospital no cuentan; se le debe admitir como paciente internado (si no sabe con certeza de si es un paciente internado o ambulatorio, consulte al personal del hospital).</p> <p>Límite de 2 comidas por día durante 5 días, para un total de 10 comidas por cada alta, hasta 4 veces (altas) por año.</p>	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para el beneficio de comidas.</p> <p>Se puede requerir autorización previa.</p>
<p> Tratamiento nutricional médico</p> <p>Este beneficio es para pacientes con diabetes, enfermedades renales (del riñón, pero que no reciben diálisis), o después de un trasplante renal cuando lo indique el médico.</p> <p>Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento personalizado durante el primer año que recibe servicios</p>	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible a los miembros elegibles para los servicios de tratamiento nutricional médico cubiertos por Medicare.</p>

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>de tratamiento nutricional médico conforme a Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage o Medicare Original) y, posteriormente, 2 horas por año. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, tal vez pueda obtener más horas de tratamiento con la orden de un médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar su orden cada año si necesita el tratamiento el próximo año calendario.</p>	<p>Los servicios médicos no preventivos que se prestan durante la visita pueden requerir copagos.</p>
<p> Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP por sus siglas en inglés)</p> <p>Los servicios del MDPP se cubren para personas elegibles en todos los planes de salud de Medicare.</p> <p>El MDPP es una intervención estructurada destinada al cambio de conducta que ofrece capacitación práctica para lograr cambios alimentarios a largo plazo, aumentar la actividad física y desarrollar estrategias de resolución de problemas para superar las barreras que impiden mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.</p>	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.</p> <p>Los servicios médicos no preventivos que se prestan durante la visita pueden requerir copagos.</p>
<p>Medicamentos de Medicare Parte B</p> <p>Estos medicamentos están cubiertos en la Parte B de Medicare Original. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que generalmente no se administra el propio paciente, sino que se le inyectan o infunden mientras recibe servicios de médicos, servicios hospitalarios ambulatorios o en centros de cirugía ambulatoria. • Insulina suministrada a través de un artículo del equipo médico duradero (como una bomba de insulina médica necesaria). • Otros medicamentos administrados por medio de equipo médico duradero (como nebulizadores) autorizados por nuestro plan. 	<p>Usted paga hasta 20% del costo total por los medicamentos cubiertos de Medicare Parte B.</p> <p>Se puede requerir autorización previa.</p> <p>Para quimioterapia/radiación: Usted paga hasta 20% del costo total por los medicamentos cubiertos de Medicare Parte B.</p> <p>Se puede requerir autorización previa.</p> <p>No pagará más que el monto en dólares correspondiente al porcentaje ajustado de coseguro que se aplica al</p>

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<ul style="list-style-type: none">• El medicamento para la enfermedad de Alzheimer, Leqembi® (nombre genérico lecanemab), que se administra por vía intravenosa. Además de los costos de la medicación, es posible que tenga que someterse a exploraciones y pruebas adicionales antes del tratamiento o durante este. Hable con su médico sobre qué exploraciones y pruebas puede necesitar como parte del tratamiento.• Factores de coagulación que usted se administra por inyección, si tiene hemofilia.• Medicamentos para trasplantes/inmunosupresores: Medicare cubre el tratamiento con medicamentos para trasplantes si también pagó por su trasplante de órgano. Usted debe tener la cobertura de la Parte A en el momento del trasplante cubierto y de la Parte B en el momento de recibir los medicamentos inmunosupresores.• Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si está confinado en casa, tiene una fractura que un médico certifica que está relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede administrarse usted mismo el medicamento.• Algunos antígenos: Medicare cubre algunos antígenos cuando los prepara un médico y los administra una persona debidamente capacitada (que podría ser el paciente) bajo la supervisión adecuada.• Ciertos medicamentos orales contra el cáncer: Medicare ayuda a pagar algunos medicamentos contra el cáncer que una persona toma por vía oral si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o es un profármaco del medicamento inyectable. Un profármaco es una forma oral de un medicamento que, al ingerirlo, se descompone en el mismo ingrediente activo de la forma inyectable.	<p>medicamento reembolsable específico de la Parte B (por lo general, un medicamento de fuente única, como uno de marca) según la fecha del servicio. Esto se aplica a medicamentos específicos de la Parte B y puede incluir medicamentos de quimioterapia.</p> <p>Para insulina: Usted paga hasta 20% del costo total. No pagará más que \$35 por un suministro de un mes de insulina de la Parte B. Esto se aplica a la insulina que se usa en una bomba de insulina.</p> <p>Se puede requerir autorización previa.</p> <p>Para los medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare que se obtienen en una farmacia de la red, el coseguro se aplica sobre el costo real del plan de salud, lo que refleja la tarifa de dispensación y el precio del administrador del beneficio de farmacia. Tanto la tarifa de dispensación como el precio varían según el medicamento y la comparación del medicamento de marca con el genérico. Es posible que también varíe</p>

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<ul style="list-style-type: none">Medicamentos orales contra las náuseas: Medicare ayuda a pagar los medicamentos orales contra las náuseas que se usan como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer. Estos medicamentos deben administrarse inmediatamente a las 48 horas posteriores a la quimioterapia, o durante ese plazo o antes de este, y deben usarse como reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas.Ciertos medicamentos orales para la enfermedad renal terminal (ESRD por sus siglas en inglés) cubiertos por Medicare Parte B.Medicamentos calcimiméticos y quelante de fosfato del sistema de pago para la ESRD, incluido el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar®.Ciertos medicamentos para diálisis domiciliaria, incluida la heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicaamente necesario y los anestésicos tópicos.Agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina inyectable si tiene enfermedad renal terminal (ESRD por sus siglas en inglés) o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras afecciones (como, Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa®, Mircera® o metoxipolietenglicol-epoetina beta).Inmunoglobulina endovenosa para el tratamiento en el hogar de enfermedades por inmunodeficiencia primaria.Nutrición parenteral y enteral (intravenosa y por sonda).	<p>según el tipo de farmacia que dispensa el medicamento (p. ej., farmacia de atención a largo plazo o minorista).</p> <p>En el caso de los medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare que se obtienen de un médico, el coseguro se aplica según el cuadro de tarifas de Medicare.</p>

Los medicamentos enumerados pueden estar sujetos a Terapia escalonada. Este enlace le dirigirá a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a la terapia escalonada: <https://www.globalhealth.com/oklahoma/pharmacy/drug-formularies>.

También cubrimos algunas otras vacunas en el marco de nuestro beneficio de medicamentos de la Parte B.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Línea de enfermería</p> <p>Un profesional de enfermería está disponible 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> <p>Los miembros pueden llamar cuando tengan preguntas sobre problemas relacionados con la salud, como los síntomas que tienen o si deben consultar a un médico o ir a un hospital.</p> <p>Llame al 1-800-554-9371 (TTY: 711), las 24 horas del día, los siete días de la semana.</p>	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para las llamadas a la línea de enfermería.
<p> Examen de detección de la obesidad y tratamiento para promover el mantenimiento de la pérdida de peso</p> <p>Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos los servicios de asesoramiento intensivo para ayudarle a bajar de peso. Este asesoramiento se cubre si se lleva a cabo en un entorno de atención médica primaria, donde se puede coordinar con su plan de prevención integral. Hable con su médico de atención primaria o profesional sanitario para averiguar más información.</p>	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para el examen de detección y el tratamiento preventivos de la obesidad.</p> <p>Los servicios médicos no preventivos que se prestan durante la visita pueden requerir copagos.</p>
<p>Servicios de programas de tratamiento para el consumo de opioides</p> <p>Los miembros de nuestro plan que tienen un trastorno por consumo de opioides (OUD) pueden obtener cobertura de los servicios para tratar dicho trastorno a través de un Programa de tratamiento para opioides (OTP por sus siglas en inglés), que incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none">• Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU. (FDA por sus siglas en inglés) para el tratamiento asistido con medicamentos (MAT por sus siglas en inglés) mediante agonistas y antagonistas opioides• Distribución y administración de los medicamentos del MAT (si corresponde)• Asesoramiento sobre el consumo de sustancias• Terapia individual y grupal• Examen toxicológico• Actividades de administración• Evaluaciones periódicas	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para los servicios del programa certificado de tratamiento para el consumo de opioides cubiertos por Medicare.</p> <p>Se puede requerir remisión y autorización previa.</p>

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Si necesita ayuda para encontrar un programa certificado de tratamiento para el consumo de opioides, llame a Carelon Behavioral Health al 1-888-434-9202 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 7 a.m. a 5 p.m.</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 e suministros para técnicos• Suministros quirúrgicos, como vendajes• Entabillados, yesos y otros dispositivos usados para reducir fracturas y dislocaciones• Análisis de laboratorio• Sangre, incluido su almacenamiento y administración; la cobertura de sangre total y concentrados de glóbulos rojos comienza con la primera unidad de sangre que necesite.• Pruebas diagnósticas que no son de laboratorio, como CT, MRI, EKG y PET cuando el médico u otro proveedor de atención médica las solicita para tratar un problema médico.• Otras pruebas de diagnóstico ambulatorias	<p>Nota: Si un miembro recibe múltiples servicios (excepto suministros médicos o sangre) en el mismo lugar el mismo día, solo se aplica el copago máximo.</p> <p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para las radiografías cubiertas por Medicare.</p> <p>Usted paga \$50 de copago por cada visita para los servicios de radiología terapéutica cubiertos por Medicare.</p> <p>Se puede requerir remisión y autorización previa.</p> <p>Usted paga 20% del costo total por los dispositivos protésicos y suministros relacionados, entabillados, yesos y otros dispositivos cubiertos por Medicare.</p> <p>Se puede requerir remisión y autorización previa.</p> <p>Usted abona \$5 de copago por los análisis de laboratorio cubiertos por Medicare.</p> <p>No se aplica ningún coseguro copago ni deducible para los análisis de sangre cubiertos por Medicare.</p> <p>Se puede requerir remisión y autorización previa.</p>

Servicio cubierto	Lo que usted paga
	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para las pruebas de diagnóstico ambulatorias simples cubiertas por Medicare, como ecografías, electrocardiograma (ECG o EKG por sus siglas en inglés), electroencefalograma (EEG), mamografía o prueba de esfuerzo en caminadora.</p> <p>Se puede requerir remisión y autorización previa.</p>
	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para los estudios del sueño en el hogar.</p> <p>Se puede requerir remisión y autorización previa.</p>
	<p>Usted paga \$100 de copago por cada visita para los estudios del sueño en un centro para pacientes ambulatorios.</p> <p>Se puede requerir remisión y autorización previa.</p>
	<p>Usted paga \$180 de copago por cada visita para las pruebas de diagnóstico ambulatorias complejas cubiertas por Medicare, como MRI, CT, PET, electromiografía o prueba de esfuerzo nuclear en consultorios de PCP o especialistas, en centros de atención médica de urgencia o en centros radiológicos preferidos (no hospitalarios).</p> <p>Se puede requerir remisión y autorización previa, excepto en el consultorio del PCP.</p>

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios de observación son servicios hospitalarios ambulatorios que se brindan para determinar si usted necesita que se le admita como paciente internado o si se le puede dar de alta.</p> <p>Para que se cubran los servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios, deben cumplir con los criterios de Medicare y se les debe considerar razonables y necesarios. Los servicios de observación solo se cubren si los indica un médico u otra persona autorizada, conforme a las leyes estatales de licenciamiento y los estatutos del personal del hospital, para admitir pacientes en el hospital o solicitar pruebas ambulatorias.</p> <p>Nota: A menos que el proveedor haya emitido una orden para admitirle a usted como paciente internado en el hospital, se le considerará paciente ambulatorio y deberá pagar los montos de los costos compartidos por los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aunque permanezca en el hospital durante toda la noche, es posible que se le considere un paciente ambulatorio. Si no sabe con certeza si es un paciente ambulatorio, consulte al personal del hospital.</p> <p>Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare titulada <i>Beneficios hospitalarios de Medicare</i>. Para acceder a esta hoja informativa, ingrese en https://medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llame</p>	<p>Usted paga \$250 de copago por cada visita para las pruebas de diagnóstico ambulatorias complejas cubiertas por Medicare, como MRI, CT, PET, electromiografía o prueba de esfuerzo nuclear en un centro radiológico no preferido (hospitalario).</p> <p>Se puede requerir remisión y autorización previa.</p> <p>Usted paga \$300 de copago por cada visita para los servicios de observación cubiertos por Medicare.</p> <p>Si le admiten en un nivel de cuidados intensivos para pacientes internados después de haber estado en observación, no deberá pagar el copago correspondiente a los servicios de observación; en su lugar, se aplicará el costo compartido correspondiente a dichos cuidados.</p> <p>Se puede requerir remisión y autorización previa.</p>

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</p> <p>Cubrimos los servicios médicaamente necesarios que usted reciba en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital destinados al 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 los servicios de observación o cirugía ambulatoria• Análisis de laboratorio y pruebas de diagnóstico que factura el hospital• Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que, sin dicho programa, sería necesario un tratamiento para pacientes internados• Radiografías y otros servicios de radiología que normalmente factura el hospital• Insumos médicos, como entabillados y yesos• Ciertos medicamentos y productos biológicos que usted no puede administrarse por su cuenta <p>Nota: A menos que el proveedor haya emitido una orden para admitirle a usted como paciente internado en el hospital, se le considerará paciente ambulatorio y deberá pagar los montos de los costos compartidos por los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aunque permanezca en el hospital durante toda la noche, es posible que se le considere un paciente ambulatorio. Si no sabe con certeza si es un paciente ambulatorio, consulte al personal del hospital.</p>	<p>Usted paga \$90 de copago por cada visita para todos los servicios de atención médica de emergencia cubiertos por Medicare que recibe durante la visita.</p> <p>Si le admiten en el hospital como paciente internado o bajo observación ambulatoria en un plazo de 24 horas por la misma afección, no tiene que pagar el copago de atención médica de emergencia.</p> <p>Si recibe servicios quirúrgicos para pacientes ambulatorios en un plazo de 24 horas por la misma afección, no tiene que pagar el copago de atención médica de emergencia.</p> <p>Si recibe atención médica de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita recibir atención médica como paciente internado una vez estabilizada su emergencia médica, deberá regresar a un hospital de la red para que se siga cubriendo la atención. De lo contrario, deberá recibir la atención médica como paciente internado en el hospital fuera de la red que el plan autorice, y el costo a su cargo será el mismo costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p>

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
	<p>Usted paga \$300 de copago por cada visita para los servicios de observación cubiertos por Medicare.</p>
	<p>Si le admiten en un nivel de cuidados intensivos para pacientes internados después de haber estado en observación, no deberá pagar el copago correspondiente a observación, y se aplicará el costo compartido correspondiente al nivel de cuidados intensivos para pacientes internados.</p>
	<p>Se puede requerir remisión y autorización previa.</p>
	<p>Usted paga \$320 de copago por cada visita para los servicios de cirugía ambulatoria cubiertos por Medicare.</p>
	<p>Si le admiten en un nivel de cuidados intensivos para pacientes internados después de una cirugía ambulatoria, no deberá pagar el copago correspondiente a la cirugía ambulatoria, y se aplicará el costo compartido correspondiente al nivel de cuidados intensivos para pacientes internados.</p>
	<p>Se puede requerir remisión y autorización previa.</p>
	<p>Usted abona \$5 de copago por cada visita para los análisis de laboratorio cubiertos por Medicare.</p>

Servicio cubierto	Lo que usted paga
	<p>Usted paga \$55 de copago por visita para los servicios del programa de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.</p> <p>Se puede requerir remisión y autorización previa.</p> <p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para las radiografías.</p>
	<p>Usted paga \$180 de copago por cada visita para las pruebas de diagnóstico ambulatorias complejas cubiertas por Medicare, como MRI, CT, PET, electromiografía o prueba de esfuerzo nuclear en consultorios de PCP o especialistas, en centros de atención médica de urgencia o en centros radiológicos preferidos (no hospitalarios).</p> <p>Se puede requerir remisión y autorización previa, excepto en el consultorio del PCP.</p>
	<p>Usted paga \$250 de copago por cada visita para las pruebas de diagnóstico ambulatorias complejas cubiertas por Medicare, como MRI, CT, PET, electromiografía o prueba de esfuerzo nuclear en un centro radiológico no preferido (hospitalario).</p> <p>Se puede requerir remisión y autorización previa.</p>
	<p>Usted paga el 20% de coseguro por los aparatos ortopédicos y los suministros médicos cubiertos por Medicare.</p>

Servicio cubierto	Lo que usted paga
	<p>Usted paga hasta el 20% del costo total por los medicamentos de Medicare Parte B.</p> <p>Puede estar sujeto a la terapia escalonada. Consulte la sección “Medicamentos recetados de Medicare Parte B”.</p> <p>Se puede requerir autorización previa.</p> <p>Usted paga \$35 de copago por cada visita al consultorio para los servicios de oxigenoterapia hiperbárica cubiertos por Medicare.</p> <p>Se puede requerir remisión y autorización previa.</p> <p>Usted paga \$15 de copago por cada visita para el cuidado de heridas cubierto por Medicare.</p> <p>Se puede requerir remisión y autorización previa.</p> <p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para las sesiones grupales o individuales cubiertas por Medicare.</p> <p>No se requiere remisión ni autorización previa para las visitas de evaluación y asesoramiento.</p> <p>Se puede requerir remisión y autorización previa para algunos servicios.</p> <p>Usted paga \$20 de copago por cada visita para terapia</p>
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios	
Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:	
Los servicios de salud mental que presta un psiquiatra o un médico con autorización estatal, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, consejero profesional autorizado (LPC por sus siglas en inglés), terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT por sus siglas en inglés), enfermero de práctica avanzada (NP por sus siglas en inglés), asociado médico (PA por sus siglas en inglés) u otro proveedor de atención de salud mental calificado por Medicare según lo permitan las leyes estatales vigentes.	
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios	

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje.</p> <p>Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se ofrecen en diversos entornos ambulatorios, como departamentos hospitalarios para pacientes ambulatorios, consultorios de terapeutas independientes y centros de rehabilitación integral ambulatoria (CORF por sus siglas en inglés).</p>	<p>ocupacional, fisioterapia o terapia del habla y del lenguaje cubiertas por Medicare.</p> <p>Se puede requerir remisión y autorización previa.</p> <p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para los servicios de atención médica domiciliaria cubiertos por Medicare a través de una agencia de atención médica domiciliaria.</p> <p>Se puede requerir remisión y autorización previa.</p>
<p>Servicios para pacientes ambulatorios con trastorno por consumo de sustancias</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen sesiones individuales o grupales de asesoramiento sobre alcoholismo o farmacodependencia y servicios de telesalud que presta un psicólogo clínico con autorización estatal, psiquiatra, médico trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, asociado médico u otro profesional de la salud que trate el trastorno por consumo de sustancias calificado por Medicare según lo permitan las leyes estatales vigentes. Servicios de administración de medicamentos y terapia a cargo de un psiquiatra o médico autorizado por el estado.</p>	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para las sesiones grupales o individuales cubiertas por Medicare.</p> <p>No se requiere remisión ni autorización previa para las visitas de evaluación y asesoramiento.</p> <p>Se puede requerir remisión y autorización previa para algunos servicios.</p>
<p>Cirugías ambulatorias, incluidos los servicios prestados en centros de atención hospitalaria para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria</p> <p>Nota: Si se va a someter a una cirugía en un centro hospitalario, debe verificar con el proveedor si se le considerará un paciente internado o ambulatorio. A menos que el proveedor emita una orden para admitirle a usted como paciente internado en el hospital, se le considerará paciente ambulatorio y deberá pagar los montos de los costos compartidos por la cirugía ambulatoria. Aunque permanezca en el hospital durante toda la noche, es posible que se le considere un paciente ambulatorio.</p>	<p>Usted paga \$250 de copago por cada visita para los servicios cubiertos por Medicare en un centro de cirugía ambulatoria.</p> <p>Se puede requerir remisión y autorización previa.</p> <p>Usted paga \$320 de copago por cada visita para los servicios cubiertos por Medicare en un departamento de cirugía ambulatoria.</p>

Servicio cubierto	Lo que usted paga
	<p>Se puede requerir remisión y autorización previa.</p> <p>Si le admiten en un nivel de cuidados intensivos para pacientes internados después de una cirugía ambulatoria o en un consultorio externo, no deberá pagar el copago correspondiente a dicha cirugía, y se aplicará el costo compartido para el nivel de cuidados intensivos para pacientes internados.</p>
<p>Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos</p> <p>La <i>hospitalización parcial</i> es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo que se brinda como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o a través de un centro comunitario de salud mental. Es más intensivo que la atención que se recibe en el consultorio de un médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT por sus siglas en inglés) o asesor profesional autorizado, y es una alternativa a la hospitalización completa.</p> <p>El <i>servicio ambulatorio intensivo</i> es un programa estructurado de tratamiento activo de salud conductual (mental) que se brinda en un departamento hospitalario para pacientes ambulatorios, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud acreditado a nivel federal o una clínica rural de salud. Es más intensivo que la atención que se recibe en el consultorio de un médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT por sus siglas en inglés) o asesor profesional autorizado, pero menos intensivo que la hospitalización parcial.</p> <p>Nota: Debido a que no hay centros de salud mental comunitarios en nuestra red, cubrimos la hospitalización parcial únicamente como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios.</p>	<p>Usted paga \$55 de copago por visita para los servicios del programa de hospitalización parcial o los servicios ambulatorios intensivos cubiertos por Medicare.</p> <p>Se puede requerir remisión y autorización previa.</p>

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>*Sistema personal de respuesta ante emergencias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un dispositivo del sistema personal de respuesta ante emergencias • Servicios de supervisión las 24 horas del día, los 7 días de la semana <p>Para comenzar, llame a NationsBenefits al 1-877-241-4736 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana.</p>	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por un dispositivo del sistema personal de respuesta ante emergencias o el servicio de supervisión.
<p>Servicios de médicos/profesionales de la salud, incluidas las visitas al consultorio médico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de atención médica o quirúrgicos médicamente necesarios que recibe en el consultorio de un 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 la audición y el equilibrio a cargo del PCP, si el médico los indica para determinar si usted necesita tratamiento médico • Ciertos servicios de telesalud, que incluyen exámenes preventivos, consultas, diagnóstico y tratamiento por parte del PCP <ul style="list-style-type: none"> ◦ Puede obtener estos servicios durante una visita presencial o a través de la telesalud. Si decide recibir uno de estos servicios a través de la telesalud, debe consultar a un proveedor de la red que ofrezca el servicio por ese medio. ◦ Llame al PCP para programar una cita de telesalud. El PCP puede prestar los servicios en línea o por teléfono. • Algunos servicios de telesalud, como la consulta, el diagnóstico y el tratamiento a cargo de un médico u otro profesional de la salud, están destinados a pacientes en determinadas zonas rurales u otros lugares aprobados por Medicare. 	<p>Visitas al consultorio del PCP:</p> <p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para los servicios del médico de atención primaria cubiertos por Medicare, excepto para las pruebas de diagnóstico ambulatorias especializadas y los medicamentos de la Parte B, durante una visita al consultorio.</p> <p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para los servicios del médico de atención primaria cubiertos por Medicare durante una visita de telesalud.</p> <p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para consultar a un asociado médico, enfermero de práctica avanzada u otro proveedor en el consultorio de su PCP.</p> <p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para los servicios de telesalud.</p> <p>Servicios de especialistas:</p> <p>Visitas al consultorio</p> <p>Usted paga \$35 de copago por cada visita para los servicios</p>

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con la enfermedad renal terminal, dirigidas a pacientes en diálisis domiciliaria, ya sea en un centro hospitalario de diálisis renal o en un centro hospitalario de acceso crítico, en una unidad de diálisis renal o en el domicilio del paciente • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de dónde se encuentre • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por consumo de sustancias o trastorno de salud mental concomitante, independientemente de la ubicación • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar trastornos de salud mental si sucede lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Tiene una visita presencial 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. ◦ Se pueden hacer excepciones a lo mencionado anteriormente en determinadas circunstancias. • Servicios de telesalud para consultas de salud mental en clínicas rurales de salud y centros de salud acreditados a nivel federal • Consultas virtuales (por ejemplo, por teléfono o videollamada) de 5 a 10 minutos de duración con el médico, en los siguientes casos: <ul style="list-style-type: none"> ◦ si no es un paciente nuevo y ◦ la consulta no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días y ◦ la consulta no da lugar a una visita al consultorio dentro de 24 horas o en la primera cita médica disponible. • Se evaluará el video o las imágenes que le envíe al médico y se interpretarán y se les hará un seguimiento médico a las 24 horas en los siguientes casos: <ul style="list-style-type: none"> ◦ si no es un paciente nuevo y ◦ la evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días y 	<p>de un especialista cubiertos por Medicare, excepto para las pruebas de diagnóstico ambulatorias especializadas y los medicamentos de la Parte B, durante una visita al consultorio.</p> <p>No se requiere remisión ni autorización previa para las visitas de evaluación.</p> <p>Se puede requerir remisión y autorización previa para algunos servicios.</p> <p>Usted paga \$35 de copago por cada visita para consultar a un asociado médico, enfermero de práctica avanzada u otro proveedor en el consultorio de un especialista.</p> <p>No se requiere remisión ni autorización previa para las visitas de evaluación.</p> <p>Se puede requerir remisión y autorización previa para algunos servicios.</p> <p>Las visitas en otras ubicaciones durante las estancias cubiertas por Medicare están incluidas en los costos compartidos de esos servicios.</p> <p>Se puede requerir remisión y autorización previa.</p> <p>Supervisión remota</p> <p>Usted paga \$35 de copago una vez cada 30 días para los servicios de supervisión remota cubiertos por Medicare según las pautas de cobertura.</p>

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<ul style="list-style-type: none">◦ la evaluación no da lugar a una visita al consultorio dentro de 24 horas o en la primera cita médica disponible.• Consultas que el médico hace a otros médicos por teléfono, por Internet o en los expedientes médicos electrónicos• Una segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía	<p>Se puede requerir autorización previa.</p> <p>Telesalud</p> <p>Usted paga \$35 de copago por cada visita para los servicios de un especialista cubiertos por Medicare durante una visita de telesalud cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga \$35 de copago por cada visita para consultar a un asociado médico, enfermero de práctica avanzada u otro proveedor en el consultorio de un especialista.</p>
	<p>Visitas al consultorio para atención médica preventiva</p> <p>El servicio de atención médica preventiva no tendrá copago. Sin embargo, si durante la misma visita se le brinda tratamiento o seguimiento por una afección médica preexistente, se aplicará el costo compartido.</p>
	<p>Pruebas de diagnóstico ambulatorias especializadas</p> <p>Usted paga \$180 de copago aparte para las pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios, incluidas, entre otras, resonancia magnética (MRI por sus siglas en inglés), tomografía computarizada (CT por sus siglas en inglés), electromiografía, prueba de esfuerzo nuclear y tomografía por emisión de positrones (PET por sus siglas en inglés).</p>

Servicio cubierto	Lo que usted paga
	<p>Se puede requerir remisión y autorización previa en el consultorio del especialista.</p> <p>Medicamentos de la Parte B</p> <p>Usted paga hasta 20% del costo total por los medicamentos cubiertos de Medicare Parte B.</p> <p>Puede estar sujeto a la terapia escalonada. Consulte la sección “Medicamentos recetados de Medicare Parte B”.</p> <p>Se puede requerir autorización previa.</p>
Servicios de podología Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: <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)• Cuidados de los pies de rutina para miembros con ciertas afecciones médicas en las extremidades inferiores	<p>Usted paga \$35 de copago por cada visita al consultorio para los servicios de podología cubiertos por Medicare.</p> <p>No se requiere remisión ni autorización previa para las visitas de evaluación.</p> <p>Se puede requerir remisión y autorización previa para algunos servicios.</p>
 Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para la prevención del HIV Si no tiene HIV, pero el médico u otro profesional de la salud determina que corre un mayor riesgo de contraer HIV, cubrimos los medicamentos de la profilaxis previa a la exposición (PrEP) y los servicios relacionados. Si reúne los requisitos, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: <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 su inyección.	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para el beneficio de PrEP.</p> <p>Los servicios médicos no preventivos que se prestan durante la visita pueden requerir copagos.</p>

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<ul style="list-style-type: none"> Hasta 8 sesiones de asesoramiento individual (incluida la evaluación del riesgo de infección por HIV, la reducción del riesgo de infección por HIV y el cumplimiento del tratamiento farmacológico) cada 12 meses. Hasta 8 exámenes de detección de HIV cada 12 meses. <p>Un examen de detección del virus de la hepatitis B por única vez.</p>	
 Exámenes de detección de cáncer de próstata <p>Para hombres a partir de los 50 años, los servicios cubiertos incluyen los siguientes exámenes una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> Examen de tacto rectal Examen de antígeno prostático específico (PSA) 	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para el examen de PSA.</p> <p>Debe someterse al examen de detección de cáncer de próstata con su PCP.</p> <p>Los servicios médicos no preventivos que se prestan durante la visita pueden requerir copagos.</p>
Aparatos ortopédicos, ortesis e suministros relacionados <p>Aparatos (no odontológicos) que reemplazan total o parcialmente una parte del cuerpo o una función corporal. Estos incluyen, entre otros, pruebas, ajustes o capacitación en el uso de aparatos ortopédicos y ortesis, así como bolsas de colostomía e suministros directamente relacionados con sus cuidados, marcapasos, dispositivos ortopédicos, zapatos ortopédicos, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluyen ciertos suministros relacionados con los aparatos ortopédicos y ortesis y con su reparación o reemplazo. También incluyen cierto grado de cobertura después de la extracción de cataratas o de una cirugía de cataratas. Consulte la sección <i>Atención para la vista</i> más adelante en este cuadro para obtener más información.</p>	<p>Usted paga 20% del costo total por los aparatos ortopédicos y los suministros médicos relacionados cubiertos por Medicare.</p> <p>Se puede requerir autorización previa.</p>
Servicios de rehabilitación pulmonar <p>Los programas integrales de rehabilitación pulmonar se cubren para los miembros que tengan una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) de moderada a muy grave y que hayan recibido una remisión para rehabilitación</p>	<p>Usted paga \$15 de copago por cada visita como paciente ambulatorio para los servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.</p>

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>pulmonar por parte del médico a cargo del tratamiento de la enfermedad respiratoria crónica.</p> <p> Examen de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol</p> <p>Cubrimos un examen de detección de abuso de alcohol para adultos (incluidas las mujeres embarazadas) que presentan consumo problemático de alcohol, pero no tienen alcoholismo.</p> <p>Si se detecta abuso de alcohol en el examen, puede recibir hasta 4 sesiones breves de asesoramiento presencial por año (si se encuentra en condiciones de comprender y participar durante el asesoramiento), a cargo de un médico de atención primaria o un profesional de la salud calificado, en un entorno de atención primaria.</p>	<p>Se puede requerir remisión y autorización previa.</p> <p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para el beneficio cubierto por Medicare de examen de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol.</p> <p>Los servicios médicos no preventivos que se prestan durante la visita pueden requerir copagos.</p>
<p> Examen de detección de infección por el virus de la hepatitis C</p> <p>Cubrimos un examen de detección de hepatitis C si el médico de atención primaria u otro proveedor médico calificado lo ordena y usted cumple con una de estas condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none">• 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. <p>Si nació entre 1945 y 1965 y no se considera que presenta alto riesgo, pagaremos un examen de detección una vez. Si corre un riesgo alto (por ejemplo, ha continuado consumiendo drogas inyectables ilícitas después de haber recibido un resultado negativo en el examen de detección de hepatitis C anterior), cubriremos los exámenes de detección anuales.</p>	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para el examen de detección del virus de la hepatitis C cubierto por Medicare.</p> <p>Los servicios médicos no preventivos que se prestan durante la visita pueden requerir copagos.</p>

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p> Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de dosis baja (LDCT por sus siglas en inglés)</p> <p>Para las personas que reúnen los requisitos, se cubre una LDCT cada 12 meses.</p> <p>Los miembros elegibles son personas de entre 50 y 77 años que no presenten signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tengan antecedentes de consumo de tabaco equivalentes a al menos 20 paquetes por año, que actualmente fumen o hayan dejado de fumar en los últimos 15 años y a quienes un médico o un profesional de la salud calificado que no es médico les emita una orden para someterse a una LDCT durante la visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida sobre la detección de cáncer de pulmón que cumpla con los criterios de Medicare para este tipo de visitas.</p> <p><i>Para los exámenes de detección de cáncer de pulmón con LDCT después del examen inicial con LDCT: los miembros deben obtener una orden para el examen de detección de cáncer de pulmón con LDCT, que un médico o un profesional de la salud calificado que no es médico puede emitir durante cualquier visita pertinente. Si un médico o un profesional de la salud calificado que no es médico opta por ofrecer una visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida sobre la detección de cáncer de pulmón para futuros exámenes con LDCT, la visita debe cumplir con los criterios de Medicare pertinentes.</i></p>	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para la visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida ni para la LDCT cubiertas por Medicare.</p> <p>Los servicios médicos no preventivos que se prestan durante la visita pueden requerir copagos.</p>
<p> Examen de detección de infecciones de transmisión sexual (STI por sus siglas en inglés) y asesoramiento para prevenirlas</p> <p>Cubrimos exámenes de detección de infecciones de transmisión sexual (STI por sus siglas en inglés) como clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B para personas embarazadas y para determinadas personas que tienen un riesgo elevado de contraer una STI, siempre que un proveedor de atención primaria sea quien solicita el examen. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en determinados momentos durante el embarazo.</p>	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para los beneficios cubiertos por Medicare de examen de detección de STI y de asesoramiento para prevenirlas.</p> <p>Los servicios médicos no preventivos que se prestan durante la visita pueden requerir copagoso.</p>

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>También cubrimos hasta 2 sesiones de asesoramiento conductual intensivo presenciales e individuales por año, de 20 a 30 minutos de duración, para adultos que llevan una vida sexual activa y corren alto riesgo de contraer STI. Solamente cubrimos estas sesiones de asesoramiento como un servicio médico preventivo si están a cargo de un proveedor de atención primaria y se realizan en un entorno de atención médica primaria, como un consultorio médico.</p>	
<p>Servicios para el tratamiento de enfermedades renales</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios educativos sobre enfermedades renales para enseñar sobre el cuidado renal y ayudar a que los miembros tomen decisiones informadas acerca de su atención médica; en el caso de los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV, siempre que cuenten con la remisión de su médico, cubrimos hasta 6 sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal de por vida • Tratamientos de diálisis ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando el paciente se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el capítulo 3, o cuando el proveedor de este servicio no esté disponible o no se pueda acceder a él temporalmente) • Tratamientos de diálisis como paciente internado (si se le admite como paciente internado en un hospital para recibir atención médica especial) • Capacitación para realizarse la diálisis en el hogar (incluye capacitación para usted y para cualquier persona que le asista con sus tratamientos de diálisis domiciliaria) • Equipos e suministros para diálisis domiciliaria • Ciertos servicios de apoyo en el hogar (p. ej., cuando sea necesario, visitas de técnicos en diálisis capacitados para controlar la diálisis domiciliaria, para asistir en casos de emergencia y revisar el equipo de diálisis y el suministro de agua) <p>Medicare Parte B cubre ciertos medicamentos para diálisis. Para obtener información sobre la cobertura de</p>	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por los servicios de educación sobre la enfermedad renal cubiertos por Medicare, incluida la capacitación en diálisis realizada por el propio paciente.</p> <p>Usted paga 20% del costo total por cada tratamiento de diálisis renal cubierto por Medicare en un centro para pacientes ambulatorios.</p> <p>Se puede requerir remisión y autorización previa.</p> <p>El tratamiento de diálisis como paciente internado no tiene ningún cargo adicional. Consulte la sección “Atención hospitalaria para pacientes internados” en este Tabla de Beneficios Médicos para conocer el costo compartido.</p> <p>Se puede requerir remisión y autorización previa.</p> <p>Usted paga el costo compartido de los servicios de la agencia de atención médica domiciliaria por el equipo de diálisis domiciliaria, si lo suministra una agencia de este</p>

Servicio cubierto	Lo que usted paga
medicamentos de la Parte B, consulte la sección Medicamentos de Medicare Parte B en este cuadro.	tipo De lo contrario, usted paga el costo compartido del equipo médico duradero. Se puede requerir remisión y autorización previa. No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para los servicios para realizarse la diálisis en el hogar o de asistencia a domicilio cubiertos por Medicare.
	Se puede requerir remisión y autorización previa. Usted paga hasta 20% del costo total por los medicamentos cubiertos de Medicare Parte B.
	Puede estar sujeto a la terapia escalonada. Consulte la sección “Medicamentos recetados de Medicare Parte B”.
Atención en centros de enfermería especializada (SNF por sus siglas en inglés) (Para conocer la definición de atención en un centro de enfermería especializada, consulte el capítulo 10; a estos centros a veces se les llama “SNF”). Nuestro plan cubre hasta 100 días por período de beneficios. No es necesaria una hospitalización previa. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, lo siguiente:	Se puede requerir autorización previa. En el caso de estancias en centros de enfermería especializada cubiertas por Medicare por período de beneficios: <ul style="list-style-type: none">• No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para los días 1 a 20.• Usted paga \$218 de copago por día para los días 21 a 100. Un período de beneficios comienza el día en que se le

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que se deben administrar como parte de nuestro plan de atención (se incluyen las sustancias que están naturalmente presentes en el organismo, como los factores de coagulación de la sangre) • Sangre, incluido su almacenamiento y administración; la cobertura de sangre total y concentrados de glóbulos rojos comienza con la primera unidad de sangre que necesite. • Insumos médicos y quirúrgicos que normalmente suministran los SNF • Análisis de laboratorio que normalmente suministran los SNF • Radiografías y otros servicios de radiología que normalmente suministran los SNF • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que normalmente suministran los SNF • Servicios de médicos/profesionales de la salud <p>Por lo general, usted recibe atención de un SNF de la red. En determinadas circunstancias como las que se enumeran a continuación, es posible que tenga que pagar los costos compartidos dentro de la red por los servicios en un centro que no sea un proveedor de la red, siempre que el centro acepte los montos de pago de nuestro plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una residencia de ancianos o una comunidad de retiro con cuidados continuos en la que vivía justo antes de ingresar al hospital (siempre que brinde servicios de atención en un centro de enfermería especializada) • Un SNF donde vive su cónyuge o pareja de hecho en el momento en que usted abandona el hospital 	<p>admite para recibir atención como paciente internado o en un SNF y finaliza cuando no ha recibido ningún tipo de atención como paciente internado ni en un SNF durante 60 días consecutivos. Si ingresa en un hospital o en un SNF una vez finalizado un período de beneficios, comenzará uno nuevo. La cantidad de períodos de beneficios es ilimitada.</p> <p>Se puede requerir remisión y autorización previa.</p>
<p>* Beneficio Smart Wallet</p> <p>Una Tarjeta de Beneficios Prepagada Benefits Mastercard®, a través de nuestra asociación con NationsBenefits.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El monto del beneficio Smart Wallet se acredita en cada nuevo trimestre; las cantidades sin usar no se transfieren al siguiente trimestre. • Los fondos no están disponibles hasta que se acrediten. • Los beneficios deben usarse durante el año calendario. 	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para el beneficio Smart Wallet.</p> <p>Solo pagaremos hasta un total de \$100 por trimestre para una combinación de artículos Fueras del Recetario, productos, dispositivos y servicios dentales, auditivos y de la</p>

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<ul style="list-style-type: none">• Primero debe intentar usar su tarjeta de beneficios de Smart Wallet en el punto de venta para artículos aprobados en una ubicación aprobada• Los reembolsos son elegibles solo en el siguiente caso:<ul style="list-style-type: none">◦ Cuando se intentó primero utilizar la tarjeta del beneficio Smart Wallet en el punto de venta para adquirir artículos aprobados en un establecimiento minorista.◦ La transacción falló debido a un problema técnico no relacionado con fondos insuficientes◦ GlobalHealth/NationsBenefits debe poder verificar que se usó la tarjeta, o que se intentó usar, antes de usar cualquier método de pago de bolsillo.◦ Envíe los recibos detallados para su consideración.◦ No se proporcionarán reembolsos por montos que excedan su saldo disponible de Beneficios de Smart Wallet en el momento de la compra• Monto combinado del beneficio para dispositivos y servicios dentales, de audición y de la vista, así como artículos y productos de Fuera del Recetario.• <u>Servicios dentales, de audición y de la vista:</u><ul style="list-style-type: none">◦ Independiente de otros beneficios para estos servicios o dispositivos indicados en otras secciones de este Tabla de Beneficios Medicos.◦ Se puede usar para cualquier servicio o dispositivo, incluidos los artículos sin cobertura, como implantes dentales o anteojos de sol recetados, o para los copagos de las visitas o los coseguros de los servicios.◦ Se puede usar en cualquier lugar designado para brindar estos servicios o dispositivos, como consultorios dentales, oftalmológicos o de la audición o tiendas de anteojos.• <u>Beneficio de Fuera del Recetario, incluido el tratamiento sustitutivo con nicotina:</u>	<p>vista. Usted paga el monto que supere este beneficio.</p> <p>* Todo monto que pague que sea superior al monto del beneficio del plan no cuenta para el cálculo de la cantidad máxima que paga de su bolsillo.</p>

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<ul style="list-style-type: none">◦ Adquiera productos de salud y bienestar de Fuera del Recetario, incluidos tratamientos sustitutivos con nicotina, a través del catálogo o en determinadas tiendas minoristas. Visite el Portal para miembros en www.globalhealth.com para obtener una lista de ubicaciones.◦ Los artículos incluyen medicamentos para aliviar alergias, analgésicos, elementos de primeros auxilios, brazalete para medir la presión arterial, vitaminas y minerales y muchos otros artículos; se aplican restricciones. <p>El beneficio no se puede utilizar para retirar efectivo ni para comprar los siguientes servicios o productos: procedimientos cosméticos, seguro de indemnización hospitalaria, planificación y gastos funerarios, seguro de vida, alcohol, tabaco, productos de cannabis, amplios programas de membresía que incluyan múltiples servicios y descuentos no relacionados, y alimentos no saludables.</p> <p>Para obtener más información, visite nuestro sitio web en www.globalhealth.com. Llame a NationsBenefits si tiene preguntas sobre las ubicaciones o una transacción al 1-877-241-4736 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana.</p>	
 Asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco <p>El asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco se cubre para pacientes ambulatorios e internados que cumplen con estos criterios:</p> <ul style="list-style-type: none">• consumen tabaco, independientemente de si muestran signos o síntomas de una enfermedad relacionada con el tabaco;• se encuentran en condiciones de comprender y participar durante el asesoramiento;• un médico calificado u otro profesional de la salud reconocido por Medicare brinda asesoramiento. <p>Cubrimos 2 intentos de dejar el hábito por año (cada intento puede incluir un máximo de 4 sesiones intermedias o</p>	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y consumir tabaco cubiertos por Medicare.</p> <p>Los servicios médicos no preventivos que se prestan durante la visita pueden requerir copagos.</p>

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>intensivas, y el paciente puede recibir hasta 8 sesiones por año).</p> <p>Cinesiterapia supervisada (SET por sus siglas en inglés)</p> <p>La SET se cubre para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica (PAD por sus siglas en inglés) sintomática y que han recibido una remisión por PAD del médico responsable del tratamiento de la enfermedad.</p> <p>Se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen con los requisitos del programa de SET.</p> <p>El programa de SET debe reunir los siguientes requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • consistir en sesiones de 30 a 60 minutos que incluyan un programa terapéutico de ejercicios físicos para la PAD personas con claudicación; • lleverse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un médico; • estar a cargo de personal auxiliar calificado, capacitados en cinesiterapia para la PAD y cuya participación sea necesaria para garantizar que los beneficios superen los riesgos; • estar bajo la supervisión directa de un médico, un asociado médico o un enfermero clínico o de práctica avanzada que deben estar capacitados en técnicas de soporte vital básico y avanzado. <p>La SET puede cubrirse por más de 36 sesiones en un período de 12 semanas, con 36 sesiones adicionales en un plazo extendido si el proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.</p>	<p>Usted paga \$25 de copago por cada visita como paciente ambulatorio para los servicios de SET cubiertos por Medicare.</p> <p>Se puede requerir remisión y autorización previa.</p>
<p>* Transporte</p> <p>Se trata del transporte terrestre que no es de emergencia a un lugar relacionado con la salud aprobado por el plan con el fin de obtener atención médica y servicios en virtud de los beneficios del plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los lugares aprobados por el plan se limitan al lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Visitas al consultorio de un médico ◦ Citas de laboratorio ◦ Citas de diálisis, quimioterapia y radioterapia 	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible.</p> <p>* Todo monto que pague por los traslados que sea superior al límite de traslados o ubicación no cuenta para el cálculo de la cantidad máxima que paga de su bolsillo.</p>

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<ul style="list-style-type: none">◦ Visitas hospitalarias para pacientes ambulatorios◦ Citas de servicios preventivos para pacientes ambulatorios◦ Farmacia• Hay un límite de 24 traslados de un solo tramo por año; un traslado de ida y vuelta equivale a 2 traslados de un solo tramo.• Los traslados se limitan a 50 millas por cada tramo.• Se puede requerir la programación de traslados de rutina con 48 horas de anticipación. Se permite un acompañante por traslado (que debe tener al menos 18 años). <p>Para obtener más información sobre los lugares aprobados por el plan, llame a Servicio al Cliente.</p> <p>Para solicitar el servicio de transporte, llame a RoundTrip al 1-877-565-1612 (TTY: 711).</p>	
<p>Servicios de urgencia</p> <p>Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata y que no es una emergencia se considera 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, si no es razonable, dado el momento, el lugar y las circunstancias en que se encuentra, recibir este servicio de proveedores de la red. Nuestro plan debe cubrir los servicios de urgencia y solo cobrarle los costos compartidos dentro de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son los que se prestan en caso de enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de enfermedades existentes. No se considera que las visitas de rutina médica 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.</p> <p>Los servicios de urgencia solo se cubren dentro de los Estados Unidos y sus territorios.</p>	<p>Visitas de atención médica urgente:</p> <p>Usted paga \$15 de copago por cada visita para los servicios de urgencia cubiertos por Medicare, excepto las pruebas de diagnóstico especializadas, durante la visita.</p> <p>Pruebas de diagnóstico especializadas:</p> <p>Usted paga \$180 de copago para las pruebas de diagnóstico ambulatorias, incluidas, entre otras, resonancia magnética (MRI por sus siglas en inglés), tomografía computarizada (CT por sus siglas en inglés) y tomografía por emisión de positrones (PET por sus siglas en inglés).</p>

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>*Servicios de urgencia: cobertura a nivel mundial</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esto incluye atención médica de emergencia o de urgencia. • Los servicios de ambulancia no están cubiertos. • El transporte de regreso a los Estados Unidos desde otro país no está cubierto. • No se cubren ni los tratamientos previamente programados y planificados (incluida la diálisis para una afección en curso si la brinda un proveedor no calificado) ni los procedimientos electivos. • Los servicios que presta un dentista no están cubiertos. 	<p>Usted paga \$90 de copago por cada visita para los servicios de urgencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios.</p> <p>Tiene cobertura de hasta \$50,000 cada año para los servicios de emergencia o de urgencia (combinados) fuera de los Estados Unidos.</p> <p>* Cualquier monto que pague por los servicios de urgencia a nivel mundial no cuentan para el cálculo de la suma máxima de gastos de bolsillo. Todo monto que pague que sea superior al límite del plan no cuenta para el cálculo de la cantidad máxima que paga de su bolsillo.</p>
<p> Atención para la vista</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios ambulatorios de un médico para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Medicare Original no cubre los exámenes de la vista rutinarios (refracciones oculares) para anteojos o lentes de contacto. • Para las personas con alto riesgo de glaucoma, cubrimos una prueba de detección de glaucoma por año. Las personas con alto riesgo de glaucoma son personas con antecedentes familiares de glaucoma, con diabetes, afroamericanas de 50 años o más e hispanoamericanas de 65 años o más. • Para las personas con diabetes, la prueba de detección de retinopatía diabética se cubre una vez por año. 	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para los exámenes cubiertos por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos.</p> <p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para los exámenes de detección cubiertos por Medicare.</p> <p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para un par de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare luego de una cirugía de cataratas. Los anteojos pueden ser solo lentes, solo marcos o el par completo (marcos y lentes).</p>

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<ul style="list-style-type: none"> • Un par de anteojos o de lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas en la que se inserte una lente intraocular. Si deben hacerle 2 operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar 2 pares de anteojos después de la segunda cirugía. <p>Debe consultar a proveedores de EyeMed para obtener sus anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas. Debe consultar a un proveedor de la red de GlobalHealth para todos los demás servicios.</p>	Debe obtener los anteojos de un proveedor de EyeMed.
<p>Atención para la vista: exámenes oculares complementarios y anteojos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se cubre un examen ocular de rutina complementario por año para la adaptación de anteojos <u>o</u> lentes de contacto. • * Anteojos y lentes de contacto: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Par completo (marcos y lentes) ◦ Solo lentes ◦ Solo marcos • Adaptación de anteojos <u>o</u> lentes de contacto <p>Nota: Las mejoras, como los lentes progresivos o el oscurecimiento de los cristales, no se cubren.</p> <p>Debe usar proveedores de EyeMed para estos servicios.</p>	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para un examen ocular complementario por año.</p> <p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para los anteojos complementarios.</p> <p>Solo pagaremos hasta un total de \$300 por anteojos complementarios por año. Si el valor de los anteojos que compra es más elevado que este monto permitido, usted pagará el monto que excede esta asignación.</p> <p>* Todo monto que pague que sea superior a la asignación del plan no cuenta para el cálculo de la cantidad máxima que paga de su bolsillo.</p>
 <p>Visita preventiva de Bienvenida a Medicare</p> <p>Nuestro plan cubre una consulta preventiva de <i>Bienvenida a Medicare</i> por única vez. La visita incluye una revisión de su estado de salud, así como educación y asesoramiento sobre los servicios médicos preventivos que necesita (incluidos ciertos exámenes de detección y vacunas), y remisiones para otro tipo de atención médica, si es necesario.</p>	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva de <i>Bienvenida a Medicare</i>.</p> <p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para un EKG cubierto por Medicare, por única vez, si se solicita como</p>

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Importante: Cubrimos la visita preventiva de <i>Bienvenida a Medicare</i> únicamente en los primeros 12 meses en que tiene Medicare Parte B. Cuando programe la cita, informe al personal del consultorio del médico que quiere programar una visita preventiva de <i>Bienvenida a Medicare</i>.</p>	<p>resultado de la visita preventiva de <i>Bienvenida a Medicare</i>. Los servicios médicos no preventivos que se prestan durante la visita pueden requerir copagos.</p>

Beneficios dentales complementarios obligatorios

Asignación máxima anual: \$1,500

Una vez que se haya agotado la asignación máxima anual, usted deberá pagar los cargos restantes.

Cuando se enumeren varios códigos juntos con un límite, debe considerarse que todos los códigos están sujetos a dicho límite.

Un dentista especializado puede requerir una remisión de su dentista general.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Puentes, coronas, incrustaciones y recubrimientos</p> <ul style="list-style-type: none"> • D2510, D2520, D2530, D2542, D2543, D2544, D2610, D2620, D2630, D2642, D2643, D2644, D2650, D2651, D2652, D2662, D2663, D2664, D2710, D2712, D2720, D2721, D2722, D2740, D2750, D2751, D2752, D2753, D2780, D2781, D2782, D2783, D2790, D2791, D2792 o D2794 se limitan a una vez • D2910, D2915 o D2920 se limitan a una vez por diente por fecha de servicio solo después de 6 meses desde la colocación inicial • D2931 se limita a una vez por diente por fecha de servicio • D2940 se limita a una vez por diente de por vida • D2950, D2951, D2952, D2953 o D2954 se limitan a una vez por diente por fecha de servicio • D2980 se limita a una vez por diente por fecha de servicio solo después de 6 meses desde la colocación inicial • D2999 	20%
<p>Limpiezas: estándar y periodontales</p> <ul style="list-style-type: none"> • D1110, D4346 o D4910 se limitan a dos cada 12 meses • D4910 se limita a cuatro cada 12 meses (después del tratamiento en curso) 	\$0

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Consulta <ul style="list-style-type: none"> • D9310 se limita a una vez por fecha de servicio 	\$0
Dentaduras postizas: dentaduras completas, ajustes y reparaciones <ul style="list-style-type: none"> • D5110, D5130, D5211, D5213, D5221, D5223, D5225, D5227, D5282, D5863 o D5864 se limitan a una vez por fecha de servicio • D5120, D5140, D5212, D5214, D5222, D5224, D5226, D5228, D5283, D5865, o D5866 se limitan a una vez por fecha de servicio • D5284 se limita a una vez por fecha de servicio • D5286 se limita a una vez por fecha de servicio • D5410, D5411, D5421, D5422 se limitan a dos ajustes por arcada por fecha de servicio solo después de 6 meses desde la colocación inicial • D5511, D5512, D5520 se limitan a una vez por arcada por fecha de servicio • D5611, D5612, D5621, D5622, D5630, D5640, D5650, D5660, D5670, D5671 se limitan a una vez por arcada por fecha de servicio solo después de 6 meses desde la colocación inicial • D5710, D5730 o D5750 se limitan a una vez por fecha de servicio después de 6 meses desde la colocación inicial • D5711, D5731 o D5751 se limitan a una vez por fecha de servicio después de 6 meses desde la colocación inicial • D5720, D5740, D5760 se limitan a una vez por fecha de servicio después de 6 meses desde la colocación inicial • D5725 se limita a una por arcada por fecha de servicio después de 6 meses desde la colocación inicial • D5721, D5741 o D5761 se limitan a una vez por fecha de servicio después de 6 meses desde la colocación inicial • D5765 se limita a una vez por arcada por fecha de servicio después de 6 meses desde la colocación inicial • D5810, D5811, D5820, D5821 se limitan a una vez por fecha de servicio • D5850 o D5851 se limitan en conjunto con una nueva dentadura postiza o después de 60 meses desde la colocación de una nueva dentadura postiza • D5876, D5899, D5999 	20%

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios de endodoncia: tratamientos de conducto <ul style="list-style-type: none"> • D3110 o D3120 se limitan a una vez por diente de por vida • D3220 o D3221 se limitan a una vez por diente de por vida • D3310, D3320, D3330, D3331, D3346, D3347, D3348, D3410, D3421, D3425, D3426, D3430 se limitan a una vez por diente de por vida • D3999 	20%
Exámenes: de rutina e integrales <ul style="list-style-type: none"> • D0120, D0160 o D0170 se limitan a dos cada 12 meses • D0150 o D0180 se limitan a dos cada 12 meses • D0140 se limita a dos cada 12 meses 	\$0
Extracciones <ul style="list-style-type: none"> • D7111, D7140, D7210, D7220, D7230, D7240, D7241, D7250 o D7251 se limitan a una por diente de por vida 	\$0
Empastes <ul style="list-style-type: none"> • D2140, D2150, D2160, D2161, D2330, D2331, D2332, D2335, D2390, D2391, D2392, D2393, D2394 o D2990 se limitan a un arreglo por diente, por superficie, una vez cada 24 meses 	\$0
Tratamientos con flúor <ul style="list-style-type: none"> • D1206 o D1208 se limitan a dos cada 12 meses 	\$0
Servicios varios <ul style="list-style-type: none"> • D9910 se limita a dos por 12 meses • D9911 se limita a una vez por diente por fecha de servicio • D9930 se limita a una vez por año • D9932, D9935 • D9950 o D9952 se limitan a uno cada 60 meses • D9951 limitado a uno cada 12 meses • D9999 	20%
Óxido nitroso y sedación <ul style="list-style-type: none"> • D9211, D9215, D9222, D9230, D9239 o D9248 se limitan a uno por diente por fecha de servicio • D9223 o D9243 se limita a 3 por fecha de servicio 	\$0

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Cirugía bucal <ul style="list-style-type: none"> • D7260, D7261 se limitan a dos veces por arcada de por vida • D7284, D7285, D7286 • D7310 o D7311 se limitan a una vez por cuadrante de por vida • D7320 o D7321 se limitan a una vez por cuadrante de por vida • D7340, D7350 se limitan a una vez por arcada de por vida • D7410, D7411, D7440, D7441, D7450, D7451, D7460, D7461 • D7471 se limita a dos por arcada de por vida • D7472 se limita a una vez de por vida • D7485, D7473 se limitan a dos de por vida • D7510, D7520, D7521 • D7511, D7630, D7953 • D7961 o D7963 se limitan a una vez por arcada de por vida • D7962 se limita a una vez por arcada de por vida • D7970 se limita a una vez por arcada de por vida • D7971 se limita a una vez por diente de por vida • D7999 	20%
Otros servicios periodontales: eliminación del sarro y alisado radicular; desbridamiento de toda la boca <ul style="list-style-type: none"> • D4210, D4211, D4240, D4241, D4260 o D4261 se limitan a una vez por cuadrante por fecha de servicio • D4212 se limita a una vez por fecha de servicio • D4249 se limita a uno por diente de por vida • D4341 o D4342 se limitan a una vez por cuadrante por fecha de servicio • D4355 se limita a uno cada 36 meses • D4999 	20%
Otros servicios de restauración: recementado, preparación de coronas, carillas, reparaciones <ul style="list-style-type: none"> • D2915 y D2920 se limita a una vez por diente por fecha de servicio después de 6 meses desde la colocación inicial • D2940 se limita a una vez por diente de por vida • D2950 se limita a una vez por diente por fecha de servicio 	20%
Tratamiento paliativo <ul style="list-style-type: none"> • D9110 	\$0

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Dentaduras postizas: fijas <ul style="list-style-type: none"> • D6205, D6210, D6211, D6212, D6214, D6240, D6241, D6242, D6243, D6245, D6250, D6251 o D6252 se limitan a una vez por diente por fecha de servicio • D6253 se limita a una vez por fecha de servicio • D6545, D6548, D6549, D6601, D6602, D6603, D6604, D6605, D6606, D6607, D6608, D6609, D6610, D6611, D6612, D6613, D6614, D6615, D6624, D6634, D6710, D6720, D6721, D6722, D6740, D6750, D6751, D6752, D6753, D6780, D6781, D6782, D6783, D6784, D6790, D6791, D6792, D6793, o D6794 se limitan a una vez por diente por fecha de servicio • D6920, D6930, D6940, D6980 se limitan a una vez por fecha de servicio • D6999 	20%
Dentaduras postizas parciales: extracción, ajustes y reparaciones <ul style="list-style-type: none"> • D5211, D5212, D5213, D5214, D5221, D5222, D5223, D5224, D5225, D5226, D5227 y D5228 se limitan a una vez por fecha de servicio • D5421, D5422 se limitan a una vez por arcada por fecha de servicio después de 6 meses desde la colocación inicial • D5611, D5612, D5621, D5622, D5630, D5640, D5650 y D5660 se limitan a una vez por arcada por fecha de servicio • D5720, D5721, D5725, D5740, D5741, D5760, D5761, D5765 y D6930 se limitan a una vez por fecha de servicio solo después de 6 meses tras la colocación inicial 	20%
Consultas a profesionales <ul style="list-style-type: none"> • D9410, D9420 se limitan a una vez por fecha de servicio 	\$0
Teleodontología <ul style="list-style-type: none"> • D9995 o D9996 se limitan a una vez por fecha de servicio 	\$0

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Radiografías y estudios de diagnóstico: aleta de mordida, panorámica, CT, cefalogramas, MRI <ul style="list-style-type: none"> • D0210, D0277, D0330 o D0372 se limitan a uno cada 36 meses • D0220 se limita a uno por fecha de servicio • D0230 se limita a uno por fecha de servicio • D0240 se limita a dos cada 24 meses • D0270, D0272, D0273, D0274 o D0373 se limitan a uno cada 12 meses • D0374 se limita a uno cada 12 meses 	\$0

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

En esta sección descubrirá qué servicios se *excluyen* en la cobertura de Medicare y, por lo tanto, no tienen cobertura de este plan.

En el siguiente cuadro se enumeran los servicios y artículos que no están cubiertos bajo ninguna condición o que están cubiertos solo en casos específicos.

Si recibe servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagar por ellos, excepto en los casos específicos que se indican a continuación. Incluso cuando reciba los servicios excluidos en un centro de atención médica de emergencia, dichos servicios no estarán cubiertos y nuestro plan no los pagará. La única excepción se aplica si se apela el servicio y, tras la apelación, se determina que se trata de un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto por su situación particular. (Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación cuando determinamos que no nos corresponde cubrir un servicio médico, consulte la sección 5.3 del capítulo 7).

Servicios sin cobertura de Medicare	Cobertura limitada a ciertas condiciones
Acupuntura	Disponible para personas con dolor lumbar crónico en determinadas circunstancias
Cirugías o procedimientos cosméticos	Se cubren en casos de lesión accidental o para mejorar la función de una extremidad del cuerpo con una malformación. Se cubren para todas las etapas de reconstrucción de la mama después de una mastectomía, así como para la mama no afectada para lograr una apariencia simétrica.

Servicios sin cobertura de Medicare	Cobertura limitada a ciertas condiciones
Cuidados básicos Los cuidados básicos hacen referencia al cuidado personal que no precisa la atención continua de personal paramédico o médico capacitado, como el cuidado que le ayuda con las actividades de la vida cotidiana, como bañarse o vestirse.	No está cubierto bajo ninguna circunstancia.
Procedimientos quirúrgicos y médicos experimentales, equipos y medicamentos Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos que, según Medicare Original, generalmente no cuentan con la aceptación de la comunidad médica.	Pueden tener cobertura de Medicare Original en el marco de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. (Consulte la sección 5 del capítulo 3 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica)
Honorarios impuestos por sus familiares directos o miembros de su hogar por la atención que brindan	No está cubierto bajo ninguna circunstancia.
Atención de enfermería en el hogar a tiempo completo	No está cubierto bajo ninguna circunstancia.
Servicios de naturopatía (tratamientos naturales o alternativos)	No está cubierto bajo ninguna circunstancia.
Atención dental que no es de rutina	La atención dental necesaria para el tratamiento de una enfermedad o una lesión puede cubrirse como atención médica para pacientes internados o ambulatorios. Es posible que nuestro beneficio dental integral cubra algunos servicios de atención dental que no es de rutina.
Calzado ortopédico o dispositivo de apoyo para los pies	Calzado que forma parte de un dispositivo ortopédico para la pierna y que están incluidos en el costo de dicho dispositivo. Calzado ortopédico o terapéutico para personas con enfermedad de pie diabético.

Servicios sin cobertura de Medicare	Cobertura limitada a ciertas condiciones
Artículos personales en la habitación del hospital o de un centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor	No está cubierto bajo ninguna circunstancia.
Habitación privada en un hospital	Solo se cubre cuando sea médicaamente necesario.
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros de medicamentos anticonceptivos sin receta médica	No está cubierto bajo ninguna circunstancia.
Atención quiropráctica de rutina	Se cubre la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación.
Exámenes rutinarios de la vista, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otros aparatos para la visión disminuida	Un par de anteojos con monturas estándar (o un conjunto de lentes de contacto) cubiertos después de cada cirugía de cataratas en la que se implanta una lente intraocular. Es posible que nuestro beneficio de la vista complementario cubra algunos servicios de atención de la vista de rutina.
Cuidados de los pies de rutina	Se ofrece cobertura limitada según las pautas de Medicare (por ejemplo, si tiene diabetes).
Servicios considerados no razonables ni necesarios según las normas de Medicare Original	No está cubierto bajo ninguna circunstancia.

CAPÍTULO 5:

*Cómo solicitarlos que paguemos
la parte que nos corresponde de
una factura por los servicios
médicos cubiertos*

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde por los servicios cubiertos

A veces, cuando recibe atención médica, tal vez deba pagar el costo total. En otros casos, puede que descubra que paga 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 reintegre (le reembolse) el pago. Tiene derecho a recibir un reembolso de nuestro plan cada vez que haya pagado más de su parte del costo por servicios médicos que cubre nuestro plan. Es posible que existan plazos que deba cumplir para que le devuelvan el dinero. Consulte la sección 2 de este capítulo.

También puede suceder que reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que recibió o por un monto mayor al que le corresponde pagar por su parte de los costos compartidos, tal como se menciona en este documento. Primero, intente resolver la situación de la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla. Analizaremos la factura y decidiremos si los servicios deben cubrirse. Si decidimos que se deben cubrir, le pagaremos al proveedor directamente. Si decidimos no pagar los servicios, le informaremos al proveedor. Nunca debe pagar un monto mayor de costo compartido que el que autoriza el plan. Si este proveedor tiene contrato con el plan, usted igual tiene derecho a recibir tratamiento.

Ejemplos de situaciones en las que puede pedirle a nuestro plan que le reintegre el dinero o que pague una factura que recibió:

1. Cuando recibió atención médica de emergencia o de urgencia por parte de un proveedor que no pertenece a la red de nuestro plan

Fuera del área de servicio, puede obtener servicios de emergencia o de urgencia de cualquier proveedor, ya sea que el proveedor pertenezca o no a nuestra red. En estos casos:

- Usted solo es responsable de pagar su parte del costo de los servicios de emergencia o de urgencia. Los proveedores de atención médica de emergencia están obligados por ley a brindar dicha atención.
- Si usted paga el monto total en el momento en que recibe la atención médica, pídanos el reembolso de nuestra parte del costo. Envíenos la factura, junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado.
- Es posible que reciba una factura del proveedor en la que le solicite un pago que usted considera que no adeuda. Envíenos esta factura, junto con la documentación de cualquier pago que ya haya realizado.
 - Si se le debe algo al proveedor, le pagaremos a él directamente.
 - Si pagó más de la parte que le corresponde del costo del servicio, determinaremos cuánto debía usted y le reembolsaremos la parte del costo que nos corresponde.

CAPÍTULO 5: Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura por los 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 a nuestro plan directamente y solicitarle a usted solo su parte del costo. Sin embargo, a veces cometen errores y le piden pagar más de lo que le corresponde.

- Usted solo debe pagar el monto de costo compartido que le corresponde cuando recibe los servicios cubiertos. No permitimos que los proveedores añadan otros cargos por separado, lo que se llama **facturación del saldo**. Esta protección (que usted nunca pague más que el monto que le corresponde de los costos compartidos) se aplica incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio, y aunque haya una disputa y no paguemos ciertos cargos del proveedor.
- Cuando recibe una factura de un proveedor de la red que considera que es por un monto mayor que el que le corresponde pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya le pagó una factura a un proveedor de la red, pero considera que pagó demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que realizó y pídanos que le reembolsemos la diferencia entre lo que pagó y lo que correspondía pagar según nuestro plan.

3. Si se inscribe en nuestro plan de 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 haber ocurrido incluso el año anterior).

Si usted se inscribió en nuestro plan en forma retroactiva y pagó de su bolsillo servicios cubiertos con posterioridad a la fecha de inscripción, puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte de los costos. Debe enviarnos la documentación, como recibos y facturas, para que nos encarguemos del reembolso.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, la revisaremos y decidiremos si debemos cubrir el servicio o el medicamento. Esto se denomina tomar una **decisión de cobertura**. Si decidimos cubrirlo, pagaremos la parte que nos corresponde del costo del servicio o del medicamento. Si rechazamos su solicitud de pago, podrá apelar nuestra decisión. En el capítulo 7 encontrará información sobre cómo presentar una apelación.

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

Puede pedirnos que le reembolsemos el dinero enviándonos una solicitud por escrito. Si envía la solicitud por escrito, adjunte la factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Se recomienda que guarde una copia de la factura y los recibos para sus registros.

CAPÍTULO 5: Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura por los servicios médicos cubiertos

Debe enviarnos su reclamación en un plazo de 60 días después de la fecha en que recibió el servicio o artículo.

Para asegurarse de que nos envía toda la información necesaria para que tomemos una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamaciones para enviar una solicitud de pago.

- Aunque no es necesario que use el formulario, si lo hace, nos ayudará a procesar la información más rápidamente. La información necesaria incluye el nombre y la información de contacto del miembro, el número de identificación de miembro, el nombre y la información de contacto del proveedor, el artículo o servicio y la fecha del servicio.
- Descargue una copia del formulario desde nuestro sitio web (www.globalhealth.com) o llame a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitar el formulario.

Envíe su solicitud de pago por correo postal junto con cualquier factura o recibo de pago a la siguiente dirección:

GlobalHealth, Inc.
P.O. Box 2718
Oklahoma City, OK 73101

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y diremos sí o no

Cuando recibamos su solicitud de pago, le comunicaremos si necesitamos que nos facilite información adicional. De lo contrario, evaluaremos 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 ya pagó el servicio, le enviaremos por correo postal el reembolso de la parte del costo que nos corresponde. Si aún no pagó el servicio, le 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 las razones por las que no enviaremos el pago y su derecho a apelar esa decisión.

Sección 3.1 Qué hacer si le comunicamos que no pagaremos la totalidad o parte de la atención médica o del medicamento, podrá presentar una apelación

Si considera que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago o con el que pagamos, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, nos solicita que cambiemos la decisión que tomamos de rechazar su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un procedimiento formal que incluye pasos detallados y plazos importantes. Para conocer los detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el capítulo 7.

CAPÍTULO 6:

Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales

- Sección 1.1 Debemos brindarle la información de una manera que se adapte a sus necesidades y sea coherente con sus sensibilidades culturales (en idiomas que no sean inglés, en braille, con letra grande o en otros formatos alternativos, etc.)**

Nuestro plan tiene la obligación de garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de una manera culturalmente competente y sean accesibles para todas las personas inscritas, incluidas aquellas con poco dominio del inglés, destrezas de lectura limitadas, incapacidad auditiva o aquellas con diversos orígenes culturales y étnicos. Los ejemplos de cómo nuestro plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la prestación de servicios de traductor, servicios de intérprete, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teléfono de teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios de intérprete gratuitos disponibles para responder a preguntas de miembros que no hablan inglés. También podemos brindarle materiales en idiomas que no sean inglés, en braille, con letra grande o en otros 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 que le brindemos información de un modo adecuado para usted, llame a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY llaman al 711).

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

Si los proveedores de la red del plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad del plan encontrar proveedores especializados fuera de la red que le proporcionen la atención necesaria. En este caso, usted solo pagará la distribución de costos dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que necesita, llame al plan para obtener información sobre a dónde acudir para obtener este servicio según la distribución de costos dentro de la red.

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, ver a un especialista en salud de la mujer o encontrar un especialista de la red, llame para presentar una queja ante los servicios para miembros GlobalHealth Section 1557 Coordinator, P.O. Box 2658, Oklahoma City, OK 73101-2658, Teléfono: 1-844-280-5555 (TTY: 711), Fax: 1-405-280-5294, Correo electrónico section1557coordinator@globalhealth.com. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente a la Oficina de Derechos Civiles 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que obtenga acceso oportuno a los servicios cubiertos

Tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) de la red de nuestro plan que preste y coordine los servicios cubiertos. Además, tiene derecho a consultar a un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) u otros proveedores enumerados en la sección 3 del capítulo 2.2 sin necesidad de una remisión.

Tiene derecho a concertar citas y recibir los servicios cubiertos de la red de proveedores de nuestro plan *dentro de un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a obtener servicios oportunos de especialistas cuando necesita esa atención.

Si cree que no está recibiendo la atención médica dentro de un plazo razonable, en el capítulo 7 encontrará información acerca de lo que puede hacer.

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

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de su historia clínica y de su información de salud personal. Protegemos su información de salud personal según lo exijan estas leyes.

- Su información de salud personal incluye información personal que nos facilitó cuando se inscribió en este plan, así como su historia clínica y otra información médica y sobre su salud.
- Usted tiene derechos relacionados con su información y con el control sobre cómo se usa su información de salud. Le enviaremos un aviso por escrito, llamado *Aviso sobre prácticas de privacidad*, en el que se informan estos derechos y cómo protegemos la privacidad de su información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que ninguna persona sin autorización vea o modifique su historia clínica.
- Salvo en los casos que se indican a continuación, si pretendemos facilitar su información de salud a alguien que no le brinda atención médica ni paga por ella, *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*.
- Hay algunas excepciones en las que no es necesario que obtengamos primero su permiso por escrito. La ley permite o exige estas excepciones.
 - Tenemos la obligación de divulgar información de salud a organismos gubernamentales que controlan la calidad de la atención médica.
 - Como usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, debemos facilitar a Medicare su información de salud. Si Medicare divulga su información con fines de investigación o para otros usos, lo hará de acuerdo con los estatutos y las regulaciones federales; normalmente, esto prohíbe que se comparta información que revele su identidad.

Puede consultar la información de su historia clínica y saber cómo se ha compartido con terceros

Tiene derecho a consultar 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 nos pide que hagamos esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si se deben hacer los cambios.

Usted tiene derecho a saber cómo se compartió su información de salud con terceros para cualquier fin que no sea el habitual.

Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre la privacidad de su información personal de salud, llame a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Aviso de prácticas de privacidad de GlobalHealth

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, LÉALO CUIDADOSAMENTE.

GlobalHealth se compromete y está obligado a proteger la privacidad y confidencialidad de la Información de Salud Protegida (“PHI”, por sus siglas en inglés) de nuestros miembros, en cumplimiento con las leyes y regulaciones federales y estatales aplicables, incluida la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996 (“HIPAA”) y la Ley de Tecnología de la Información de Salud para la Salud Económica y Clínica (“HITECH”). Este Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA (el “Aviso”) contiene información importante sobre su PHI. Nuestro Aviso actual está publicado en www.globalhealth.com.

Cómo GlobalHealth Puede Usar o Divulgar su Información de Salud

Para Tratamiento. Podemos usar y/o divulgar su PHI a un proveedor de atención médica, hospital u otra instalación de atención médica con el fin de organizar o facilitar su tratamiento.

Para Pago. Podemos usar y/o divulgar su PHI para pagar reclamaciones de médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica por servicios brindados a usted que estén cubiertos por su plan de salud; para determinar su elegibilidad para beneficios; para coordinar beneficios; para revisar la necesidad médica; para obtener primas; para emitir explicaciones de beneficios a la persona suscrita al plan de salud en el que usted participa; y otras funciones relacionadas con pagos.

Para Operaciones del Plan de Salud. Podemos usar y/o divulgar su PHI para fines operativos del plan de salud. Algunos ejemplos incluyen: gestión de riesgos, seguridad del paciente, mejora de la calidad, auditoría interna, revisión de utilización, revisión médica o entre pares, certificación, cumplimiento normativo, capacitación interna, acreditación, licencias, credenciales, investigación de quejas, mejora de desempeño, etc. No usaremos ni divulgaremos su información genética para fines de suscripción.

Productos y Servicios Relacionados con la Salud. Podemos usar y divulgar su PHI para informarle sobre productos, beneficios o servicios relacionados con su tratamiento, manejo del cuidado, o tratamientos alternativos, terapias, proveedores o entornos de atención.

Donde la Ley lo Permita o Requiera. Podemos usar y/o divulgar su información según lo permita o requiera la ley. Por ejemplo, podemos divulgar información:

- A una agencia reguladora para actividades que incluyan, pero no se limiten a, licencias, certificaciones, acreditaciones, auditorías, investigaciones, inspecciones e informes de dispositivos médicos.
- A las autoridades policiales al recibir una orden judicial, citación, orden de arresto u otro proceso legal similar.
- En respuesta a una orden judicial válida, citación, solicitud de descubrimiento u orden administrativa relacionada con una demanda, disputa u otro proceso legal.
- A agencias de salud pública o autoridades legales encargadas de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades.
- Para actividades de supervisión de salud realizadas por agencias como los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (“CMS”), el Departamento de Salud del Estado, el Departamento de Seguros, etc.
- Para fines de seguridad nacional, como proteger al Presidente de los Estados Unidos o realizar operaciones de inteligencia.
- Para cumplir con leyes y regulaciones relacionadas con la Compensación Laboral.
- Para la coordinación de beneficios de seguros o de Medicare, si corresponde.
- Cuando sea necesario para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente contra una persona o el público, y dicha divulgación se haga a alguien que pueda prevenir o reducir la amenaza (incluida la persona objetivo de la amenaza).
- En el curso de cualquier procedimiento administrativo o judicial, cuando la ley lo requiera.

Socios de Negocios. Podemos usar y/o divulgar su PHI a socios de negocios con los que contratamos para que nos proporcionen servicios. Ejemplos incluyen consultores, contadores, abogados, auditores, organizaciones de información de salud, proveedores de almacenamiento de datos y proveedores de registros médicos electrónicos. Solo realizaremos estas divulgaciones si hemos recibido garantías satisfactorias de que el socio comercial protegerá adecuadamente su PHI.

Representantes Personales/Autorizados. Podemos usar o divulgar PHI a su representante autorizado.

Familia, amigos y cuidadores. Podemos usar y/o divulgar su PHI a su representante autorizado. Familia, Amigos, Cuidadores. Podemos divulgar su PHI a un familiar, cuidador o amigo que lo acompañe o esté involucrado en su atención médica o en el pago de su atención médica. Si usted no puede o no está disponible para dar su consentimiento u objeción, usaremos nuestro mejor criterio al comunicarnos con su familia y otros.

Emergencias. Podemos usar y/o divulgar su PHI si es necesario en una emergencia para su tratamiento de urgencia.

Militares/Veteranos. Si usted es miembro o veterano de las fuerzas armadas, podemos divulgar su PHI según lo requieran las autoridades de comando militar.

Reclusos. Si usted es un recluso de una institución correccional o está bajo la custodia de un oficial de la ley, podemos divulgar su PHI a la institución correccional o al oficial de la ley.

Recordatorios de Citas. Podemos usar y/o divulgar su PHI para contactarlo y recordarle que tiene una cita para tratamiento o atención médica. Esto puede hacerse por correo, correo electrónico o llamada telefónica. Si no se encuentra en casa, podemos dejar un mensaje en una contestadora o con la persona que responda el teléfono.

Recordatorios de Medicamentos y Recargas. Podemos usar y/o divulgar su PHI para recordarle que recargue sus recetas, para informarle sobre el equivalente genérico de un medicamento, o para animarlo a tomar sus medicamentos recetados.

Conjunto de Datos Limitados. Si usamos su PHI para crear un “conjunto de datos limitado”, podemos dar esa información a otros con fines de investigación, acciones de salud pública u operaciones de atención médica. Las personas/entidades que reciban el conjunto de datos limitado están obligadas a tomar medidas razonables para proteger su privacidad.

Otros Usos. Si usted es donante de órganos, podemos divulgar su información médica a organizaciones encargadas de la obtención de órganos o de trasplantes de órganos, ojos o tejidos, o a un banco de donación, según sea necesario para facilitar la donación y el trasplante. Podemos divulgar su información médica a un forense o médico examinador.

NOTA: Solo divulgaremos su PHI para fines no descritos en este aviso con su autorización por escrito. La mayoría de los usos y divulgaciones de notas de psicoterapia (cuando corresponda), usos y divulgaciones de PHI para fines de marketing o recaudación de fondos, y divulgaciones que constituyan la venta de PHI requieren su autorización por escrito. La información autorizada para su divulgación puede incluir registros que indiquen la presencia de una enfermedad transmisible o no transmisible que debe informarse según la ley estatal.

Sus Derechos sobre su Información de Salud

Derecho a Inspeccionar y Copiar. Usted tiene derecho a inspeccionar y copiar su PHI según lo establece la ley. Este derecho no se aplica a las notas de psicoterapia. Su solicitud debe hacerse por escrito. Tenemos derecho a cobrarle los montos permitidos por la ley estatal y federal por dichas copias. Podemos denegar su solicitud en ciertas circunstancias. Si se le niega el acceso, puede apelar ante nuestro Oficial de Privacidad.

Derecho a la confidencialidad de las comunicaciones

Usted tiene derecho a recibir comunicaciones confidenciales sobre su PHI por otros medios o en ubicaciones alternativas. Por ejemplo, puede solicitar recibir una comunicación de nuestra parte en otra dirección u otro número de teléfono. Debe hacer su solicitud por escrito e identificar cómo o cuándo desea que se comuniquen con usted. Nos reservamos el derecho a rehusarnos a cumplir con su solicitud si no es razonable o no es posible hacerlo.

Derecho a Comunicación Confidencial. Usted tiene derecho a recibir comunicaciones confidenciales de su PHI por medios alternos o en ubicaciones alternos. Por ejemplo, puede solicitar recibir comunicaciones en una dirección o número de teléfono alternos. Su solicitud debe ser por escrito e indicar cómo o dónde desea ser contactado. Nos reservamos el derecho de rechazar su solicitud si es irrazonable o imposible de cumplir.

Derecho a un Registro de Divulgaciones. Usted tiene derecho a solicitar un registro de ciertas divulgaciones de su PHI a terceros, excepto aquellas hechas para tratamiento, pago, operaciones de atención médica o del plan de salud, y divulgaciones hechas a usted, autorizadas por usted o conforme a este Aviso. Para recibir un registro, debe presentar su solicitud por escrito e indicar el período específico que solicita. Puede solicitar un registro de hasta seis (6) años antes de la fecha de su solicitud (tres años si se trata de PHI en un registro médico electrónico). Si solicita más de un (1) registro en un período de 12 meses, podemos cobrarle por los costos de proporcionar la lista. Le notificaremos el costo y podrá retirar su solicitud antes de que se incurra en dichos costos.

Derecho a Solicitar Restricciones de Uso o Divulgación. Usted tiene derecho a solicitar restricciones o limitaciones sobre ciertos usos y divulgaciones de su PHI a terceros, salvo que la divulgación sea requerida o permitida por la ley. Su solicitud debe hacerse por escrito y especificar (1) qué información desea limitar; (2) si desea limitar el uso, la divulgación o ambos; y (3) a quién se aplican los límites. No estamos obligados a aceptar su solicitud. Si estamos de acuerdo, haremos esfuerzos razonables para cumplir con ella, salvo en casos de emergencias, divulgaciones ya realizadas o cuando la ley lo requiera. Cualquier acuerdo de restricciones debe estar firmado por una persona autorizada en nuestro nombre.

Derecho a Solicitar Enmiendas de PHI. Usted tiene derecho a solicitar una enmienda de su PHI si cree que el registro es incorrecto o está incompleto. Debe enviar su solicitud por escrito indicando la razón de la enmienda. Negaremos su solicitud si: (1) no está por escrito o no incluye una razón que la respalde; (2) la información no fue creada por nosotros o no forma parte del registro médico que mantenemos; (3) la información no forma parte de los registros que usted tendría derecho a inspeccionar y copiar; o (4) la información en el registro es exacta y completa. Si negamos su solicitud, usted tiene derecho a presentar una declaración de desacuerdo ante nuestro Oficial de Privacidad.

Derecho a Ser Notificado de una Brecha. Usted tiene derecho a recibir notificación de cualquier violación de su PHI no asegurada.

Derecho a Revocar Autorización. Usted puede revocar una autorización en cualquier momento, por escrito, pero solo en relación con usos o divulgaciones futuros, no sobre las divulgaciones que ya hemos realizado con base en la autorización otorgada.

Derecho a Recibir una Copia de este Aviso. Usted tiene derecho a recibir una copia en papel de este Aviso a solicitud.

Cambios a este Aviso

GlobalHealth está obligada a cumplir con los requisitos de este Aviso vigente. Nos reservamos el derecho de cambiar este Aviso y hacer efectivos los nuevos términos para toda la PHI que mantenemos. El Aviso revisado estará disponible en nuestro sitio web

en www.globalhealth.com.

Para Reportar una Violación de Privacidad

Si tiene alguna pregunta sobre sus derechos de privacidad o cree que se han violado sus derechos, puede contactar a nuestro Oficial de Privacidad en:

CAPÍTULO 6: Sus derechos y responsabilidades

ATTN: Privacy Officer
210 Park Avenue, Suite 2900
Oklahoma City, OK 73102
Teléfono gratuito: 1-877-627-0004
Email: privacy@globalhealth.com

GlobalHealth, Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. GlobalHealth no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por estos motivos. No lo penalizaremos ni tomaremos represalias si presenta una queja ante el Secretario de DHHS o ante GlobalHealth.

GlobalHealth ofrece ayudas y servicios gratuitos a personas con discapacidades para comunicarse eficazmente con nosotros, tales como: (a) intérpretes de lenguaje de señas calificados; (b) información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos); (c) intérpretes calificados; (d) información escrita en otros idiomas. Si necesita estos servicios, contacte al servicio de atención al cliente de GlobalHealth al 1 (844) 280-5555 (llamadas gratuitas) (TTY:711).

Si cree que GlobalHealth no ha brindado estos servicios o ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante:

ATTN: Medicare Compliance Officer
210 Park Ave, Suite 2900
Oklahoma City, OK 73102-5621
Email: compliance@globalhealth.com

Puede presentar una queja en persona o por correo, fax o email. Si necesita ayuda para presentar una queja, el Servicio de Atención al Cliente está disponible para ayudarle.

También puede presentar una queja por derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU., Oficina de Derechos Civiles, electrónicamente mediante el Portal de Quejas en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, por correo o teléfono en:

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Aplicaciones de Terceros y la FTC

Tenga en cuenta que la mayoría de las aplicaciones de terceros no están cubiertas por HIPAA. La mayoría de estas aplicaciones están bajo la jurisdicción de la Comisión Federal de Comercio (FTC) y las protecciones que proporciona la Ley de la FTC. La Ley de la FTC, entre otras cosas,

CAPÍTULO 6: Sus derechos y responsabilidades

protege contra actos engañosos (por ejemplo, si una aplicación comparte datos personales sin permiso, a pesar de tener una política de privacidad que dice lo contrario). Si tiene alguna preocupación sobre el uso de aplicaciones de terceros y su información, puede contactar a la Comisión Federal de Comercio (FTC) y presentar una queja en <https://reportfraud.ftc.gov/#/>.

Fecha de entrada en vigor: 10/01/2023 Aviso original: 04/01/2003 Fecha de revisión:

04/01/2011

04/01/2013

08/01/2021

10/01/2023

07/2025

Sección 1.4 Debemos brindarle información sobre nuestro plan, nuestra red de proveedores y los servicios cubiertos

Como miembro de Generations Valor (HMO), tiene derecho a recibir distintos tipos de información de nuestra parte.

Si desea recibir cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711):

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

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 obtener información completa de sus médicos y otros proveedores de atención médica. Los proveedores deben explicarle su afección 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, tiene los siguientes derechos:

- **Derecho a conocer todas sus opciones.** Usted tiene derecho a que le informen todas las opciones de tratamiento recomendadas para su afección, independientemente del costo que tengan o de si nuestro plan las cubre.
- **Derecho a conocer los riesgos.** Usted tiene derecho a que le informen cualquier riesgo que implique la atención médica que recibe. Se le debe notificar con anticipación si algún tratamiento o atención médica propuesto es parte de un experimento en investigación. Siempre tiene la opción de negarse a recibir tratamientos experimentales.
- **Derecho a decir “no”.** Usted tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a irse de un hospital u otro centro médico, aunque el médico le recomiende quedarse. Si rechaza el tratamiento, asume la responsabilidad total por las consecuencias que esto pueda tener en el organismo.

Tiene derecho a dar instrucciones sobre qué se debe hacer en caso de que no pueda tomar decisiones médicas

A veces, hay personas que no están en condiciones de tomar sus propias decisiones sobre su atención médica debido a accidentes o enfermedades graves. Usted tiene derecho a decir qué quiere que suceda si se encuentra en esta situación. Esto significa que, *si desea*, puede hacer lo siguiente:

- Completar un formulario por escrito para otorgarle a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** en caso de que alguna vez no pueda hacerlo por sí mismo.
- **Darles a sus médicos instrucciones por escrito** sobre cómo quiere que gestionen su atención médica si usted no puede tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede usar para dar instrucciones anticipadas en estas situaciones se conocen como **directrices anticipadas**. Documentos como un **testamento en vida** y un **poder con fines de atención médica** son ejemplos de directrices anticipadas.

Cómo preparar un documento de directrices anticipadas para dar instrucciones:

- **Obtenga un formulario.** Puede obtener un formulario de voluntades anticipadas de su abogado, de un trabajador social o en algunas tiendas de artículos de oficina. En ocasiones, puede obtenerlo de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare. También puede llamar a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para pedir los formularios.
- **Complete el formulario y firmelo.** No importa de dónde obtenga este formulario, se trata de un documento legal. Considere pedirle a un abogado que le ayude a prepararlo.
- **Entregue copias del formulario a las personas adecuadas.** Entregue una copia del formulario a su médico y a la persona designada en el formulario que pueda tomar decisiones en su nombre cuando usted no pueda. Si lo desea, puede entregar copias a amigos cercanos o familiares. Conserve una copia en su casa.

Si conoce con anticipación que se le va a hospitalizar y ha firmado un documento de voluntades anticipada, **llevé una copia al hospital**.

- En el hospital le preguntarán si firmó un formulario de directrices anticipadas y si lo tiene consigo.
- Si no firmó este documento, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si quiere firmar uno.

Completar un documento de directrices anticipadas es una decisión personal (incluso si desea firmarlo mientras se encuentra en el hospital). Según la ley, nadie puede negarle la atención médica ni discriminarte por haber firmado o no un documento de voluntades anticipadas.

Qué sucede si no se siguen sus voluntades

Si firma un documento de directrices anticipadas y cree que un médico o un hospital no las han seguido, puede presentar una queja ante la siguiente entidad:

Oklahoma Board of Medical Licensure and Supervision

101 NE 51st St

Oklahoma City, OK 73105-1821

Teléfono: 1-800-381-4519 (línea gratuita) o (405) 962-1400 (local)

Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar quejas y solicitarnos que reconsideremos las decisiones tomadas

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. Haga lo que haga (solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja), **estamos obligados a tratarle de manera justa**.

Sección 1.7 Qué hacer si cree que le tratan injustamente o que no se respetan sus derechos

Si considera que le trajeron injustamente o que no se respetaron sus derechos a causa de su raza, discapacidad, religión, sexo, estado de salud, origen étnico, credo (creencias), edad o nacionalidad, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del 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 le trajeron injustamente o que no se respetaron sus derechos, y *no* se trata de un caso de discriminación, puede obtener ayuda para abordar el problema en estos lugares:

- **Llame a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- **Llame al programa SHIP local** al 1-800-763-2828
- **Llame a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY 1-877-486-2048).

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Obtenga más información sobre sus derechos en estos lugares:

- **Llame a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- **Llame al programa SHIP local** al 1-800-763-2828
- **Comuníquese con Medicare.**
 - Visite [Medicare.gov](https://www.medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf) para leer la publicación *Derechos y protecciones de Medicare* (disponible en: www.medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf).
 - También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY 1-877-486-2048)

Sección 1.9 Información sobre evaluaciones de nuevas tecnologías

La tecnología rápidamente cambiante afecta la atención médica y la medicina tanto como cualquier otra industria. Para determinar si un nuevo medicamento u otro desarrollo médico tienen beneficios a largo plazo, nuestro plan controla y evalúa cuidadosamente las nuevas tecnologías para su inclusión como beneficios cubiertos. Estas tecnologías incluyen procedimientos médicos, dispositivos médicos y nuevos medicamentos.

Sección 1.10 Puede hacer sugerencias sobre su derechos y responsabilidades

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a efectuar recomendaciones sobre los derechos y las responsabilidades incluidos en este capítulo. Llame a Atención al Cliente si tiene alguna sugerencia.

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 a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

- **Familiarícese con los servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** Use este documento de *Evidencia de Cobertura* para conocer lo que está cubierto y las normas que debe seguir para recibir los servicios cubiertos.
 - En los capítulos 3 y, 4 se incluyen detalles sobre los servicios médicos.
- **Si tiene alguna otra cobertura de salud además de nuestro plan o una cobertura de medicamentos recetados separada, debe comunicárnoslo.** En el capítulo 1, encontrará información sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Informe al médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre nuestra tarjeta de identificación de miembro del plan cada vez que obtenga atención médica.

- **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 ha acordado junto a sus médicos.
 - Asegúrese de que sus médicos sepan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los de venta sin receta, las vitaminas y los suplementos.
 - Si tiene alguna pregunta, no dude en consultar hasta obtener la respuesta que desea.
- **Sea considerado.** Esperamos que nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que actúen de manera que ayuden a que las actividades en el consultorio del médico, los hospitales y otros consultorios se desarrollen de manera ordenada.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de realizar estos pagos:
 - Debe seguir pagando su prima de Medicare Parte B para seguir siendo miembro de nuestro plan.
 - Para algunos de los servicios médicos cubiertos por nuestro plan, debe pagar su parte del costo en el momento en que los recibe.
- **Si se muda dentro de nuestra área de servicio, necesitamos saberlo** para que podamos mantener el expediente de su membresía actualizado y sepamos cómo contactarle.
- **Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no podrá seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- **Si se muda, comuníqueselo al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios).**

CAPÍTULO 7:

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

SECCIÓN 1 Qué hacer si tiene un problema o una inquietud

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

- Para algunos problemas, debe usar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros problemas, debe usar el **proceso para presentar quejas** (también llamadas quejas formales).

Ambos procesos tienen la aprobación de 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 el proceso adecuado que debe usar y qué debe hacer.

Sección 1.1 Términos legales

En algunas normas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo, se usan términos legales. La mayoría de las personas no conocen estos términos. Para aportar claridad, en este capítulo se usan palabras más familiares 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 le explicamos los detalles para abordar situaciones específicas.

SECCIÓN 2 Dónde puede obtener más información y ayuda personalizada

Siempre estamos a su disposición para ayudarle. Incluso si tiene una queja sobre el trato que le damos, es nuestra obligación respetar su derecho a presentar una queja. Siempre debe llamar a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitar ayuda. En algunos casos, es posible que también necesite ayuda u orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. A continuación, encontrará dos organizaciones que pueden ayudarle:

Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP RX BIN, RXPCN and RXGRP numbers)

Cada estado cuenta con un programa gubernamental con asesores capacitados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguro o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarle a entender qué proceso debe usar para abordar su problema. También pueden responder preguntas, darle más información y ofrecerle orientación sobre lo que debe hacer.

Los servicios de los asesores del programa SHIP son gratuitos. Comuníquese con el Programa de Asesoramiento Estatal de Seguro Médico (SHIP RX BIN, RXPCN and RXGRP numbers) al 1-800-763-2828. Encontrará los números de teléfono y las URL de los sitios web en la sección 3 del capítulo 2 de este documento.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para recibir 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 usar para abordar su problema

¿Su problema o duda están relacionados con los beneficios o la cobertura?

Esto incluye problemas relacionados con la cobertura de la atención médica (artículos médicos, servicios o medicamentos de la Parte B) o la falta de esta, con la forma en que se brinda dicha cobertura y los pagos correspondientes.

Sí.

Consulte la **sección 4, Guía sobre las 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 Guía sobre las decisiones de cobertura y apelaciones

Las decisiones de cobertura y las apelaciones se usan para abordar los problemas sobre sus beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos de la Parte B, incluidos los pagos). Para facilitar la lectura, generalmente nos referimos a artículos médicos, servicios y medicamentos de Medicare Parte B como **atención médica**. Se usa el proceso de apelaciones y la decisión de cobertura para saber si algo tiene cobertura o no y de qué forma se cubre.

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir los servicios

Si desea saber si cubriremos la atención médica antes de que la reciba, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura. Una decisión de cobertura es aquella que tomamos con respecto a sus beneficios y su cobertura o sobre el monto que pagaremos por la atención médica. Por ejemplo, si el médico de la red de nuestro plan le remite a un especialista médico que no pertenece a la red, esta remisión se considera una decisión de cobertura favorable a menos que usted o el médico de la red puedan demostrar que recibió un aviso de rechazo estándar para la consulta con este especialista médico o que en la Evidencia de Cobertura se especifique que el servicio referido no se cubre bajo ninguna condición. Usted o el médico también puede

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

comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura si el médico no sabe con certeza si cubrimos un servicio médico en particular o si se niega a brindarle atención médica que usted cree que necesita.

En determinadas circunstancias, la solicitud de decisión de cobertura se desestimarán, es decir que no la revisaremos. Entre los ejemplos de situaciones en las que se desestimará una solicitud, se incluyen casos en los que la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre sin tener la autorización legal correspondiente para hacerla, o si usted solicita que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de decisión de cobertura, enviaremos un aviso con la explicación de por qué se desestimó y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos qué cubriremos y cuánto pagaremos. En algunos casos, es posible que decidamos que la atención médica no está cubierta o que ya no tiene cobertura para usted. 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 conforme, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. En algunos casos, puede solicitar una **apelación rápida** o acelerada de una decisión de cobertura. La revisión de su apelación estará a cargo de revisores distintos de los que tomaron la decisión original.

Cuando usted apela una decisión por primera vez, el proceso se denomina apelación de nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si seguimos correctamente las normas. Cuando finalizamos la revisión, le comunicamos nuestra decisión.

En determinadas circunstancias, la apelación de nivel 1 se desestimará, es decir que no la revisaremos. Entre los ejemplos de situaciones en las que se desestimará una solicitud, se incluyen casos en los que la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre sin tener la autorización legal correspondiente para hacerla, o si usted solicita que se retire su solicitud. Si desestimamos una apelación de nivel 1, enviaremos un aviso con la explicación de por qué se desestimó y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Si rechazamos la totalidad o una parte de su apelación de nivel 1 para atención médica, la apelación pasará automáticamente a una apelación de nivel 2 a cargo de una organización de revisión independiente que no esté relacionada con nosotros.

- Usted no necesita hacer nada para iniciar una apelación de nivel 2. Las normas de Medicare exigen que envíemos 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 conforme con la decisión de la apelación de nivel 2, puede continuar con los siguientes niveles de apelación (en este capítulo se explican los procesos de apelación de los niveles 3, 4 y 5).

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

Sección 4.1 Cómo obtener ayuda para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Aquí encontrará recursos por si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Llame a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711).**
- **Obtenga ayuda gratuita** del State Health Insurance Program.
- **Su médico puede presentar una solicitud por usted.** Si el médico le ayuda con una apelación de nivel 2 o posterior, se le debe designar como su representante. Llame a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite el formulario *Designación de representante*. (El formulario también está disponible en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web, www.globalhealth.com.)
 - 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 enviará automáticamente al nivel 2.
- **Puede pedirle a alguien que actúe en su nombre.** Puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su representante a fin de solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Si desea que un amigo, un familiar u otra persona sea su representante, llame a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite el formulario *Designación de representante*. (El formulario también está disponible en cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web, www.globalhealth.com). Este formulario le da a esa persona permiso para actuar en su nombre. Debe tener su firma y la de la persona que usted desea que actúe en su nombre. Deberá darnos una copia del formulario firmado.
 - Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación de un representante sin el formulario, no podemos completar nuestra revisión hasta que lo obtengamos. Si no recibimos el formulario antes de la fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación, su solicitud de apelación se desestimará. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que le explicaremos su derecho a solicitarle a la organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado o solicitar el nombre de uno a través del colegio de abogados local u otro servicio de remisión. Existen grupos que le brindarán servicios legales gratuitos si reúne los requisitos. Sin embargo, **no está obligado a contratar a un abogado** para solicitar una decisión de cobertura o apelar una decisión.

Sección 4.2 Reglas y plazos para diferentes situaciones

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

- **Sección 5:** Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 6:** Cómo solicitarnos 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 (*Solo se aplica a estos servicios: atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral ambulatoria [CORF RX BIN, RXPCN and RXGRP numbers]*)

Si no sabe con certeza qué información se aplica en su caso, llame a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede obtener ayuda o información de su programa SHIP.

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

Sección 5.1 Qué debe hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención

Sus beneficios de atención médica se describen en el Tabla de Beneficios Médicos incluido en el capítulo 4. En algunos casos, se aplican normas diferentes a una solicitud relativa a un medicamento de la Parte B. En esos casos, explicaremos de qué manera las normas para los medicamentos de la Parte B son diferentes de aquellas para los artículos y servicios médicos.

En esta sección, se describe lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes 5 situaciones:

1. No está recibiendo cierta atención médica que desea y considera que nuestro plan cubre esta atención. **solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que el médico u otro proveedor médico desea brindarle y que usted considera que nuestro plan cubre. **solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
3. Recibió atención médica que considera que nuestro plan debería cubrir, pero le comunicamos que no pagaremos por esta atención. **Presente una apelación. Sección 5.3.**
4. Recibió atención médica y pagó los costos correspondientes que considera que nuestro plan debería cubrir y quiere pedirle a nuestro plan que le reembolse el monto de esta atención. **Envíenos la factura. Sección 5.5.**

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

5. Le informan que la cobertura de cierta atención médica que ha estado recibiendo (que aprobamos con anticipación) se reducirá o cancelará y usted considera que eso podría perjudicar su salud. **Presente una apelación. Sección 5.3.**

Nota: Si la cobertura que se dejará de ofrecer corresponde a atención hospitalaria, atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o servicios 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 médica.

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 de cobertura rápida se denomina **determinación acelerada**.

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

Por lo general, se toma una decisión de cobertura estándar en un plazo de 7 días calendario cuando el artículo o servicio médico está sujeto a nuestras normas de autorización previa, de 14 días calendario para todos los demás artículos y servicios médicos, o de 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Una decisión de cobertura rápida suele tomarse en un plazo de 72 horas para los servicios médicos o de 24 horas para los medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con 2 requisitos:

- Solo puede solicitar la cobertura de artículos o servicios de atención médica (no puede hacer solicitudes de pago por artículos o servicios que ya recibió).
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida solamente si cumple con los plazos estándar pudiera causarle un daño grave a su salud o afectar su capacidad para recuperar alguna función.

Si el médico nos comunica que su estado de salud exige una decisión de cobertura rápida, aceptaremos automáticamente tomar este tipo de decisión.

Si usted mismo solicita una decisión de cobertura rápida, sin la ayuda de su médico, decidiremos si su estado de salud exige que le concedamos una decisión de cobertura rápida. Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta con lo siguiente:

- Una explicación de que cumpliremos con los plazos estándar.
- Una explicación de que le concederemos automáticamente una decisión de cobertura rápida si el médico lo solicita.
- Una explicación de que puede presentar una *queja rápida* con respecto a nuestra decisión de concederle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó.

Paso 2: pídale a nuestro plan que tome una decisión de cobertura estándar o una rápida.

- 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 desea recibir. Esto lo puede hacer usted, su médico o su representante. En el capítulo 2 encontrará la información de contacto.

Paso 3: consideramos su solicitud de cobertura de atención médica y le comunicamos nuestra respuesta.

Para las decisiones de cobertura estándar seguimos los plazos estándar.

Esto significa que le daremos una respuesta en un plazo de 7 días calendario después de recibir su solicitud de un artículo o servicio médico que está sujeto a nuestras normas de autorización previa. Si el artículo o servicio médico solicitado 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 solicita una extensión o si necesitamos más información que podría beneficiarle, **podemos extender el plazo hasta 14 días calendario más** si su solicitud es por un artículo o servicio médico. Si extendemos el plazo, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud está relacionada con un medicamento de la Parte B.
- Si considera que *no debemos* demorar más días, 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 distinto del proceso para las decisiones de cobertura y apelaciones; consulte la sección 9 para obtener información sobre las quejas).

Para las decisiones de cobertura rápida seguimos un plazo acelerado.

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

- **Sin embargo**, si 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 tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud está relacionada con un medicamento de la Parte B.
- Si considera que *no debemos* demorar más días, 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 usted solicitó, le enviaremos una notificación por escrito con la explicación del motivo.

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

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 solicitar que reconsideremos esta decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa que puede volver a solicitar la cobertura de atención 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 a nuestro plan sobre una decisión de cobertura de atención médica se denomina **reconsideración** del plan.

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

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

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

- Si está apelando una decisión que tomamos con respecto a la cobertura de atención médica, usted o su médico debe decidir si necesita presentar una apelación rápida. Si el médico nos comunica que su estado de salud exige una apelación rápida, se la concederemos.
- Los requisitos para obtener una *apelación rápida* son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida incluidos en la sección 5.2 de este capítulo.

Paso 2: solicítelle a nuestro plan una apelación estándar o una rápida.

- **Si presenta una apelación estándar, preséntela por escrito.** También pueden llamarnos para solicitar una apelación. En el capítulo 2 encontrará la información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, preséntela por escrito o llámenos.** En el capítulo 2 encontrará la información de contacto.
- **Debe presentar la solicitud de apelación en un plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que se indica en la notificación escrita que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si no cumple con este plazo y tiene una razón válida para ello, explique el motivo del retraso al presentar su apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de causa justificada pueden incluir una enfermedad grave que le haya impedido comunicarse con nosotros o que le hayamos dado información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información relacionada con su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar la apelación.**

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

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, se analiza detenidamente toda la información. 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

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos comunicarle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación**. Le comunicaremos nuestra respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si solicita una extensión o si necesitamos más información que podría beneficiarle, **podemos extender el plazo hasta 14 días calendario más** si su solicitud es por un artículo o servicio médico. Si extendemos el plazo, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional si su solicitud está relacionada con un medicamento de la Parte B.
 - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas (o al finalizar el período extendido si nos tomamos más días), tenemos que enviar automáticamente su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que una organización de revisión independiente la revisará. En la sección 5.4 se explica el proceso de apelaciones del nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa para una parte o la totalidad de lo que usted solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura que acordamos en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa para una parte o la totalidad de lo que usted solicitó**, le enviaremos nuestra decisión por escrito y le enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para que la revise en el 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 no recibió, le daremos una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le informaremos nuestra decisión antes si su afección médica así lo exige.
 - Sin embargo, si solicita una extensión o si necesitamos más información que podría beneficiarle, **podemos extender el plazo hasta 14 días calendario más** si su solicitud es por un artículo o servicio médico. Si extendemos el plazo, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud está relacionada con un medicamento de la Parte B.
 - Si considera que *no debemos* demorar más días, puede presentar una *queja rápida*. Cuando presente una queja rápida, le responderemos en un plazo de 24 horas (Consulte la sección 9 para obtener información sobre las quejas).

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

- Si no le damos una respuesta antes de la fecha límite (o al finalizar el período extendido), enviaremos su solicitud a una apelación de nivel 2, en el que una organización de revisión independiente la revisará. En la sección 5.4 se explica el proceso de apelaciones del nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa para una parte o la totalidad de lo que usted solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura en un plazo de **30 días calendario** si su solicitud es por un artículo o servicio médico, o **en un plazo de 7 días calendario** si su solicitud es por un medicamento de la Parte B.
- **Si nuestro plan rechaza una parte o la totalidad de su apelación**, enviaremos automáticamente la apelación a la organización de revisión independiente para que la revise en el nivel 2.

Sección 5.4 El proceso de apelaciones 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 contratada por Medicare**. No está relacionada con nosotros y no es un organismo gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o si debería modificarse. Medicare supervisa su trabajo.

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**. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su expediente**.
- Tiene derecho a facilitar más información 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.

- Para la apelación rápida, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 en un **plazo de 72 horas después** de recibirla.
- Si su solicitud es por un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita reunir más información que podría beneficiarle, **puede demorarse hasta 14 días calendario más**. La organización de revisión independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud está relacionada con un medicamento de la Parte B.

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

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

- Para la apelación estándar, si su solicitud es por un artículo o servicio médico, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **en un plazo de 30 días calendario** después de recibirla. Si su solicitud es por un medicamento de la Parte B, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario después** de recibirla.
- Si su solicitud es por un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita reunir más información que podría beneficiarle, **puede demorarse hasta 14 días calendario más**. La organización de revisión independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud está relacionada con un medicamento de la Parte B.

Paso 2: la organización de revisión independiente le comunica su respuesta.

La organización de revisión independiente le informará su decisión por escrito y le explicará los motivos por los que se llegó a ella.

- **Si la respuesta de la organización de revisión independiente es afirmativa para una parte o la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de atención médica en un plazo de **72 horas** o prestar 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 aceleradas**, tenemos **72 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si la respuesta de la organización de revisión independiente es afirmativa para una parte o la totalidad de una solicitud de un medicamento de la Parte B**, debemos autorizar o suministrar dicho medicamento en un plazo de **72 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándar**. Para las **solicitudes aceleradas**, tenemos **24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si la respuesta de esta organización es negativa para una parte o la totalidad de su apelación**, significa que coincide con nosotros en que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica no debe aprobarse (a esto se le dice **confirmar la decisión o rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta con lo siguiente:
 - Una explicación de la decisión.
 - Información sobre su derecho a una apelación de nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica alcanza un monto mínimo determinado. En el aviso por escrito que reciba de la organización de revisión independiente se le comunicará el monto en dólares que debe cubrir para continuar con el proceso de apelaciones.
 - Información sobre cómo presentar una apelación de nivel 3.

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

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

- Hay 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (que suman un total de 5 categorías de apelación). Si desea pasar a una apelación de nivel 3, encontrará los detalles de cómo proceder en el aviso escrito que recibe después de la apelación de nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o un abogado litigante se encarga de la apelación de nivel 3. En la sección 8 se explican los procesos de apelaciones de los niveles 3, 4 y 5.

Sección 5.5 Qué sucede si nos pide que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que recibió por la atención médica

En el capítulo 5 se describe cuándo puede necesitar pedir un reembolso o pagar una factura que ha recibido de un proveedor. También se le informa cómo nos debe enviar la documentación en la que solicita que le paguemos.

Si pide un reembolso, significa que nos está solicitando una decisión de cobertura

Si nos envía la documentación para pedir el reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, verificaremos si la atención médica que usted pagó es un servicio cubierto. También verificaremos si cumplió con las normas de uso de la cobertura de atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud:** si la atención médica tiene cobertura y usted cumplió con las normas, generalmente le enviaremos el pago de nuestra parte del costo en un plazo de 30 días calendario, pero no más de 60 días calendario después de recibir su solicitud. Si usted no pagó la atención médica, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si rechazamos su solicitud:** si la atención médica *no* está cubierta o usted *no* siguió todas las normas, no le enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que le informaremos que no pagaremos la atención médica y los motivos de nuestra decisión.

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

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

- Debemos comunicarle nuestra respuesta en un plazo de 60 días calendario después de recibir su apelación. Si nos pide que le reembolsemos el pago por atención médica que ya recibió y pagó, no puede solicitar una apelación rápida.

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

- Si la organización de revisión independiente decidió que debemos pagar, tenemos que enviarle a usted o al proveedor el pago en un plazo de 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es afirmativa en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 6 Cómo solicitarlos que cubramos una hospitalización más prolongada si considera que se le está dando de alta demasiado pronto

Cuando se le admite en un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos necesarios para diagnosticar y tratar su lesión o enfermedad.

Durante su hospitalización cubierta, el médico y el personal del hospital trabajarán con usted en los preparativos para el día del alta. Le ayudarán a coordinar la atención que podría necesitar después de salir del hospital.

- El día que usted abandona el hospital se denomina la **fecha de alta**.
- Cuando se defina su fecha de alta, el médico o el personal del hospital se lo comunicarán.
- Si cree que se le ha pedido abandonar el hospital demasiado pronto, puede solicitar una hospitalización más prolongada y su solicitud se considerará.

Sección 6.1 Durante su hospitalización, recibirá una notificación por escrito de Medicare en la que se le comunicarán sus derechos

En un plazo de 2 días calendario después de que le hayan ingresado en el hospital, recibirá un aviso escrito llamado *Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas con Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien del hospital (por ejemplo, un asistente social o un miembro del personal de enfermería), solicítenselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (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 detenidamente este aviso y haga preguntas si no lo entiende. En este aviso encontrará información sobre lo siguiente:

- Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo indique el 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 relativa a su hospitalización.
- Dónde informar sus inquietudes sobre la calidad de su atención hospitalaria.
- Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darle de alta si considera que le han dado de alta demasiado pronto. Esta es una manera formal y legal de pedir que se posponga la fecha de alta, por lo que cubriremos la atención hospitalaria por más tiempo.

CAPÍTULO 7: Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**2. Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.**

- Se le pedirá a usted o a la persona que actúe en su nombre que firme el aviso.
- Firmar el aviso *solo* demuestra que usted recibió la información sobre sus derechos, no indica su fecha de alta. La firma del aviso **no significa** que usted esté de acuerdo con una fecha de alta.

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

- Si firma el aviso más de 2 días calendario antes de la fecha de alta, recibirá otra copia antes de la fecha de alta programada.
- Para ver una copia de este aviso por anticipado, llame a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (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 el aviso en línea en <https://www.CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im>.

Sección 6.2 Cómo presentar una apelación de nivel 1 para cambiar 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 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 a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711). O llame a su State Health Insurance Program (SHIP) para obtener ayuda personalizada. La información de contacto del programa SHIP está disponible en la sección 3 del capítulo 2.

Durante una apelación de nivel 1, la Organización de Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. Controla si su fecha de alta programada es adecuada desde el punto de vista médico. La **Organización de Mejoramiento de la Calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de cuidado de la salud a los que el gobierno federal les paga para que controlen y ayuden 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 la Calidad de su estado y solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria. Debe actuar con rapidez.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

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

- En el aviso por escrito que recibió (*Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) se le indica cómo comunicarse con esta organización. (o bien, si desea conocer el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización de Mejoramiento de la Calidad de su estado, consulte el capítulo 2).

Actúe con rapidez:

- Para presentar su apelación, debe comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad *antes* de dejar el hospital y **a más tardar la medianoche del día del alta.**
 - **Si cumple con este plazo,** puede permanecer en el hospital *después* de la fecha de alta, *sin tener que pagarla*, mientras espera la decisión de la Organización de Mejoramiento de la Calidad.
 - **Si no cumple con este plazo, comuníquese con nosotros.** Si decide quedarse en el hospital después de la fecha de alta programada, *posiblemente tenga que pagar todos los costos* de la atención hospitalaria que recibe después de esa fecha.
- Cuando solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización de Mejoramiento de la Calidad se comunicará con nosotros. Antes del mediodía del día siguiente al que nos contacten, le daremos un **Aviso detallado sobre el alta**. En este aviso, se incluirá la fecha de alta programada y se explicarán detalladamente los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (adecuado desde el punto de vista médico) que le den de alta en esa fecha.
- Para obtener una muestra del **Aviso detallado sobre el alta** llame a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (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 la Calidad hace una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización de Mejoramiento de la Calidad (los *revisores*) le consultarán a usted, o a su representante, las razones por las 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 verán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que nosotros y el hospital les facilitamos.
- Hacia el mediodía del día después de que los revisores nos hayan informado de su apelación, recibirá un aviso por escrito de nuestra parte en el que se indicará la fecha de alta programada. En este aviso también se explicarán detalladamente los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (adecuado desde el punto de vista médico) que le den de alta en esa fecha.

Paso 3: en el plazo de un día completo después de reunir toda la información necesaria, la Organización de Mejoramiento de la Calidad le dará una respuesta a su apelación.**¿Qué sucede si la respuesta es afirmativa?**

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

- Si la respuesta de la organización de revisión independiente es *afirmativa*, **debemos seguir brindando sus servicios hospitalarios como paciente internado cubiertos, siempre que sean médicaamente necesarios.**
- Usted deberá seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponde). Además, pueden existir limitaciones para los servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la respuesta es negativa?

- Si la respuesta de la organización de revisión independiente es *negativa*, significa que la fecha de alta programada es adecuada desde el punto de vista médico. En este caso, **nuestra cobertura de los servicios hospitalarios como paciente internado finalizará** al mediodía del día *después* de que la Organización de Mejoramiento de la Calidad le da una respuesta a su apelación.
- Si la respuesta de la organización de revisión independiente a su apelación es *negativa* y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior al que la Organización de Mejoramiento de la Calidad le da una respuesta a su apelación.

Paso 4: si la respuesta a su apelación de nivel 1 es negativa, debe decidir si desea presentar otra apelación.

- Si la respuesta de la Organización de Mejoramiento de la Calidad a su apelación es negativa y usted se queda en el hospital después de la fecha de alta programada, puede presentar otra apelación. Si presenta otra apelación, significa que pasa al *nivel 2* del proceso de apelaciones.

Sección 6.3 Cómo presentar una apelación de nivel 2 para cambiar la fecha de alta del hospital

Durante una apelación de nivel 2, usted le solicita a la Organización de Mejoramiento de la Calidad que vuelva a considerar la decisión que tomó respecto de su primera apelación. Si la Organización de Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de nivel 2, usted deberá pagar el costo total de su hospitalización después de la fecha de alta programada.

Paso 1: comuníquese con la Organización de Mejoramiento de la 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 la Calidad haya rechazado su apelación de nivel 1. Puede solicitar esta revisión únicamente si permanece en el hospital después de la fecha en que finalizó su cobertura de la atención médica.

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

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

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

Paso 3: en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud de apelación de nivel 2, los revisores tomarán una decisión con respecto a su apelación y se la comunicarán.

Si la respuesta de la organización de revisión independiente es afirmativa:

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde pagar de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día posterior a la fecha en que la Organización de Mejoramiento de la Calidad haya rechazado su primera apelación.
- **Debemos seguir brindando la cobertura de su atención hospitalaria como paciente internado, siempre que sea médicaamente necesaria.**
- Usted deberá seguir pagando su parte de los costos, y se pueden aplicar limitaciones de cobertura.

Si la respuesta de la organización de revisión independiente es negativa:

- Esto significa que está de acuerdo con la decisión que se tomó sobre su apelación de nivel 1 y se denomina “confirmar la decisión”.
- En el aviso que recibe, se le informará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: si la respuesta es negativa, debe decidir si pasará su apelación al nivel 3.

- Hay 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (que suman un total de 5 categorías de apelación). Si desea pasar a una apelación de nivel 3, encontrará los detalles de cómo proceder en el aviso escrito que recibe después de la decisión sobre la apelación de nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o un abogado litigante se encarga de la apelación de nivel 3. En la sección 8 de este capítulo encontrará más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

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

Cuando recibe **servicios de atención médica domiciliaria, atención de enfermería especializada o atención para la rehabilitación (en un centro de rehabilitación integral ambulatoria)**, tiene el derecho de seguir recibiendo sus servicios cubiertos por ese tipo de atención durante el tiempo que sea necesario para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es momento de dejar de cubrirle cualquiera de estos 3 tipos de atención médica, tenemos la obligación de informárselo por adelantado. Cuando finalice la cobertura de esa atención médica, *dejaremos de pagar nuestra parte del costo correspondiente*.

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

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

Sección 7.1 Le avisaremos con anticipación cuándo terminará su cobertura**Término legal:**

Aviso de finalización de la cobertura de Medicare. Contiene información sobre cómo puede solicitar una **apelación rápida**. Solicitar una apelación rápida es una manera formal y legal de pedir un cambio en nuestra decisión de cobertura respecto a cuándo finalizar su atención médica.

- 1. Usted recibe un aviso por escrito** al menos 2 días calendario antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención médica. En el aviso se indica lo siguiente:
 - La fecha en la que dejaremos de cubrir la atención médica.
 - Información sobre cómo solicitar una apelación rápida para pedirnos que sigamos cubriendo su atención médica durante más tiempo.
- 2. Se le pedirá a usted o a la persona que actúe en su nombre que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.** Firmar el aviso *solo* demuestra que usted recibió la información sobre cuándo finalizará su cobertura. **La firma de este aviso no significa que usted esté de acuerdo** con la decisión del plan de cancelar su atención.

Sección 7.2 Cómo presentar una apelación de nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención médica por más tiempo

Si desea solicitarnos que prolonguemos la cobertura de su atención, deberá recurrir al proceso de apelaciones para presentar 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 a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711). O llame a su State Health Insurance Program (SHIP) para obtener ayuda personalizada. La información de contacto del programa SHIP está disponible en la sección 3 del capítulo 2.

Durante una apelación de nivel 1, la Organización de Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es adecuada desde el punto de vista médico. La **Organización de Mejoramiento de la Calidad** es un grupo de médicos y otros expertos de cuidado de la salud a los que el gobierno federal les paga para que controlen y ayuden a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan sobre 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 la Calidad y solicite una apelación rápida. Debe actuar con rapidez.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

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

- En el aviso por escrito que recibió (*Aviso de finalización de la cobertura de Medicare*) se le indica cómo comunicarse con esta organización. O bien, si desea conocer el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización de Mejoramiento de la Calidad de su estado, consulte el capítulo 2.

Actúe con rapidez:

- Debe comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad con el objetivo de iniciar la apelación **antes del mediodía anterior a la fecha de entrada en vigor** que se indica en el *Aviso de finalización de la cobertura de Medicare*.
- Si no cumple con el plazo y desea presentar una apelación, aún conserva su derecho a apelar. Comuníquese con la Organización de Mejoramiento de la Calidad usando la información de contacto que figura en el *Aviso de finalización de la cobertura de Medicare*. También podrá encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización de Mejoramiento de la Calidad de su estado en el capítulo 2.

Paso 2: la Organización de Mejoramiento de la 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 la Calidad (los revisores) le consultarán a usted, o a su representante, las razones por las 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 verá su información médica, hablará con su médico y revisará la información que le facilita nuestro plan.
- Antes de que termine el día en que los revisores nos informen sobre su apelación, usted recibirá la *Explicación detallada de la finalización de la cobertura*, en la que se explica en detalle los motivos por los que le ponemos fin a 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 la respuesta de los revisores es afirmativa?**

- 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 deducibles o copagos, si corresponde). Pueden existir limitaciones para los servicios cubiertos.

¿Qué sucede si la respuesta de los revisores es negativa?

- Si los revisores rechazan su solicitud, **su cobertura finalizará en la fecha que le hemos indicado**.

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

- 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 la respuesta a su apelación de nivel 1 es negativa, debe decidir si desea presentar otra apelación.

- Si los revisores *rechazan* su apelación de nivel 1, y usted decide seguir recibiendo atención médica después de la finalización de la 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 médica por más tiempo

Durante una apelación de nivel 2, usted le solicita a la Organización de Mejoramiento de la Calidad que vuelva a considerar la decisión respecto de su primera apelación. Si la Organización de Mejoramiento de la 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 en un centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF por sus siglas en inglés) después de la fecha en que le informamos que finalizaría la cobertura.

Paso 1: comuníquese con la Organización de Mejoramiento de la 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 la Calidad haya *rechazado* su apelación de nivel 1. Puede solicitar esta revisión únicamente si siguió recibiendo atención después de la fecha en que finalizó su cobertura de la atención médica.

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

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

Paso 3: en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud de apelación, los revisores tomarán una decisión con respecto a su apelación y se la comunicarán.**¿Qué sucede si la respuesta de la organización de revisión independiente es afirmativa?**

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención médica que recibió desde la fecha en que le informamos que finalizaría su cobertura. **Debemos seguir brindando la cobertura** de su atención médica, siempre que sea médica mente necesaria.
- Usted deberá seguir pagando su parte de los costos, y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la respuesta de la organización de revisión independiente es negativa?

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

- Esto significa que está de acuerdo con la decisión que se tomó con respecto a su apelación de nivel 1
- En el aviso que recibe, se le informará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Allí encontrará detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, que está a cargo de un juez de derecho administrativo o un abogado litigante.

Paso 4: si la respuesta es negativa, debe decidir si desea avanzar su apelación.

- Hay 3 niveles adicionales de apelaciones después del nivel 2 (que suman un total de 5 categorías de apelación). Si desea pasar a una apelación de nivel 3, encontrará los detalles de cómo proceder en el aviso escrito que recibe después de la decisión sobre la apelación de nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o un abogado litigante se encarga de la apelación de nivel 3. En la sección 8 de este capítulo encontrará más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo elevar su apelación a los niveles 3, 4 y 5

Sección 8.1 Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicio médico

Esta sección puede ser la adecuada para usted si presentó una apelación de nivel 1 y otra de nivel 2 y ambas se rechazaron.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico por el que presentó la apelación cumple con determinados montos mínimos, es posible que pueda avanzar con otros niveles de apelación. Si el valor en dólares es inferior al monto mínimo, no podrá seguir apelando. En la respuesta que reciba por escrito a su apelación de nivel 2 se le explicará cómo presentar una apelación de nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los últimos 3 niveles de apelación funcionan de manera muy parecida a los primeros dos 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 litigante que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta del juez de derecho administrativo o el abogado litigante a su apelación es afirmativa, el proceso de apelaciones puede o no darse por finalizado.** A diferencia de una decisión con respecto a una apelación de nivel 2, tenemos el derecho de apelar una decisión de 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 brindar la atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del juez de derecho administrativo o del abogado litigante.

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

- Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de nivel 4 con toda la documentación necesaria que corresponda. Es posible que esperemos la decisión con respecto a la apelación de nivel 4 antes de autorizar o brindar la atención médica en disputa.
- **Si la respuesta del juez de derecho administrativo o el abogado litigante a su apelación es negativa, el proceso de apelaciones puede o no darse por finalizado.**
 - Si decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones se dará por finalizado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba, se le indicará qué debe hacer para presentar una apelación de nivel 4.

Apelación de nivel 4

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

- **Si la respuesta es negativa, 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 darse por finalizado.** A diferencia de una decisión de nivel 2, tenemos el derecho de apelar una decisión de nivel 4 que sea favorable para usted. Decidiremos si apelamos esta decisión en el nivel 5.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o brindar la atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza su apelación, el proceso de apelaciones puede o no darse por finalizado.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones se dará por finalizado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, podría pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que recibe se le informará si las normas le permiten pasar a una apelación de nivel 5 y cómo proceder en ese caso.

Apelación de nivel 5

Un juez del **tribunal federal de primera instancia** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si se *acepta* o se *rechaza* su solicitud. Esta respuesta es definitiva. No existen más niveles de apelación después de que pase por el tribunal federal de primera instancia.

Cómo presentar quejas

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

Sección 9.1 ¿Qué tipo de problemas se tratan en el proceso de quejas?

El proceso para presentar quejas *solo* se usa para determinados problemas, como problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. A continuación, describimos ejemplos de los tipos 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 médica que recibió (incluida la atención médica 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 de forma grosera o irrespetuosa?• ¿No está conforme con nuestro Servicio al Cliente?• ¿Considera que se le está alentando a abandonar nuestro plan?
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none">• ¿Tiene problemas para concertar una cita o ha tenido que esperar demasiado tiempo?• ¿Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud le han hecho esperar demasiado tiempo? ¿Y qué hay de nuestro equipo de Servicio al Cliente u otros miembros del personal de nuestro plan?<ul style="list-style-type: none">◦ Algunos ejemplos incluyen esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera o el consultorio, 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 el consultorio de un médico?
Información que recibe de nosotros	<ul style="list-style-type: none">• ¿No le entregamos un aviso que estábamos obligados a enviarle?• ¿Nuestra información escrita es difícil de entender?
Puntualidad (Todos estos tipos de quejas están relacionados con la puntualidad de)	Si solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación y cree que no respondimos lo suficientemente rápido, puede presentar una queja con respecto a nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos: <ul style="list-style-type: none">• Si nos solicitó una <i>decisión de cobertura rápida</i> o una <i>apelación rápida</i> y rechazamos su solicitud, puede presentar una queja.

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

Queja	Ejemplo
nuestras medidas relacionadas con las decisiones de cobertura y las apelaciones)	<ul style="list-style-type: none">Si considera que no estamos cumpliendo con los plazos de las decisiones de cobertura o las apelaciones, puede presentar una queja.Si cree que no estamos cumpliendo con los plazos para cubrir o reembolsar determinados servicios, artículos médicos o medicamentos que estaban aprobados, puede presentar una queja.Si cree que no cumplimos con los plazos obligatorios 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 recibe el nombre de **queja formal**.

El acto de **presentar una queja** se denomina **presentar una queja formal**.

El acto de **usar el proceso para quejas** se denomina **usar el proceso para presentar una queja formal**.

Una **queja rápida** se denomina **queja formal acelerada**.

Paso 1: comuníquese inmediatamente, ya sea por teléfono o por escrito.

- **Llamar a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711) suele ser el primer paso.** Si hay algo más que debe hacer, Servicio al Cliente se lo hará saber.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó conforme), puede redactar su queja por escrito y enviárnosla.** Si redacta su queja por escrito, responderemos por el mismo medio.
 - Para presentar una queja, llame a nuestro Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711); envíela por fax al 1-405-280-5294 o por correo postal a la siguiente dirección: GlobalHealth Grievances and Appeals Unit, PO Box 2658, Oklahoma City, OK 73101.
 - Debe presentar su queja a más tardar 60 días calendario después del evento que dio lugar a la queja, y le daremos una respuesta tan pronto como lo exija su estado de salud, pero no más tarde de 30 días calendario a partir del día en que se haya recibido, a menos que se otorgue una prórroga. Si el plan se concede a sí mismo una prórroga de 14 días en el plazo, se lo notificará por escrito.
- Le explicamos cómo funciona:
 - Para presentar una queja, llame a nuestro Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711); envíela por fax al 1-405-280-5294 o por correo postal a la siguiente dirección: GlobalHealth Grievances and Appeals Unit, PO Box 2658, Oklahoma City, OK 73101.
 - Debe presentar su queja a más tardar 60 días calendario después del evento que dio lugar a la queja, y le daremos una respuesta tan pronto como lo exija su estado de salud, pero no más tarde de 30 días calendario a partir del día en que se haya recibido, a menos que se otorgue una prórroga. Si el plan se concede a sí mismo una prórroga de 14 días en el plazo, se lo notificará por escrito.

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

- Usted tiene derecho a presentar una queja acelerada (rápida) si ampliamos el plazo para tomar una decisión de cobertura. También puede presentar una queja acelerada si nos negamos a aceptar su solicitud de una decisión de cobertura o apelación acelerada. Cuando solicite una queja acelerada, le responderemos en un plazo de 24 horas. Si desea presentar una queja acelerada, puede llamarnos.
- Tanto usted como su representante autorizado pueden presentar una queja. La persona que usted designe actuará como su “representante”. Puede ser un familiar, un amigo, un abogado, un médico o cualquier otra persona o proveedor que elija para que actúe en su nombre. Puede haber una persona que ya esté legalmente autorizada para actuar como su representante autorizado según las leyes estatales. Si desea que una persona en particular actúe en su nombre, pero aún no cuenta con autorización del tribunal o conforme a la ley estatal, llame a nuestro Servicio al Cliente y solicite el formulario para darle permiso a esa persona para actuar legalmente en su nombre. El formulario debe tener su firma y la de la persona que le gustaría que actúe en su nombre.
- La **fecha límite** para presentar una queja es de **60 días calendario** desde el momento en que tuvo el problema que dio lugar a la queja.

Paso 2: analizamos su queja y le comunicamos 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 prórroga, **podemos demorar hasta 14 días calendario más** (44 días calendario en total) para responder a su queja. Si decidimos extender el plazo, se lo informaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque le denegamos su solicitud de una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida, le concederemos automáticamente una queja rápida.** Si presenta una queja rápida, significa que le daremos **una respuesta en un plazo de 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 sobre la calidad de la atención ante la Organización de Mejoramiento de la Calidad

Cuando su queja es sobre *la calidad de la atención médica*, también tiene otras 2 opciones:

- **Puede presentar su queja directamente ante la Organización de Mejoramiento de la Calidad.** La Organización de Mejoramiento de la 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 bien

- **Puede presentar su queja en simultáneo ante la Organización de Mejoramiento de la Calidad y ante nosotros.**

Sección 9.4 También puede informar a Medicare sobre su queja

Puede presentar una queja sobre Generations Valor (HMO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja a Medicare, ingrese en www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 8:

Cancelación de la membresía en nuestro plan

SECCIÓN 1 Cancelación de su membresía en nuestro plan

La cancelación de su membresía en Generations Valor (HMO) puede ser un hecho **voluntario** (por elección propia) o **involuntario** (por causas ajenas a su voluntad):

- Puede abandonar nuestro plan porque ha decidido que *quiere* hacerlo. En las secciones 2 y 3 encontrará información sobre cómo finalizar su membresía de forma voluntaria.
- También hay situaciones limitadas en las que estamos obligados a dar por finalizada su membresía. En la sección 5 se explican las situaciones en las que debemos finalizar su membresía.

Si planea abandonar nuestro plan, este deberá seguir brindándole atención médica y usted seguirá pagando su parte de los costos hasta que finalice la membresía.

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

Sección 2.1 Usted puede finalizar su membresía durante el período de inscripción abierta

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

- El **período de inscripción abierta** va **del 15 de octubre al 7 de diciembre**.
- Opte por conservar su **cobertura actual** o hacer cambios a su **cobertura para el año siguiente**. Si decide cambiar a un nuevo plan, podrá elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos;
 - 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 comience el 1 de enero.

Sección 2.2 Usted puede finalizar su membresía durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage

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

- El **período de inscripción abierta de Medicare Advantage** va del 1 de enero al 31 de marzo; para los nuevos miembros de Medicare que se inscriben en un plan MA, este período va desde el mes en que adquieren derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del tercer mes de dicho derecho.

- **Durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage**, puede hacer lo siguiente:
 - Cambiar a otro plan Medicare Advantage, con o sin cobertura de medicamentos.
 - Anular su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Medicare Original. Si decide cambiarse a Medicare Original durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare al mismo tiempo.
- **Su membresía finalizará** el primer día del mes después de haberse inscrito en un plan Medicare Advantage diferente o después de que hayamos recibido su solicitud para cambiarse a Medicare Original. Si también opta por inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su membresía en ese plan comenzará el primer día del mes posterior a que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.3 En ciertos casos, puede finalizar su membresía durante un período de inscripción especial

En algunos casos, los miembros de Generations Valor (HMO) pueden ser elegibles para cancelar su membresía en otras épocas del año. Esto se conoce como **período de inscripción especial**.

Puede ser elegible para finalizar su membresía durante un período de inscripción especial si se produce alguna de las siguientes situaciones. Se incluyen a modo de ejemplo. Para obtener una lista completa, puede comunicarse con nuestro plan, llamar a Medicare o ingresar en www.Medicare.gov.

- En general, cuando se muda.
- Si tiene SoonerCare (Medicaid).
- Si no cumplimos el contrato que tenemos con usted.
- Si recibe atención médica en una institución, como una residencia de ancianos o un hospital de atención a largo plazo (LTC por sus siglas en inglés).
- Si está inscrito en el Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE por sus siglas en inglés).

Los períodos de inscripción varían según cada caso.

Para averiguar si es elegible para acceder a un período 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 es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede optar por cambiar su cobertura de salud y de medicamentos recetados de Medicare. Puede elegir entre las siguientes opciones:

- otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos;
- Medicare Original *con* un plan de medicamentos de Medicare por separado;
- Medicare Original *sin* un plan de medicamentos de Medicare por separado.

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

Sección 2.4 Obtenga más información sobre cuándo puede finalizar su membresía

Si tiene preguntas sobre cómo cancelar su membresía, puede hacer lo siguiente:

- **Llame a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711).**
- Obtenga información en el manual **Medicare y Usted 2026**.
- Comuníquese con **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 el siguiente cuadro se explica cómo puede finalizar su membresía en nuestro plan.

Para cambiarse de nuestro plan a:	Esto es lo que tiene que hacer:
Otro plan de salud de Medicare	<ul style="list-style-type: none">• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare.• Su inscripción en Generations Valor (HMO) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura del nuevo plan.
Medicare Original con un plan de medicamentos de Medicare por separado	<ul style="list-style-type: none">• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos de Medicare.• Su inscripción en Generations Valor (HMO) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura del nuevo plan.
Medicare Original sin un plan de medicamentos de Medicare por separado.	<ul style="list-style-type: none">• Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Llame a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si necesita información sobre cómo hacer esto.• También puede comunicarse con Medicare por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicitar que se dé de baja su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.• Su inscripción en Generations Valor (HMO) se cancelará cuando comience la cobertura en Medicare Original.

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

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

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

- **Siga consultando a nuestros proveedores de la red para recibir atención médica.**
- **Si se encuentra hospitalizado el día que finaliza su membresía, nuestro plan cubrirá dicho servicio hasta que le den de alta** (incluso si le dan el alta después de que comience su nueva cobertura de salud).

SECCIÓN 5 Generations Valor (HMO) debe finalizar la membresía en nuestro plan en algunos casos

Generations Valor (HMO) debe finalizar su membresía en nuestro plan si ocurre alguna de las siguientes situaciones:

- Si ya no cuenta con Medicare Parte A ni Medicare Parte 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 a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (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 obligarle a abandonar nuestro plan por este motivo sin primero obtener permiso de Medicare);
- Si continuamente se comporta de manera inapropiada y esto dificulta que podamos brindarles atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan (no podemos obligarle a abandonar nuestro plan por este motivo sin primero obtener permiso de Medicare);
- Si permite que otra persona use su tarjeta de identificación de miembro para obtener atención médica (no podemos obligarle 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 alguna pregunta o desea más información sobre cuándo podemos finalizar su membresía, llame a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 5.1 No podemos pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud

Generations Valor (HMO) no tiene autorización para pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si considera que se le pide que abandone nuestro plan debido a 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 damos por finalizada su membresía en nuestro plan

Si terminamos su membresía en nuestro plan, debemos comunicarle los motivos de la terminación por escrito. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja o reclamación sobre nuestra decisión de terminar su membresía.

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 las regulaciones que crearon los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) conforme a dicha ley. Además, pueden aplicarse otras leyes federales y, en ciertos casos, las leyes del estado en el que vive. Esto puede repercutir en sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no se incluyen o no se explican en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso de no discriminación

No discriminamos por motivos de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, antecedentes de reclamaciones, antecedentes médicos, información genética, evidencia de asegurabilidad ni ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben respetar las leyes federales contra la discriminación, incluido el título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley contra la Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, el inciso 1557 de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que obtienen fondos federales y cualquier otra ley y norma que se aplique por cualquier otro motivo.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes acerca de la discriminación o el trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos** al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles local. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en www.HHS.gov/ocr/index.html.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención médica, llame a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Si tiene una queja, como un problema de accesibilidad en silla de ruedas, Servicio al Cliente puede ayudarle.

GlobalHealth, Inc. cumple con todos los derechos civiles federales aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad (incluido el dominio limitado del inglés y la lengua materna), sexo (de acuerdo con el alcance de la discriminación sexual que se contempla en el inciso 92.101[a][2]), edad ni discapacidad.

GlobalHealth, Inc.:

- Ofrece modificaciones razonables para las personas con discapacidades y recursos de apoyo y servicios auxiliares adecuados que incluyen los siguientes:
 - Intérpretes calificados para personas con discapacidades.

CAPÍTULO 9: Avisos legales

- Información en formatos alternativos, como braille o letra grande, sin cargo y de forma oportuna, cuando se necesitan dichas modificaciones, recursos de apoyo y servicios para garantizar la accesibilidad y las oportunidades equitativas para la participación de las personas con discapacidades.
- Ofrece servicios de asistencia lingüística, incluida la traducción de documentos electrónicos y escritos y la interpretación oral, sin cargo y de forma oportuna, cuando dichos servicios son una medida razonable para brindar acceso significativo a personas con dominio limitado del inglés.

Si necesita modificaciones razonables, recursos de apoyo y servicios auxiliares adecuados o servicios de asistencia lingüística, comuníquese con el Servicio al Cliente de GlobalHealth al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo). Del 1 de octubre al 31 de marzo, los horarios de atención son de lunes a domingos de 8 a.m. a 8 p.m. Del 1 de abril al 30 de septiembre, los horarios de atención son de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Si considera que no le brindamos estos servicios o le discriminamos por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad, nuestro coordinador de la sección 1557 está disponible para ayudarle. Puede presentar una queja formal en persona, por correo postal, fax o correo electrónico:

Dirección postal:	GlobalHealth Section 1557 Coordinator P.O. Box 2658 Oklahoma City, OK 73101-2658
Número de teléfono:	1-844-280-5555 (llamada sin cargo) De 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo. De 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre.
Número TTY:	711
Número de fax:	405-280-5294
Correo electrónico:	section1557coordinator@globalhealth.com

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. de manera electrónica a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building

CAPÍTULO 9: Avisos legales

Washington, DC 20201

[1-800-368-1019](tel:1-800-368-1019), [800-537-7697](tel:800-537-7697) (TDD por sus siglas en inglés)

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>.

Este aviso está disponible en nuestra página web: www.globalhealth.com.

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

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios con cobertura de Medicare de los que Medicare no es el pagador principal. Según las regulaciones de los CMS en el título 42 del CFR, incisos 422.108 y 423.462, Generations Valor (HMO), como organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce el ministro conforme a las regulaciones de los CMS en los subincisos B a D de la parte 411 del título 42 del CFR y las normas contempladas en esta sección prevalecen sobre cualquier ley estatal.

SECCIÓN 4 Protecciones al denunciar sospechas de fraude, despilfarro o abuso

Según las normas de nuestro plan, usted tiene derecho a que no se use ningún tipo de restricción física ni aislamiento en su contra como medio de coerción, fuerza, disciplina, conveniencia o represalia. También tiene derecho a que no le descuiden, intimiden, abusen física o verbalmente, maltraten ni exploten. Asimismo, tiene derecho a recibir un trato considerado y respetuoso, con pleno reconocimiento de su dignidad, privacidad e individualidad.

No podemos negarle servicios ni castigarle por ejercer sus derechos. El ejercicio de sus derechos no afectará negativamente la forma en que Generations Valor (HMO) y sus proveedores o los CMS le brindan los servicios u organizan la prestación de estos.

Protecciones al denunciar sospechas de fraude, abuso o malgasto (“Protecciones para denunciantes”)

GlobalHealth, Inc. cumple con las regulaciones federales y estatales que disponen que cualquier persona o entidad debe denunciar toda sospecha de fraude, abuso o malgasto detectada contra el programa de Medicare o Medicaid. En cumplimiento con estas regulaciones, GlobalHealth, Inc. protege de todo tipo de represalia a cualquier persona que denuncie de buena fe una sospecha de fraude, abuso o malgasto.

Es importante que denuncie ante GlobalHealth, Inc. cualquier situación en la que sus servicios de atención médica se vean, o puedan verse, afectados por haber detectado o denunciado una sospecha de fraude, abuso o malgasto ante GlobalHealth, Inc. o ante cualquier organismo federal o local. La sospecha de fraude, malgasto o abuso puede incluir, por ejemplo, cualquier servicio que un proveedor le facture a GlobalHealth, Inc. o a usted que no haya recibido, así como cualquier otra práctica que considere sospechosa.

Denuncias ante GlobalHealth, Inc.

Recuerde que puede informar cualquier situación real o potencial relacionada con incumplimiento, explotación financiera, fraude, abuso o malgasto a través de nuestras líneas de denuncias confidenciales de ACTright: **Línea directa de ACTright** (disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana) al 1-877-627-0004 o línea de denuncias por Internet en globalhealth.ethicspoint.com

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 precisan una hospitalización y cuya estancia esperada en el centro no supera las 24 horas.

Apelación: una medida que toma cuando no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar una solicitud de cobertura de servicios de atención médica o del pago de 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 del saldo: cuando un proveedor (como un médico u hospital) le factura a un paciente un monto mayor a los costos compartidos permitidos de nuestro plan. Como miembro del plan Generations Valor (HMO), solo debe pagar los montos de costos compartidos de nuestro plan cuando obtiene servicios que éste cubre. No permitimos que los proveedores hagan **facturaciones del saldo** ni que le cobren más del monto de costo compartido que nuestro plan indica que usted debe pagar.

Período de beneficios: la forma en la que tanto nuestro plan como Medicare Original miden el uso que usted hace de los servicios de centros de enfermería especializada (SNF por sus siglas en inglés). El período de beneficios comienza el día en que usted ingresa en un centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no ha recibido atención especializada en un SNF durante 60 días consecutivos. Si ingresa en un centro de enfermería especializada una vez finalizado un período de beneficios, comenzará uno nuevo. La cantidad de períodos de beneficios es ilimitada.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS por sus siglas en inglés): la agencia federal que administra a Medicare.

Coseguro: un monto expresado en porcentaje (por ejemplo, 20%) que se le pedirá que pague como su parte de los costos por los servicios.

Queja: el nombre formal que se usa para referirse a la presentación de una queja es **presentar una queja formal**. El proceso de quejas *solo* se usa para determinados tipos de problemas, como problemas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe, así como las quejas si nuestro plan no cumple con los plazos del proceso de apelación.

Centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF por sus siglas en inglés): un centro que ofrece principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, que incluyen fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios para patologías del habla y el lenguaje, y servicios para evaluar las condiciones del hogar.

Copago: un monto que quizá deba pagar como su parte del costo por un servicio o insumo médico, como una consulta al médico, una visita al hospital como paciente ambulatorio o un medicamento recetado. El copago es un monto fijo (por ejemplo, \$10), no un porcentaje.

Costo compartido: hace referencia a los montos que debe pagar el miembro por los servicios recibidos. Los costos compartidos incluyen cualquier combinación de los siguientes 3 tipos de pagos: 1) cualquier monto deducible que un plan pueda imponer antes de que se cubran los servicios; 2) cualquier monto de copago fijo que un plan exija cuando se obtiene un servicio

CAPÍTULO 10: Definiciones

específico; o 3) cualquier monto de coseguro, un porcentaje del monto total que se pagó por un servicio, que un plan exija cuando se obtiene un servicio específico.

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

Cobertura de medicamentos recetados acreditable: se trata de la cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando se vuelven elegibles para participar en Medicare, por lo general, pueden conservar esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más adelante en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Cuidados básicos: los cuidados personales que recibe en una residencia de ancianos, un centro de cuidados paliativos 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 incluye la ayuda para actividades cotidianas como bañarse, vestirse, alimentarse, meterse a la cama y salir de ella o subirse y bajarse de la silla, desplazarse e ir el 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.

Servicio al Cliente: un departamento dentro de nuestro plan que se encarga de responder sus preguntas sobre la membresía, los beneficios, las quejas formales y las apelaciones.

Deductible: el monto que usted debe pagar por la atención médica antes de que el plan pague su parte.

Cancelar la inscripción o cancelación de la inscripción: es el proceso por el que se da por finalizada su membresía en nuestro plan.

Equipo médico duradero (DME por sus siglas en inglés): es un término que se usa para referirse a ciertos equipos médicos que indica un profesional médico para fines médicos. Entre ellos, se incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas para infusión IV, dispositivos generadores de voz, equipos 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, si está cursando un embarazo, 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 dolencia que empeora rápidamente.

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

Queja formal: un tipo de queja que usted presenta en relación con nuestro plan o los proveedores e incluye una queja sobre la calidad de la atención médica que recibe. Esto no incluye disputas sobre 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 para 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 complementarios que ofrecemos.

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

Período de inscripción inicial: cuando es elegible para Medicare por primera vez, este es el plazo en que puede inscribirse en Medicare Parte A y Medicare Parte B. Si es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes de su cumpleaños, incluye ese mes y finaliza 3 meses después.

Cantidad máxima que paga de su bolsillo: el pago máximo que puede hacer 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 usted pague por las primas de Medicare Parte A y Medicare Parte B no cuentan para el cálculo de la cantidad maxima que paga de su bolsillo.

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

Médicamente necesario: los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar su afección médica y cumplen con normas aceptadas de la práctica médica.

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

Período de inscripción abierta en Medicare Advantage: el período 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 período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare en ese momento. El período 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 tener Medicare.

Plan Medicare Advantage (MA por sus siglas en inglés): también conocido como Medicare Parte C. Es un plan que ofrece una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de Medicare Parte A y Medicare Parte B. Un plan Medicare Advantage puede ser (i) un plan HMO, (ii) un plan PPO, (iii) un plan Private Fee-for-Service (PFFS) o (iv) un plan Medical Savings Account (MSA) de Medicare. Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Special Needs Plan (SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen Medicare Parte D (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se llaman **planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados**. Generations Valor (HMO) no ofrece cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios con cobertura de Medicare Parte A y Medicare Parte B. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios que cubren Medicare Parte A y Medicare Parte 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 de salud de Medicare: un plan de salud 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 Cost Plans de Medicare, los Plans de Necesidades Especiales, los programas de demostración o piloto y los Programas de Atención Integral para Personas Mayores (PACE por sus siglas en inglés).

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

Proveedor de la red: “proveedor” es el término general que hace referencia a médicos, otros profesionales de cuidado de la salud, 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**.

Período de inscripción abierta: el período del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año cuando los miembros pueden cambiar de plan de salud o de medicamentos o pasarse 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.

Medicare Original (Medicare tradicional o Fee-for-Service Medicare): un plan que ofrece el gobierno y no un plan de salud 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 acudir a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga la parte del monto aprobado por Medicare y usted paga la parte que le corresponde. Medicare Original tiene 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 proveedores que no están contratados, no pertenecen ni son operados por nuestro plan.

Los gastos de su bolsillo: consulte la definición anterior de costos compartidos. El requisito de costos compartidos por el que un miembro debe pagar una parte de los servicios recibidos también se denomina “requisito de los gastos del bolsillo del miembro”.

Plan PACE: un plan del Programa de Atención Integral para Personas Mayores (PACE por sus siglas en inglés) en el que se combinan servicios médicos, sociales y de atención y acompañamiento a largo plazo (LTSS por sus siglas en inglés), y está destinado a ayudar a que personas débiles continúen siendo independientes y viviendo en su comunidad (en lugar de mudarse a una residencia de ancianos) el mayor tiempo posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben los beneficios de Medicare y de Medicaid a través del plan.

Parte C: consulte el plan Medicare Advantage (MA por sus siglas en inglés).

Prima: el pago periódico que se hace a Medicare, a una compañía de seguro o a un plan de salud por la cobertura de salud o de medicamentos recetados.

Servicios preventivos: atención médica para prevenir enfermedades o detectar enfermedades en una etapa temprana, cuando es probable que el tratamiento sea más eficaz (por ejemplo, los servicios preventivos incluyen pruebas de Papanicolaou, vacunas antigripales y mamografías de detección).

Proveedor de atención primaria (PCP por sus siglas en inglés): el médico u otro proveedor al que consulta primero para abordar la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes 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 para los que se necesita una autorización previa se indican en el Tabla de Beneficios Médicos incluido en el capítulo 4.

Aparatos ortopédicos y ortesis: son dispositivos médicos que incluyen, entre otros, dispositivos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades y ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o una función interna del organismo, como suministros para ostomía y tratamiento nutricional enteral y parenteral.

Organización de Mejoramiento de la Calidad (QIO por sus siglas en inglés): 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 poder inscribirse en un plan de salud en particular. En el caso de los planes que limitan los médicos y hospitales que usted puede usar, por lo general, también se trata del área donde puede recibir servicios de rutina (que no son de emergencia). Nuestro plan debe cancelar su inscripción si se muda permanentemente fuera del área de servicio.

Atención en un centro de enfermería especializada (SNF por sus siglas en inglés): 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 enfermero registrado o un médico pueden administrar.

Período de inscripción especial: un período determinado en el que los miembros pueden cambiarse de plan de salud o de medicamentos o volver a Medicare Original. Los casos en los que usted puede ser elegible para un hacer uso del período de inscripción especial incluyen si se muda fuera del área de servicio, si se muda a una residencia de ancianos o si incumplimos nuestro contrato con usted.

Servicios de urgencia: un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata y que no es una emergencia se considera servicio de urgencia 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 de urgencia son los que se prestan en caso de enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de enfermedades existentes. No se considera que las visitas de rutina médica 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.



Aviso de disponibilidad de servicios de asistencia lingüística y de servicios de ayuda auxiliares

English: 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 1-844-280-5555 (TTY 711).

Español: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También se encuentran disponibles de forma gratuita ayudas y servicios auxiliares adecuados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-844-280-5555 (TTY 711).

Chinese: 如果您會說中文，我們可以為您提供免費語言幫助服務。也免費提供適當的輔助工具和服務，以無障礙格式提供資訊。請撥打 1-844-280-5555 (TTY 711)。

Tagalog: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyo sa tulong sa wika. Ang naaangkop na mga pantulong na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format ay makukuha rin nang walang bayad. Tumawag sa 1-844-280-5555 (TTY 711).

French: Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-844-280-5555 (TTY 711).

Vietnamese: Nếu bạn nói tiếng Việt, có sẵn các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Các hỗ trợ và dịch vụ phụ trợ phù hợp để cung cấp thông tin ở định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Gọi 1-844-280-5555 (TTY 711).

German: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzdienste zur Verfügung. Auch entsprechende Hilfsmittel und Services zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-844-280-5555 (TTY 711) an.

Korean: 한국어를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 접근 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 지원 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-844-280-5555 (TTY 711) 로 전화하세요.

Russian: Если вы говорите по-русски, вам доступны бесплатные услуги языковой помощи. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по номеру 1-844-280-5555 (TTY 711).

Arabic: إذا كنت تتحدث العربية ، فإن خدمات المساعدة اللغوية المجانية متوافرة لك. توفر المساعدات والخدمات المساعدة المناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل بالرقم 1-844-280-5555 (TTY 711)

Italian: Se parli italiano, sono a tua disposizione servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama il numero 1-844-280-5555 (TTY 711).

Portuguese: Se você fala português, serviços gratuitos de assistência linguística estão disponíveis para você. Também estão disponíveis gratuitamente ajudas e serviços auxiliares adequados para fornecer informações em formatos acessíveis. Ligue para 1-844-280-5555 (TTY 711).

French Creole: Si w pale kreyòl franse, sèvis asistans lang gratis disponib pou ou. Èd ak sèvis oksilyè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòma aksesib yo disponib tou gratis. Rele 1-844-280-5555 (TTY 711).

Polish: Jeśli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Odpowiednie pomoce pomocnicze i usługi umożliwiające dostarczanie informacji w przystępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 1-844-280-5555 (TTY 711).

Hindi: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो मुफ्त भाषा सहायता सेवाएं आपके लिए उपलब्ध हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक एड्स और सेवाएं भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। कॉल 1-844-280-5555 (TTY 711).

Japanese: 日本語を話せる場合は、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブルな形式で情報を提供するための適切な補助援助やサービスも無料で利用できます。 1-844-280-5555 (TTY 711) に電話します。

Servicio al Cliente de Generations Valor (HMO)

Método	Servicio al Cliente - Información de contacto
Llamada	1-844-280-5555 (llamada sin cargo) Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre) El Servicio al Cliente también ofrece servicios gratuitos de interpretación para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y está destinado únicamente a personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre)
Fax	(405) 280-2960
Correo postal	GlobalHealth, Inc. P.O. Box 1747 Oklahoma City, OK 73101
Sitio web	www.globalhealth.com

Seguro Médico Estatal Programa de Asesoramiento (SHIP de Oklahoma)

Seguro Médico Estatal Programa de Asesoramiento es un programa estatal que obtiene fondos del gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito y a nivel local sobre seguros médicos a personas con Medicare.

Método	Información de contacto
Llamada	1-800-763-2828
Correo postal	State Health Insurance Counseling Program 400 NE 50th Street Oklahoma City, OK 73105
Sitio web	https://www.oid.ok.gov/consumers/information-for-seniors/

Declaración de Divulgación en virtud de la ley PRA Según la Ley de Reducción de Trámites (PRA) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información, a menos que en esta figure un número de control de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB) válido. El número de control de la OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene algún comentario o sugerencia para mejorar este formulario, escriba a la siguiente dirección: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.