2027
Evidencia de cobertura

Condado de Klamath, Oregón

ATRIO Freedom (PPO)

H6743-031

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2027

Evidencia de Cobertura para 2027:

Los beneficios y servicios de salud de Medicare como miembro de ATRIO Freedom (PPO)

Este documento proporciona los detalles de su cobertura de atención médica desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2027. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Este documento explica sus beneficios y derechos. Utilice este documento para comprender lo siguiente:

- Su prima del plan y su costo compartido
- Sus beneficios médicos
- Cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento
- Cómo comunicarse con nosotros
- Otras protecciones requeridas por la ley de Medicare

Si tiene preguntas sobre este documento, llame a Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Horario de atención: todos los días de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. Esta llamada es gratuita.

Este plan, ATRIO Freedom (PPO), es ofrecido por ATRIO Health Plans. (Cuando en esta *Evidencia de Cobertura* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a ATRIO Health Plans. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a ATRIO Freedom (PPO)).

Este documento está disponible de forma gratuita en español. Esta información está disponible en letra grande.

Los beneficios, los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2028.

Nuestro formulario, red de farmacias y/o red de proveedores podrían cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso sobre cualquier cambio que pudiera afectarlo con al menos 30 días de anticipación.

OMB Approval 0938-1051 (Expires: July 31, 2029)

H6743_031_MBR_EOC_2027_C

Índice

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como miembro 4

SECCIÓN 1 Usted es un miembro de ATRIO Freedom (PPO) 4

SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan 5

SECCIÓN 3 Materiales importantes para miembros 6

SECCIÓN 4 Resumen de costos importantes para 2027 7

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual 8

SECCIÓN 6 Mantener actualizado su registro de miembro de su plan 9

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan 9

CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos 11

SECCIÓN 1 Contactos de ATRIO Freedom (PPO) 11

SECCIÓN 2 Cómo recibir ayuda de Medicare 14

SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) 15

SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO) 16

SECCIÓN 5 Seguro Social 17

SECCIÓN 6 Medicaid 18

SECCIÓN 7 Junta de jubilación para ferroviarios (RRB) 19

SECCIÓN 8 Si usted tiene un seguro grupal u otro seguro médico de un empleador 19

CAPÍTULO 3: Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos 20

SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan 20

SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red y fuera de la red para obtener atención médica 21

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios en una emergencia, desastre o necesidad urgente de atención 26

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan de manera directa el costo total de los servicios cubiertos? 28

SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica 29

SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica ... 31

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero ... 32

CAPÍTULO 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga) ... 34

SECCIÓN 1 Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos ... 34

SECCIÓN 2 La Tabla de beneficios médicos le indica sus beneficios y costos médicos ... 36

SECCIÓN 3 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones) ... 98

CAPÍTULO 5: Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura por servicios médicos cubiertos ... 101

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos la parte que nos corresponde de los servicios cubiertos ... 101

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió ... 103

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no ... 103

CAPÍTULO 6: Sus derechos y responsabilidades ... 105

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales ... 105

SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan ... 111

CAPÍTULO 7: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) .. 113

SECCIÓN 1 Qué hacer si tiene un problema o una inquietud ... 113

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada ... 113

SECCIÓN 3 Qué proceso utilizar para su problema ... 114

SECCIÓN 4 Una guía para las decisiones de cobertura y las apelaciones ... 114

SECCIÓN 5 Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación ... 118

SECCIÓN 6 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que está siendo dado de alta demasiado pronto ... 126

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si considera que su cobertura está terminando demasiado pronto ... 131

SECCIÓN 8 Cómo llevar su apelación a los Niveles 3, 4 y 5 135

SECCIÓN 9 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes 136

CAPÍTULO 8: Cancelación de su membresía en nuestro plan 141

SECCIÓN 1 Cancelación de su membresía en nuestro plan 141

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan? 141

SECCIÓN 3 Cómo cancelar su membresía en nuestro plan 143

SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios y artículos médicos a través de nuestro plan 144

SECCIÓN 5 ATRIO Freedom (PPO) debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones 144

CAPÍTULO 9: Avisos legales 147

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes 147

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación 147

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare 147

CAPÍTULO 10: Definiciones 149

CAPÍTULO 1:

Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Usted es un miembro de ATRIO Freedom (PPO)

Sección 1.1 Usted está inscrito en ATRIO Freedom (PPO), que es una PPO de Medicare

Usted está cubierto por Medicare y eligió recibir su cobertura para atención médica de Medicare a través de nuestro plan, ATRIO Freedom (PPO). Nuestro plan cubre todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso a proveedores en este plan son diferentes de los de Original Medicare.

ATRIO Freedom (PPO) es un plan Medicare Advantage PPO (PPO significa Preferred Provider Organization, Organización de proveedores preferidos). Como todos los planes de salud de Medicare, este plan PPO de Medicare está aprobado por Medicare y es administrado por una compañía privada. Este plan no incluye cobertura para 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 ATRIO Freedom (PPO) cubre su atención. Las otras partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción y cualquier aviso que reciba de nuestra parte sobre las modificaciones en su cobertura o condiciones que puedan afectar su cobertura. En ocasiones, estos avisos se denominan *cláusulas adicionales* o *enmiendas*.

El contrato está vigente durante los meses en los cuales usted esté inscrito en ATRIO Freedom (PPO) entre el 1 de enero de 2027 y el 31 de diciembre de 2027.

Medicare nos permite que hagamos cambios a planes que ofrecemos cada año calendario. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de ATRIO Freedom (PPO) después del 31 de diciembre de 2027. También podemos optar por dejar de ofrecer nuestro plan en su área de servicio, después del 31 de diciembre de 2027.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar ATRIO Freedom (PPO) cada año. Usted puede seguir obteniendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan solo si elegimos continuar ofreciendo nuestro plan y si Medicare renueva la aprobación de nuestro plan.

SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan siempre y cuando cumpla con todas las condiciones que se indican a continuación:

- Usted tiene tanto la Parte A como la Parte B de Medicare.
- Usted vive en nuestra área geográfica de servicio (descrita en la Sección 2.2). Las personas encarceladas no se consideran dentro del área de servicio geográfica, aun si se encuentran físicamente en esta área.
- Usted es ciudadano o nacional de los Estados Unidos, o un no ciudadano elegible.

Sección 2.2 Área de servicio del plan para ATRIO Freedom (PPO)

ATRIO Freedom (PPO) está disponible solo para personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan debe seguir viviendo en nuestra área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio en Oregon: Condado de Klamath, únicamente los siguientes códigos postales: 97601, 97602, 97603, 97604, 97621, 97622, 97623, 97624, 97625, 97626, 97627, 97632, 97633, 97634, 97639.

Si usted se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de este plan. Comuníquese con Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para consultar si contamos con algún plan en su nueva área. Si se muda, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá cambiar a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare en su nueva ubicación.

Si se muda o cambia su 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).

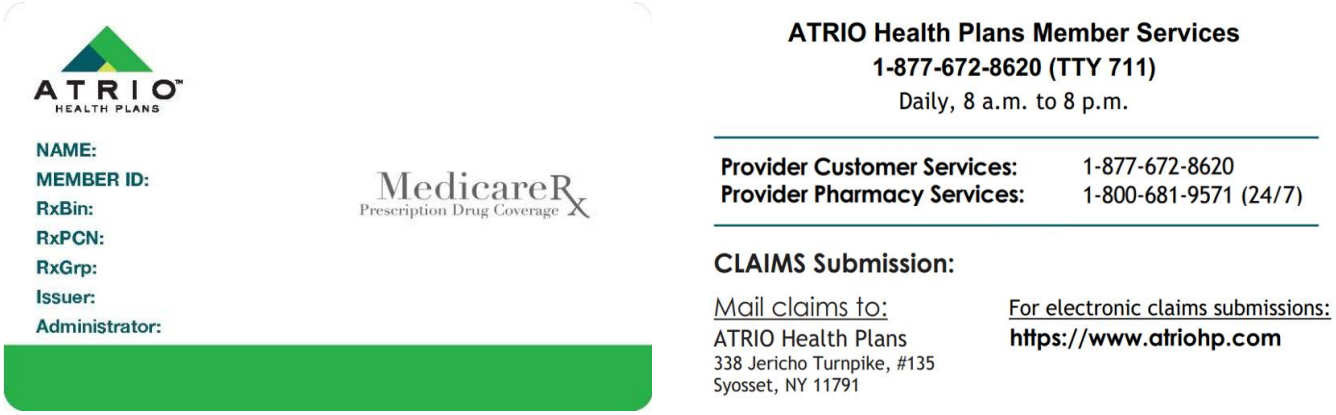
Sección 2.3 Ciudadano o nacional estadounidense, o un no ciudadano elegible

Debe ser ciudadano estadounidense o nacional, o un no ciudadano elegible para ser miembro de un plan de salud de Medicare. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a ATRIO Freedom (PPO) si usted no es elegible para seguir siendo miembro de nuestro plan según este requisito. ATRIO Freedom (PPO) debe cancelar su inscripción si usted no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes para miembros

Sección 3.1 Tarjeta de miembro de nuestro plan

Use su tarjeta de miembro cada vez que reciba servicios cubiertos por nuestro plan. También debe mostrarle su tarjeta de Medicaid al proveedor, si tiene una. Muestra de la tarjeta de miembro:



NO use la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para obtener los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa la tarjeta de Medicare en lugar de la tarjeta de miembro de ATRIO Freedom (PPO), es posible que tenga que pagar usted mismo el costo total de los servicios médicos. Guarde la tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Se le podría pedir que la muestre si necesita servicios hospitalarios, servicios de hospicio o participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare (también denominados ensayos clínicos).

Si la tarjeta de miembro de nuestro plan está dañada, se le pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para que le enviemos una tarjeta nueva.

Sección 3.2 Directorio de proveedores

El *Directorio de proveedores* disponible en atriohp.com enumera los proveedores actuales de nuestra red y los proveedores de equipo médico duradero. Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, proveedores de equipo médico duradero, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y cualquier costo compartido del plan como pago total.

Como miembro de nuestro plan, usted puede elegir recibir atención de proveedores fuera de la red. Nuestro plan cubrirá servicios de proveedores dentro o fuera de la red, siempre y cuando los servicios sean beneficios cubiertos y médicamente necesarios. Sin embargo, si acude a un proveedor fuera de la red, su parte de los costos de los servicios cubiertos puede ser más alta. Consulte el Capítulo 3 para obtener más información.

La lista más actualizada de proveedores y distribuidores está disponible en nuestro sitio web en atriohp.com.

Si no tiene un *Directorio de proveedores*, puede pedir una copia (electrónica o en papel) a Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Las solicitudes de Directorios de proveedores en papel se le enviarán en un plazo de 3 días hábiles.

SECCIÓN 4 Resumen de costos importantes para 2027

	Sus costos en 2027
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor que este monto. Consulte la Sección 4.1 para conocer los detalles.	**$0**
Monto máximo que paga de su bolsillo Este es el monto máximo que pagará de su bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte el Capítulo 4 Sección 1 para obtener detalles).	**De proveedores de la red: $7,150** **De proveedores dentro de la red y fuera de la red combinados: $9,000**
Consultas de atención primaria en el consultorio	**Dentro de la red: $10 de copago por consulta** **Fuera de la red: $50 de copago por consulta**
Consultas en el consultorio de un especialista	**Dentro de la red: $45 de copago por consulta** **Fuera de la red: $65 de copago por consulta**
Hospitalizaciones Incluye varios tipos de hospitalizaciones, como cuidados agudos, rehabilitación y atención a largo plazo. Una hospitalización empieza el día en que lo ingresan formalmente con una orden del médico y termina el día anterior a cuando lo den de alta.	**Dentro de la red: $425 de copago cada día por los días 1 al 7 y $0 de copago cada día por los días 8 al 90 por atención hospitalaria cubierta por Medicare. $0 de copago por días adicionales cubiertos por Medicare.**

	Sus costos en 2027
	Fuera de la red: **$475 de copago cada día por los días 1 al 7 y $0 de copago cada día por los días 8 al 90 por atención hospitalaria cubierta por Medicare.**

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 es necesario que pague por separado la prima mensual del plan ATRIO Freedom (PPO).

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

A muchos miembros se les exige que paguen otras primas de Medicare

Como miembro de este plan, ATRIO Freedom (PPO) reducirá su prima mensual de la Parte B de Medicare en $25. La reducción la establece Medicare y esta se administra a través de la Administración del Seguro Social (Social Security Administration, SSA). Según la manera en que usted pague su prima de la Parte B de Medicare, su reducción se puede acreditar a su cheque del Seguro Social o a su estado de cuenta de la prima de la Parte B de Medicare.

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

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual

Sección 5.1 La prima mensual de su plan no cambiará durante el año

No podemos cambiar el monto de la prima mensual de nuestro plan durante el año. Si la prima mensual del plan llegara a cambiar el próximo año, se lo informaremos en septiembre y la nueva prima entrará en vigencia el 1 de enero.

SECCIÓN 6 Mantener actualizado su registro de miembro de su plan

Su registro de miembro contiene información del formulario de inscripción, incluso su dirección y número de teléfono. Muestra la cobertura específica de su plan, que incluye su proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) y Asociación de Médicos Independientes (Independent Physician Association, IPA).

Los médicos, hospitales, y demás proveedores de la red de su plan **utilizan su registro de miembro para saber cuáles son los servicios que están cubiertos y los montos de costo compartido**. Es por ello que, es muy importante ayudarnos a mantener actualizada su información.

Si tiene alguno de estos cambios, infórmenos:

- Cambios en su 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 doméstica, compensación laboral o Medicaid)
- Cualquier reclamación de responsabilidad civil, por ejemplo, por un accidente automovilístico
- Si ingresa en un centro de cuidados
- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias que se encuentran fuera del área de cobertura o fuera de la red
- Si cambia la parte responsable designada por usted (como un cuidador)
- Si usted participa en un estudio de investigación clínica (**Nota**: No está obligado a informarle a nuestro plan sobre los estudios de investigación clínica en los que tiene la intención de participar, pero lo alentamos a que lo haga).

Si hay algún cambio en esta información, llame a Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Medicare requiere que recopilemos información sobre cualquier otra cobertura para atención médica o cobertura para medicamentos que usted tenga de manera que podamos coordinar cualquier otra cobertura con los beneficios que usted tiene a través de nuestro plan. Esto se denomina **coordinación de beneficios**.

Una vez al año, le enviaremos una carta con el detalle de las demás coberturas para atención médica o de cobertura para medicamentos que sean de nuestro conocimiento. Lea detenidamente esta información. Si es correcta, no será necesario que usted haga nada. Si la información no es correcta, o si usted cuenta con alguna otra cobertura que no se menciona, llame a Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Usted podría necesitar proporcionarles el

número de identificación de miembro de nuestro plan a sus otros seguros (una vez que confirme su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando tiene otro seguro (como una cobertura de salud grupal del empleador), hay normas de Medicare que determinan si nuestro plan o su otro seguro paga en primer término. El seguro que paga en primer término (el "pagador principal") paga hasta el límite de su cobertura. El que paga en segundo término (el "pagador secundario") paga solo si quedaron costos sin cubrir por la cobertura principal. El pagador secundario puede no pagar todos los costos sin cubrir. Si usted tiene otro seguro, infórmele a su médico, hospital y farmacia.

Estas normas se aplican para la cobertura del plan de salud de un sindicato o empleador:

- Si tiene una cobertura de jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o el de un miembro de su familia, el pagador principal dependerá de su edad, la cantidad de trabajadores del empleador y si usted tiene Medicare debido a su edad, una discapacidad o enfermedad renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD):
  - Si es menor de 65 años y está discapacitado, y usted (o un miembro de su familia) todavía trabajan, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 100 empleados.
  - Si tiene más de 65 años y usted (o su cónyuge o pareja doméstica) todavía trabajan, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 empleados o más, o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 20 empleados.
- Si usted tiene Medicare debido a una ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses luego de haber sido elegible para Medicare.

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

- Seguro sin culpa (incluido el seguro automovilístico)
- Responsabilidad (incluido el seguro automovilístico)
- Beneficios por neumoconiosis
- Compensación laboral

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

CAPÍTULO 2:

Números de teléfono y recursos

SECCIÓN 1 Contactos de ATRIO Freedom (PPO)

Para obtener ayuda con las reclamaciones, la facturación o preguntas sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba a ATRIO Freedom (PPO) Servicios para los miembros. Con gusto lo ayudaremos.

Servicios para los miembros - Información de contacto	
Llame al	1-877-672-8620 Las llamadas a este número son gratuitas. Todos los días de 8 a.m. a 8 p.m., hora local Servicios para los miembros 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Todos los días de 8 a.m. a 8 p.m., hora local
Escriba a	ATRIO Health Plans 550 Hawthorne Ave SE, Suite 140 Salem, OR 97301 customerservice@atriohp.com
Sitio web	atriohp.com

Cómo solicitar una decisión de cobertura sobre su atención médica

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura, o con relación al monto que pagamos por sus servicios médicos. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura sobre su atención médica, consulte el Capítulo 7.

Decisiones de cobertura para atención médica: información de contacto	
Llame al	1-877-672-8620 Las llamadas a este número son gratuitas.

Decisiones de cobertura para atención médica: información de contacto	
	Todos los días de 8 a.m. a 8 p.m., hora local
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Todos los días de 8 a.m. a 8 p.m., hora local
Escriba a	ATRIO Health Plans Attn: Medical Management Department 550 Hawthorne Ave SE, Suite 140 Salem, OR 97301
Sitio web	atriohp.com

Cómo presentar una apelación sobre su atención médica

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura. Para obtener más información acerca de cómo presentar una apelación sobre su atención médica, consulte el Capítulo 7.

Apelaciones sobre la atención médica – Información de contacto	
Llame al	1-877-672-8620 Las llamadas a este número son gratuitas. Todos los días de 8 a.m. a 8 p.m., hora local
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Todos los días de 8 a.m. a 8 p.m., hora local
Escriba a	ATRIO Health Plans ATTN: Medical Management Department 550 Hawthorne Ave SE, Suite 140 Salem, OR 97301
Sitio web	atriohp.com

Cómo presentar una queja sobre su atención médica

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguno de nuestros proveedores de la red, incluso respecto de la calidad de su atención. Este tipo de queja no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago. Para obtener más información acerca de cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el Capítulo 7.

Quejas sobre la atención médica – Información de contacto	
Llame al	1-877-672-8620 Las llamadas a este número son gratuitas. Todos los días de 8 a.m. a 8 p.m., hora local
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Todos los días de 8 a.m. a 8 p.m., hora local
Escriba a	ATRIO Health Plans Attn: Appeals and Grievances PO Box 5600 Scranton, PA 18505
Sitio web de Medicare	Para presentar una queja sobre ATRIO Freedom (PPO) directamente a Medicare, visite Medicare.gov/my/medicare-complaint.

Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo de atención médica que recibió

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

Si nos envía una solicitud de pago y le denegamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información.

Solicitudes de pago - Información de contacto	
Llame al	1-877-672-8620 Las llamadas a este número son gratuitas. Todos los días de 8 a.m. a 8 p.m., hora local
TTY	711

Solicitudes de pago - Información de contacto	
	Las llamadas a este número son gratuitas. Todos los días de 8 a.m. a 8 p.m., hora local
Escriba a	ATRIO Health Plans 550 Hawthorne Ave SE, Suite 140 Salem, OR 97301
Sitio web	atriohp.com

SECCIÓN 2 Cómo recibir ayuda de Medicare

Medicare es el programa federal de seguros médicos destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). Esta agencia celebra contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluido nuestro plan.

Medicare – Información de contacto	
Llame al	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultad auditiva o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
Chat en vivo	Chat en vivo en Medicare.gov/talk-to-someone.
Escriba a	Escriba a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044
Sitio web	Medicare.gov

Medicare – Información de contacto	
	• Obtenga información sobre los planes de salud y de medicamentos de Medicare en su área, incluidos sus costos y los servicios que brindan. • Busque médicos u otros proveedores de atención médica y suministradores que participan en Medicare. • Averigüe qué cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como pruebas de detección, inmunizaciones o vacunas y consultas anuales de "bienestar"). • Obtenga información y formularios sobre apelaciones de Medicare. • Obtenga información sobre la calidad de la atención que brindan los planes, centros de cuidados, hospitales, médicos, agencias de atención médica a domicilio, centros de diálisis, hospicios, centros de rehabilitación para pacientes internados y hospitales de atención a largo plazo. • Busque sitios web y números de teléfono útiles. También puede visitar el sitio web Medicare.gov para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga de ATRIO Freedom (PPO). **Para presentar una queja ante Medicare,** visite Medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare toma sus quejas con seriedad y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.

SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en cada estado y que ofrece ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas acerca de Medicare. En Oregon, el SHIP se denomina Oregon Senior Health Insurance Benefits Assistance (SHIBA).

Oregon Senior Health Insurance Benefits Assistance (SHIBA) es un programa estatal independiente (que no tiene relación con ninguna compañía de seguros ni plan de salud) que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Los asesores del Oregon Senior Health Insurance Benefits Assistance (SHIBA) pueden ayudarlo a que entienda sus derechos en relación con Medicare, a presentar quejas sobre la atención médica o el tratamiento médico y a solucionar problemas con las facturas de Medicare. Los asesores del Oregon Senior Health Insurance Benefits Assistance (SHIBA) también pueden ayudarlo con preguntas o problemas relacionados con Medicare y ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

	Oregon Senior Health Insurance Benefits Assistance (SHIBA) - Información de contacto
Llame al	1-800-722-4134 8 a.m. a 5 p.m. hora local, de lunes a viernes
TTY	711
Escriba a	Senior Health Insurance Benefits Assistance (SHIBA) Department of Consumer and Business Services 350 Winter Street NE, Room 330 Salem, OR 97309-0405 shiba.oregon@odhsoha.oregon.gov
Sitio web	https://shiba.oregon.gov/Pages/index.aspx

SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO)

Una Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO) designada que trabaja para los beneficiarios de Medicare en cada estado. Para Oregon, la Organización para la mejora de la calidad se denomina Acentra Health (Oregon's Quality Improvement Organization).

Acentra Health (Oregon's Quality Improvement Organization) tiene un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a quienes Medicare paga para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. Acentra Health (Oregon's Quality Improvement Organization) es una organización independiente. No tiene ninguna relación con nuestro plan.

Comuníquese con Acentra Health - Oregon's Quality Improvement Organization en cualquiera de estas situaciones:

- Tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió. Los ejemplos de inquietudes sobre la calidad de la atención incluyen recibir el medicamento equivocado, las pruebas o los procedimientos innecesarios o un diagnóstico erróneo.
- Si cree que la cobertura para su hospitalización finaliza demasiado pronto.

- Si cree que la cobertura de atención médica a domicilio, servicios en centros de atención de enfermería especializada o servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) finaliza demasiado pronto.

	Acentra Health (Oregon's Quality Improvement Organization) - Información de contacto
Llame al	1-888-305-6759 9 a.m. a 5 p.m. hora local, de lunes a viernes; y de 10 a.m. a 4 p.m. los fines de semana y feriados
TTY	711
Escriba a	Acentra Health/Oregon's Quality Improvement Organization 1650 Summit Lake Dr., Suite 102 Tallahassee, FL 32317
Sitio web	https://www.acentraqio.com/

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social determina la elegibilidad y maneja las inscripciones en Medicare.

Si se muda o cambia su dirección postal, es importante que se comunique con el Seguro Social para informar de dichos cambios.

Seguro Social — Información de contacto	
Llame al	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. Puede utilizar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas gestiones durante las 24 horas.
TTY	1-800-325-0778 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m.

Seguro Social — Información de contacto	
Sitio web	SSA.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. Algunos beneficiarios de Medicare también son elegibles para ser beneficiarios de Medicaid. Medicaid ofrece programas que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos **Programas de ahorros de Medicare** incluyen:

- **Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunos beneficiarios de QMB también son elegibles para beneficios totales de Medicaid (QMB+)).
- **Beneficiario de Medicare con ingresos bajos específicos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunos beneficiarios de SLMB también son elegibles para beneficios totales de Medicaid (SLMB+)).
- **Persona que reúne los requisitos (Qualifying Individual, QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B
- **Trabajadores discapacitados calificados (Qualified Disabled & Working Individual, QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A

Para obtener más información sobre Medicaid y los Programas de ahorros de Medicare, comuníquese con Oregon Health Plan (Medicaid).

Oregon Health Plan (Medicaid) – Información de contacto	
Llame al	1-800-699-9075 De 7 a. m. a 6 p. m. hora del Pacífico (PT), de lunes a viernes
Escriba a	Oregon Health Plan P.O. Box 14015 Salem, OR 97309
Sitio web	https://www.oregon.gov/oha/hsd/ohp/pages/ohp-contacts.aspx

SECCIÓN 7 Junta de jubilación para ferroviarios (RRB)

La Junta de jubilación para ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB) es una agencia federal independiente que administra los programas integrales de beneficios destinados a los trabajadores ferroviarios del país y a sus familias. Si usted recibe Medicare a través de la Junta de jubilación para ferroviarios, comunique si se muda o cambia su dirección postal. Para preguntas sobre los beneficios de la Junta de jubilación para ferroviarios (RRB), comuníquese con la agencia.

Junta de jubilación para ferroviarios (RRB) - Información de contacto	
Llame al	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Presione “0” para hablar con un representante de la RRB de 9 a.m. a 3:30 p.m. los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9 a.m. a 12 p.m. los miércoles. Presione “1” para acceder a la Línea de ayuda automatizada e información grabada de la RRB durante las 24 horas, incluidos los fines de semana y días feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultad auditiva o del habla. Las llamadas a este número no son gratuitas.
Sitio web	https://RRB.gov

SECCIÓN 8 Si usted tiene un seguro grupal u otro seguro médico de un empleador

Si usted (o su cónyuge o pareja doméstica) obtiene beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o del de su cónyuge o pareja doméstica) como parte de este plan, llame al administrador de beneficios del empleador o sindicato o a Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si tiene alguna pregunta. Puede preguntar acerca de los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja doméstica). Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si tiene preguntas acerca de su cobertura de Medicare conforme a este plan. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 3:

Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos

SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que usted debe saber sobre cómo utilizar nuestro plan para obtener su atención médica cubierta. Para obtener detalles sobre qué tipo de atención médica cubre nuestro plan y cuánto pagará cuando reciba atención, consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4.

Sección 1.1 Proveedores de la red y servicios cubiertos

- Los **proveedores** son los médicos y otros profesionales de la salud autorizados por el estado para brindar atención y servicios médicos. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y el monto de su costo compartido como pago completo. Hicimos un acuerdo para que estos proveedores les presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan de manera directa por la atención que le brindan. Cuando consulta a un proveedor de la red, usted solo paga la parte que le corresponde del costo de los servicios.
- Los **servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los suministros y los equipos que están cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica se incluyen en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4.

Sección 1.2 Normas básicas para obtener su atención médica cubierta por nuestro plan

Como un plan de salud de Medicare, ATRIO Freedom (PPO) debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y seguir las normas de cobertura de Original Medicare.

ATRIO Freedom (PPO) cubrirá, por lo general, su atención médica, siempre y cuando:

- **La atención que reciba esté incluida en la Tabla de beneficios médicos de nuestro plan** en el Capítulo 4.

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

- **Usted reciba atención de un proveedor elegible para prestar servicios a través de Original Medicare.** Como miembro de nuestro plan, puede recibir atención de un proveedor de la red o de un proveedor fuera de la red (para obtener más información, consulte la Sección 2).
  - Los proveedores que forman parte de nuestra red se incluyen en el *Directorio de proveedores* en atriohp.com.
  - Si acude a un proveedor fuera de la red, la parte que le corresponde del costo de los servicios cubiertos puede ser más alta.
  - Aunque puede recibir atención de un proveedor fuera de la red, ese proveedor debe ser elegible para participar en Medicare. Salvo en situaciones que requieran atención de emergencia, no podemos pagarle a un proveedor que no es elegible para participar en Medicare. Si recibe atención de un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, usted será responsable por el costo total de los servicios que reciba. Consulte con su proveedor antes de recibir servicios para verificar que sea elegible para participar en Medicare.

SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red y fuera de la red para obtener atención médica

Sección 2.1 Usted puede elegir a un Proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) para que le brinde atención médica y la supervise

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

¿Qué es un PCP?

Un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) es un proveedor que usted eligió para proporcionar o coordinar sus servicios de atención médica.

¿Qué tipos de proveedores pueden actuar como PCP?

Generalmente los PCP son médicos, asistentes médicos y enfermeros especializados en medicina de familia, medicina interna o medicina general que cumplen con los requisitos del estado y están capacitados para prestarle atención médica básica.

¿Cuál es la función de un PCP en su plan?

Generalmente, usted consultará a su PCP primero para la mayoría de sus necesidades de atención médica. Su PCP le proporcionará la mayor parte de la atención y lo ayudará a organizar o coordinar el resto de los servicios cubiertos que recibe como miembro de nuestro plan. Esto incluye:

- Radiografías
- Análisis de laboratorio
- Terapias
- Atención de médicos especialistas
- Hospitalizaciones
- Atención de seguimiento

¿Cuál es el papel del PCP en la toma de decisiones o en la obtención de una autorización previa (Prior Authorization, PA), si corresponde?

La coordinación de sus servicios incluye una verificación o una consulta con otros proveedores sobre su atención y cómo su atención se está desarrollando. Para ciertos tipos de servicios cubiertos, su PCP tendrá que obtener una autorización previa (aprobación por adelantado) del plan.

Cómo elegir un PCP

Para elegir un PCP, busque en la lista de Proveedores de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) consultando el Directorio de proveedores o visitando nuestro sitio web en atriohp.com. Una vez que haya seleccionado a su PCP y verificado que este proveedor está aceptando pacientes nuevos, llame a Servicios para los miembros para actualizar el registro de su PCP. Si necesita ayuda, comuníquese con Servicios para los miembros al número de teléfono que figura en la contratapa de este documento.

Cómo cambiar de PCP

Usted puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. También existe la posibilidad de que el PCP deje de estar en la red de proveedores del plan, en cuyo caso usted deberá encontrar un PCP o pagará más por los servicios cubiertos.

Para cambiar su PCP, primero debe comunicarse con el consultorio de su nuevo PCP para asegurarse de que puede prestarle servicios como su nuevo PCP. Una vez hecho eso, puede llamar a Servicios para los miembros de ATRIO Health Plans para informarnos del cambio. Servicios para los miembros actualizará su información. El cambio de su PCP entrará en vigencia en cuanto usted notifique a Servicios para los miembros.

Si su PCP abandona la red de proveedores de nuestro plan, usted debe elegir otro proveedor que sea parte de nuestro plan para evitar pagar costos que paga de su bolsillo más elevados. Cada PCP del plan podría remitirlo a diferentes especialistas u hospitales del plan. Esto significa que el PCP que elija puede determinar los especialistas que puede consultar o el hospital al que puede acudir. Servicios para los miembros puede ayudarlo a buscar y elegir otro PCP.

Sección 2.2 Atención médica que puede recibir sin una remisión de su PCP

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

- Atención médica de rutina de la mujer, que incluye exámenes de las mamas, mamografías de detección (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos
- Vacunas antigripales, vacunas contra la COVID-19, vacunas contra la hepatitis B y la neumonía
- Servicios de emergencia proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red
- Los servicios de urgencia cubiertos por el plan son aquellos que requieren atención médica inmediata (pero que no son una emergencia) si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o, no es razonable, dados el momento, el lugar y las circunstancias, obtener este servicio de los proveedores de la red. Ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones imprevistas, o exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. Las consultas de rutina a proveedores que sean médicamente necesarias (como los chequeos anuales) no se consideran de urgencia, incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o cuando, temporalmente, su proveedor para este servicio no está disponible o no se puede acceder a este. El costo compartido que paga a nuestro plan por diálisis nunca puede exceder el costo compartido en Original Medicare. Si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan y obtiene la diálisis de un proveedor que está fuera de la red de nuestro plan, su costo compartido no puede exceder el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de diálisis dentro de la red está disponible y usted elige obtener servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red de nuestro plan, el costo compartido de la diálisis puede ser mayor. Si es posible, infórmenos antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarlo a obtener diálisis de mantenimiento mientras se encuentra fuera del área de servicio.

Sección 2.3 Cómo puede obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red

El especialista es un médico que brinda servicios de atención médica en relación con enfermedades específicas o con una parte del cuerpo. Hay muchos tipos de especialistas. Por ejemplo:

- Oncólogos: tratan a los pacientes que tienen cáncer
- Cardiólogos: tratan a los pacientes que tienen afecciones cardíacas

- Ortopedistas: tratan a los pacientes que tienen determinadas afecciones óseas, articulares o musculares

Cómo obtener acceso a especialistas y otros proveedores de la red

Nuestro plan no requiere que usted obtenga una remisión para consultar a un especialista; sin embargo, los especialistas a menudo requieren una remisión de su PCP. Si hay especialistas determinados a los que desea consultar, averigüe si su PCP envía pacientes a esos especialistas. Cada PCP del plan podría remitirlo a ciertos especialistas del plan. Esto significa que el PCP que elija puede determinar los especialistas a los que puede acudir. Generalmente, el especialista o su PCP le solicitarán cualquier autorización previa que fuera necesaria. Sin embargo, es su responsabilidad asegurarse de haber obtenido la autorización previa antes de que se presten los servicios. Consulte el Capítulo 4, Sección 2.1 para obtener más información sobre los servicios que requieren una autorización previa.

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

Podríamos realizar cambios en los hospitales, los médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de nuestro plan durante el año. Si su médico o especialista deja de estar en nuestro plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le notificaremos que su proveedor dejará el plan para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
    - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual deja de estar en nuestro plan, le notificaremos si ha consultado a ese proveedor en los últimos 3 años.
    - Si alguno de sus otros proveedores deja nuestro plan, le notificaremos si está asignado al proveedor, actualmente recibe atención de este o lo ha visitado en los últimos 3 meses.
- Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado dentro de la red para continuar administrando sus necesidades de atención médica.
- Si está recibiendo terapias o tratamientos médicos con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar continuar con los tratamientos o las terapias médicamente necesarios. Trabajaremos con usted para que pueda seguir recibiendo atención médica.
- Le proporcionaremos información sobre los diferentes períodos de inscripción a su disposición y las opciones que tenga para cambiar de plan.
- Cuando un proveedor de la red o un beneficio no estén disponibles o sean insuficientes para satisfacer sus necesidades médicas, organizaremos cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores con el costo compartido de la red. Se debe obtener la autorización del plan antes de buscar atención.

- Si se entera de que su médico o especialista dejará nuestro plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor para administrar su atención.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una queja de calidad de la atención a la Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO), un reclamo de calidad de la atención de nuestro plan, o ambas opciones (consulte el Capítulo 7).

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

Como miembro de nuestro plan, usted puede elegir recibir atención de proveedores fuera de la red. Sin embargo, los proveedores que no tienen un contrato con nosotros no tienen obligación alguna de tratarlo, salvo en situaciones de emergencia. Nuestro plan cubrirá servicios de proveedores de la red y fuera de la red, siempre y cuando los servicios sean beneficios cubiertos y sean médicamente necesarios. Sin embargo, **si acude a un proveedor fuera de la red, la parte que le corresponde de los costos de los servicios cubiertos puede ser más alta.** Aquí le presentamos otros datos importantes que se deben tener en cuenta al acudir a proveedores fuera de la red:

- Aunque puede recibir atención de un proveedor fuera de la red, en la mayoría de los casos ese proveedor debe ser elegible para participar en Medicare. Salvo en situaciones que requieran atención de emergencia, no podemos pagarle a un proveedor que no es elegible para participar en Medicare. Si recibe atención de un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, usted será responsable por el costo total de los servicios que reciba. Consulte con su proveedor antes de recibir servicios para verificar que sea elegible para participar en Medicare.
- No es necesaria una remisión o autorización previa cuando recibe atención por parte de proveedores fuera de la red. Sin embargo, antes de obtener servicios de proveedores fuera de la red, solicite una decisión de cobertura antes de la consulta para confirmar si los servicios que recibe están cubiertos y son médicamente necesarios. (Consulte el Capítulo 7, Sección 4 para obtener información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura). Esto es importante por lo siguiente:
    - Si no cuenta con una decisión de cobertura antes de la consulta y si nuestro plan determina más adelante que los servicios no están cubiertos o que no eran médicamente necesarios, nuestro plan puede negar la cobertura y usted será responsable del costo total. Si le comunicamos que no cubriremos los servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención (consulte el Capítulo 7 para saber cómo presentar una apelación).
- Lo ideal es pedirle a un proveedor fuera de la red que primero le facture al plan. Pero, si ya ha pagado por los servicios cubiertos, le reembolsaremos la parte del costo que nos corresponde pagar por los servicios cubiertos. O, si un proveedor fuera de la red le envía una factura a usted y usted considera que nosotros deberíamos pagarla, puede enviárnosla para que realicemos el pago (consulte el Capítulo 5).

- Si acude a un proveedor fuera de la red para recibir atención de emergencia, servicios de urgencia o servicios de diálisis fuera del área, es posible que no deba pagar un monto de costo compartido más alto (consulte la Sección 3).

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

Sección 3.1 Obtenga atención si tiene una emergencia médica

Una **emergencia médica** es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y, si está embarazada, la pérdida de un hijo por nacer), una extremidad o la función de una extremidad, o la pérdida o deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.

Si tiene una emergencia médica, esto es lo que debe hacer:

- **Busque ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Pida una ambulancia por teléfono si la necesita. No es necesario que primero obtenga la autorización o una remisión de su PCP. No necesita acudir a un médico de la red. Usted puede obtener atención médica de emergencia cubierta cada vez que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con una licencia estatal apropiada incluso si no forma parte de nuestra red.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de que se le haya informado a nuestro plan acerca de su emergencia.** Necesitamos hacer el seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted u otra persona deberán llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente, en un plazo de 48 horas. Llámenos al 1-877-672-8620 (TTY 711) todos los días de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, para que podamos ayudarlo.

Servicios cubiertos en una emergencia médica

El plan cubre los servicios de ambulancia en los casos en los que ir a la sala de emergencias de alguna otra manera podría poner en peligro su salud. También cubrimos los servicios médicos durante la emergencia.

Los médicos que le brindan atención de emergencia decidirán en qué momento se estabiliza la afección y finaliza la emergencia médica.

Una vez que finaliza la emergencia, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para garantizar que siga estando estable. Sus médicos continuarán tratándolo hasta que se comuniquen con nosotros y hagan planes para que reciba atención adicional. Nuestro plan cubre su atención de seguimiento.

Si recibe atención de seguimiento de proveedores fuera de la red, usted pagará el costo compartido fuera de la red más alto.

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

Algunas veces, puede ser difícil darse cuenta si está ante una emergencia médica. Por ejemplo, podría acudir a la atención de emergencia (porque considera que su salud está en grave peligro) y encontrarse con que el médico le dice que no se trataba de una emergencia médica. Si resulta ser que no se trataba de una emergencia, cubriremos la atención que reciba, siempre y cuando haya pensado, dentro de lo razonable, que su salud estaba en grave peligro.

Sin embargo, después de que el médico haya dicho que no era una emergencia, el monto del costo compartido que usted paga dependerá de que reciba atención de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red. Si recibe la atención de proveedores de la red, su parte de los costos será, generalmente, menor que si recibe atención de proveedores fuera de la red.

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

Un servicio que requiere atención médica inmediata (pero que no es una emergencia) es un servicio de urgencia si usted está temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si no es razonable, dado su tiempo, lugar y circunstancias, obtener este servicio de parte de proveedores de la red. Ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones imprevistas, o exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. Sin embargo, las consultas de rutina a proveedores que sean médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran de urgencia, incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.

Cuando se encuentre fuera del área de servicio y no pueda obtener atención de un proveedor de la red, nuestro plan cubrirá los servicios de urgencia que reciba de cualquier proveedor al monto menor correspondiente a los costos compartidos dentro de la red. Comience por llamar al consultorio de su proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP). Si no puede comunicarse con su PCP, busque atención en una clínica de atención de urgencia. Usted puede buscar clínicas de atención de urgencia en nuestro Directorio de proveedores o llamar a Servicios para los miembros para pedir ayuda.

Nuestro plan cubre servicios de atención de emergencia y urgencia fuera de los Estados Unidos si a usted se le presenta una emergencia médica o requiere atención médica inmediata por una enfermedad o lesión imprevista mientras está de viaje. Nuestro plan cubre servicios en todo el mundo en las siguientes circunstancias:

- Atención de emergencia
- Atención de urgencia

Nuestro plan no cubre el transporte de regreso a los Estados Unidos desde otro país. No se cubren los procedimientos electivos y/o programados. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4. Asegúrese de obtener una copia de todos los registros médicos de parte de su proveedor de atención de emergencia o urgencia antes de retirarse; es posible que los necesite para presentar una reclamación o para ayudarlo con el procesamiento de las reclamaciones. Si no contamos con estos registros, tal vez no podamos pagarle su reclamación.

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre

Si el gobernador de su estado, la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o el presidente de los Estados Unidos declara estado de desastre o emergencia en su área geográfica, aún tiene derecho a recibir atención médica a través de nuestro plan.

Visite atriohp.com para obtener información sobre cómo recibir la atención que necesita durante un desastre.

Si no puede consultar con un proveedor de la red durante un desastre, nuestro plan le permitirá recibir atención de proveedores fuera de la red al costo compartido dentro de la red.

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan de manera directa el costo total de los servicios cubiertos?

Si pagó más que el costo compartido de nuestro plan por los servicios cubiertos, o si recibió una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde 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

ATRIO Freedom (PPO) cubre todos los servicios médicamente necesarios que se enumeran en la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4. Si obtiene servicios no cubiertos por nuestro plan y no son de emergencia ni urgencia, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación para los beneficios, usted también paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de que haya utilizado la totalidad del beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Estos costos después de que usted haya utilizado la totalidad del beneficio para un servicio no se aplicarán al límite del monto máximo que paga de su bolsillo.

SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica

Sección 5.1 Qué es un estudio de investigación clínica

Un estudio de investigación clínica (también denominado *ensayo clínico*) es una manera que tienen los médicos y científicos de probar nuevos tipos de atención médica, por ejemplo, para averiguar la eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer. Ciertos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare normalmente solicitan voluntarios para participar en el estudio. Mientras participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo la atención restante (la atención que no esté relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayor parte de los costos por los servicios cubiertos que usted reciba como parte del estudio. Si nos dice que participa en un ensayo clínico calificado, solo es responsable del costo compartido dentro de la red por los servicios en ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó el monto del costo compartido de Original Medicare, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido dentro de la red. Deberá proporcionar documentación que nos muestre cuánto pagó.

Si quiere participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no es necesario que el plan ni su PCP lo apruebe ni tampoco que nos avise. No es necesario que los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red de nuestro plan. (Esto no se aplica a beneficios cubiertos que requieren un ensayo clínico o un registro para evaluar el beneficio, incluidos determinados beneficios que requieren cobertura basada en el desarrollo de evidencia (National Coverage Determinations-Coverage Evidence Development, NCD-CED) y estudios de exención de dispositivos en fase de investigación (Investigational Device Exemption, IDE). También es posible que estos beneficios estén sujetos a autorización previa y otras normas del plan).

Aunque no es necesario que obtenga la autorización de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, le recomendamos que nos notifique por adelantado cuando elija participar en ensayos clínicos calificados por Medicare.

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

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

Una vez que se inscriba en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Original Medicare cubrirá los productos y servicios de rutina que reciba como parte del estudio, incluidos:

- Habitación y comida en un hospital que Medicare pagaría incluso si no participara en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si forma parte del estudio de investigación.

- El tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones que sean consecuencia de la nueva atención.

Después de que Medicare pague la parte que le corresponde del costo por estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido de los gastos en Original Medicare y su costo compartido dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará el mismo monto por los servicios que recibe como parte del estudio igual que si recibiera estos servicios de nuestro plan. Sin embargo, debe presentar documentación que muestre cuánto pagó del costo compartido. Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre cómo enviar solicitudes de pagos.

Ejemplo de cómo funciona el costo compartido en un ensayo clínico: Supongamos que tiene un análisis de laboratorio que cuesta $100, como parte del estudio de investigación. La parte que le corresponde a usted de los costos de este análisis es $20 a través de Original Medicare, pero el análisis costaría $10 conforme a los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría $80 por el análisis y usted pagaría los $20 de copago requeridos por Original Medicare. Luego notificaría a nuestro plan que recibió un servicio de ensayo clínico calificado y enviaría documentación (como una factura del proveedor) a nuestro plan. Nuestro plan entonces le pagaría directamente $10. Por lo tanto, su pago neto por el análisis es $10, que es el mismo monto que pagaría conforme a los beneficios de nuestro plan.

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

- Por lo general, Medicare no pagará los nuevos productos o servicios que se estén evaluando en el estudio, a menos que Medicare cubra dicho producto o servicio incluso si usted no participara en un estudio.
- Los productos o servicios que se proporcionen solo para recabar datos y que no se utilicen en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no cubriría las tomografías computarizadas (Computed Tomography, CT) mensuales que se realicen como parte del estudio si su afección médica normalmente solo requiriese una tomografía computarizada.
- Los productos y servicios que brindan los patrocinadores de la investigación de manera gratuita a las personas en el ensayo.

Obtenga más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica

Obtenga más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica en la publicación de Medicare titulada *Medicare and Clinical Research Studies (Medicare y los estudios de investigación clínica),* disponible en Medicare.gov/coverage/clinical-research-studies. También 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 de atención sanitaria no médica

Sección 6.1 Una institución religiosa de atención sanitaria no médica

Una institución religiosa de atención sanitaria no médica es un centro que provee atención para una afección que normalmente se trataría en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de atención de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas del miembro, cubrimos la atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica. Este beneficio se brinda solo para los servicios para pacientes internados de la Parte A (servicios de atención no médica).

Sección 6.2 Cómo obtener atención de una institución religiosa de atención sanitaria no médica

Para que lo atiendan en una institución religiosa de atención sanitaria no médica, debe firmar un documento legal en el que exprese que se niega conscientemente a recibir un tratamiento médico **no exceptuado**.

- La atención o el tratamiento médicos **no exceptuados** corresponden a la atención o el tratamiento médicos *voluntarios* y que *no son obligatorios* según la legislación federal, estatal o local.
- El tratamiento médico **exceptuado** corresponde a la atención o el tratamiento médicos que *no* son voluntarios o que *son obligatorios* según la legislación federal, estatal o local.

Para que nuestro plan cubra estos servicios, la atención que reciba en una institución religiosa de atención sanitaria no médica debe cumplir con las siguientes condiciones:

- La institución que brinde atención debe estar certificada por Medicare.
- Nuestro plan solo cubre aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si los servicios que obtiene de esta institución se le prestan en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
    - Debe tener una afección que le permitiría recibir los servicios cubiertos correspondientes a atención hospitalaria para pacientes internados en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada.
    - – *y* – usted debe obtener la aprobación del plan por adelantado antes de que lo ingresen en el centro porque, de lo contrario, su estadía no estará cubierta.

Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días de hospitalización para cuidados agudos dentro de la red. No se aplican las limitaciones de cobertura hospitalaria de Medicare para pacientes internados. Consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4 para obtener más información.

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero

Sección 7.1 No será propietario de algunos de los equipos médicos duraderos después de haber realizado cierta cantidad de pagos dentro de nuestro plan

El equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) incluye artículos como suministros y equipos de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para la diabetes, dispositivos para la generación del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital recetadas por un proveedor para que los miembros los usen en su hogar. El miembro siempre posee ciertos artículos de DME, como los dispositivos protésicos. Si el DME es de otro tipo, usted debe alquilarlo.

En Original Medicare, quienes alquilan ciertos tipos de DME pueden quedarse con el equipo después de pagar el copago del artículo durante 13 meses. **Como miembro de ATRIO Freedom (PPO), usted generalmente no tendrá posesión de los artículos de DME alquilados, independientemente de la cantidad de copagos que haya realizado por el artículo siendo miembro de nuestro plan**. No tendrá la posesión ni siquiera si ha realizado hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de DME en Original Medicare antes de unirse a nuestro plan. En determinadas circunstancias limitadas, le transferiremos la posesión del DME. Llame a Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.

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

Si no obtuvo la propiedad del equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) mientras estuvo en nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de que cambie a Original Medicare a fin de adquirir la propiedad del artículo. Los pagos que realizó mientras estaba inscrito en nuestro plan no cuentan para estos 13 pagos.

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

Ejemplo 2: Hizo 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Original Medicare y luego se unió a nuestro plan. No obtuvo en propiedad el artículo mientras estaba en nuestro plan. Luego regresa a Original Medicare. Tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos para poseer el artículo una vez que se vuelva a unir a Original Medicare. Cualquier pago que ya haya hecho (ya sea a nuestro plan o a Original Medicare) no se toma en cuenta.

Sección 7.2 Normas para el equipo de oxígeno, suministros y mantenimiento

Si reúne los requisitos para recibir cobertura para el equipo de oxígeno de Medicare, ATRIO Freedom (PPO) cubrirá lo siguiente:

- Alquiler de equipo de oxígeno
- Entrega de oxígeno y contenidos de oxígeno
- Sondas y accesorios de oxígeno afines para suministrar oxígeno y contenidos de oxígeno
- Mantenimiento y reparaciones del equipo de oxígeno

Si se va de ATRIO Freedom (PPO) o ya no necesita médicamente el equipo de oxígeno, debe devolver el equipo de oxígeno.

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

Original Medicare requiere que un proveedor de oxígeno le brinde servicios durante 5 años. Durante los primeros 36 meses, usted alquila el equipo. Durante los 24 meses restantes, el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del costo compartido por el oxígeno). Después de 5 años, puede optar por permanecer en la misma compañía o irse a otra compañía. En este punto, el ciclo de 5 años comienza nuevamente, incluso si permanece en la misma compañía, lo que requiere que pague copagos durante los primeros 36 meses. Si se une a nuestro plan o lo deja, el ciclo de 5 años comienza de nuevo.

CAPÍTULO 4:

Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

SECCIÓN 1 Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos

La Tabla de beneficios médicos enumera los servicios cubiertos y detalla cuánto paga por cada servicio cubierto como miembro de ATRIO Freedom (PPO). Esta sección también ofrece información sobre los servicios médicos que no están cubiertos y explica los límites para ciertos servicios.

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

Los tipos de costos que puede llegar a tener que pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos incluyen:

- **Copago:** es el monto fijo que paga cada vez que recibe algún servicio médico. El copago se paga en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos le brinda más información sobre sus copagos).
- **Coseguro:** es el porcentaje que paga del costo total de ciertos servicios médicos. El coseguro se paga en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos le brinda más información sobre su coseguro).

La mayoría de las personas que reúne los requisitos para Medicaid o para el programa Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) no paga deducibles, copagos ni coseguros. Si está inscrito en uno de estos programas, asegúrese de mostrar a su proveedor su prueba de elegibilidad para Medicaid o de QMB.

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

En nuestro plan, existen 2 límites diferentes que se aplican a lo que paga de su bolsillo por los servicios médicos cubiertos:

- El **monto máximo que paga de su bolsillo (Maximum Out-Of-Pocket amount, MOOP) dentro de la red** es de $7,150. Este es el monto máximo que paga durante el año calendario por los servicios cubiertos del plan que recibe de los proveedores de la red. Los montos que usted paga por los deducibles, los copagos y el coseguro por los servicios cubiertos de proveedores de la red se tienen en cuenta para este monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red. (Los montos que usted paga por los servicios que recibe de proveedores fuera de la red no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red Además, los montos que usted paga por algunos servicios no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo.) Si paga $7,150 por los servicios cubiertos de proveedores de la red, no deberá pagar ningún costo de su bolsillo por el resto del año cuando consulte a proveedores de nuestra red. Sin embargo, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro tercero pague su prima de la Parte B por usted).
- El **monto máximo que paga de su bolsillo combinado** es de $9,000. Este es el monto máximo que paga durante el año calendario por los servicios cubiertos del plan que recibe de proveedores dentro y fuera de la red. Los montos que usted paga por los deducibles, los copagos y el coseguro por los servicios cubiertos se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo combinado. (Además, los montos que usted paga por algunos servicios no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo combinado.) Si paga $9,000 por los servicios cubiertos, tendrá una cobertura del 100% y no deberá pagar ningún costo de su bolsillo por el resto del año por los servicios cubiertos. Sin embargo, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro tercero pague su prima de la Parte B por usted).

Sección 1.3 No se les permite a los proveedores facturarle los saldos a usted

Como miembro de ATRIO Freedom (PPO), usted tiene una protección importante porque solo tiene que pagar la parte que le corresponde del monto del costo compartido cuando obtiene servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no tienen permitido cobrarle cargos adicionales por separado, lo que se denomina **facturación de saldos.** Esta protección se aplica aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Aquí le mostramos cómo funciona la protección contra facturación de saldos:

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad determinada de dinero, por ejemplo, $15.00), usted paga solamente ese monto por cualquier servicio cubierto del proveedor de la red. Generalmente, tendrá copagos más altos cuando reciba atención de proveedores fuera de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor que consulte:

  - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tarifa de reembolso de nuestro plan (esto quedó estipulado en el contrato entre el proveedor y nuestro plan).
  - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes.
  - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que no participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes.
- Si considera que un proveedor le facturó el saldo, llame a Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 2 La Tabla de beneficios médicos le indica sus beneficios y costos médicos

En las siguientes páginas, la Tabla de beneficios médicos enumera los servicios que ATRIO Freedom (PPO) cubre y lo que usted debe pagar de su bolsillo por cada servicio. Los servicios descritos en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumplen los siguientes requisitos:

- Sus servicios cubiertos por Medicare deben brindarse de conformidad con las pautas de cobertura de Medicare.
- Sus servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros, los equipos y los medicamentos de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- Para los nuevos inscritos, su plan de atención coordinada de Medicare Advantage (MA) debe brindar un período de transición de 90 días como mínimo, durante el cual el nuevo plan MA no puede requerir autorización previa para ningún curso activo del tratamiento, incluso si el curso del tratamiento fue para un servicio que inició con un proveedor fuera de la red.

- Algunos servicios mencionados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos como servicios dentro de la red *solo* si su médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra aprobación por adelantado (esto suele denominarse autorización previa).
  - Los servicios cubiertos que deben aprobarse por adelantado para recibir cobertura como servicios dentro de la red están indicados en cursiva en la Tabla de beneficios médicos.
  - Nunca necesita obtener aprobación por adelantado para los servicios fuera de la red de proveedores fuera de la red.

- Aunque no necesita obtener aprobación por adelantado para servicios fuera de la red, usted o su médico pueden solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura por adelantado.

Otra información importante que debe saber sobre nuestra cobertura:

- En el caso de los beneficios en los que el monto del costo compartido es un porcentaje del coseguro, el monto que usted paga depende del tipo de proveedor del cual recibe los servicios:
  - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de reembolso de nuestro plan (según se determine en el contrato entre el proveedor y nuestro plan).
  - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes.
  - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que no participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes.
- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. Para algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Original Medicare. Para otros, usted paga *menos*. (Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare & You 2027 (Medicare y Usted 2027)*. Puede consultarlo en línea en Medicare.gov o solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Original Medicare, nosotros también cubrimos esos servicios sin costo para usted.
- Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio nuevo durante el año 2027, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.

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

Tabla de beneficios médicos

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal	
Una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una remisión de parte de su médico, asistente médico (Physician Assistant, PA), enfermero con práctica médica (Nurse Practitioner, NP) o especialista en enfermería clínica (Clinical Nurse Specialist, CNS).	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva. **Fuera de la red** $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
Acupuntura para dolor crónico en la parte baja de la espalda	
Los servicios cubiertos incluyen: Se cubren hasta 12 consultas en 90 días en las siguientes circunstancias: A los fines de este beneficio, el dolor crónico en la parte baja de la espalda se define como: • Dura 12 semanas o más • No es específico, en el sentido que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no se asocia con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.) • No está relacionado con una cirugía • No está relacionado con un embarazo Se cubrirán 8 sesiones adicionales para aquellos pacientes que manifiesten mejoría. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura por año. El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o si empeora. **Requisitos del proveedor:** Los médicos pueden proporcionar servicios de acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables. Los asistentes médicos (Physician Assistant, PA), enfermeros con práctica médica (Nurse Practitioner, NP) / especialistas en	**Dentro de la red** $45 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. **Fuera de la red** 50% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Acupuntura para dolor crónico en la parte baja de la espalda - continuación enfermería clínica (Clinical Nurse Specialist, CNS) y el personal auxiliar pueden brindar sesiones de acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales vigentes y tienen: • un máster o doctorado en Acupuntura o en Medicina Oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM); y • una licencia vigente, completa, activa y sin restricciones para la práctica de acupuntura en un estado, territorio o Mancomunidad (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia. El personal auxiliar que brinda sesiones de acupuntura debe estar debidamente supervisado por un médico, PA o NP/CNS según lo requieren nuestras reglamentaciones.	
Servicios de acupuntura de rutina (no cubiertos por Medicare)	
Asignación del beneficio cargada a su Tarjeta Flex Card para usar en servicios de acupuntura que no están cubiertos por Medicare. Las asignaciones no utilizadas no se transfieren al período de beneficios o año del plan siguientes. Asegúrese de usar su asignación dentro del período de beneficios determinado. Puede usar su asignación del beneficio en cualquier proveedor de acupuntura aprobado ubicado en los EE. UU.	$100 de asignación cada seis meses, cargados a su Tarjeta Flex Card, para servicios combinados de quiropráctica, acupuntura y naturopatía de rutina.
Terapias alternativas (Servicios de acupuntura, quiropráctica y naturopatía)	
Asignación del beneficio cargada en su Tarjeta Flex Card para servicios de naturopatía. Las asignaciones no utilizadas no se transfieren al período de beneficios o año del plan siguientes. Asegúrese de usar su asignación dentro del período de beneficios determinado.	$100 de asignación cada seis meses, cargados a su Tarjeta Flex Card, para servicios combinados de quiropráctica, acupuntura y naturopatía de rutina.

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Terapias alternativas (Servicios de acupuntura, quiropráctica y naturopatía) - continuación Puede usar su asignación del beneficio en cualquier proveedor de naturopatía ubicado en los EE. UU.	
Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o que no sea de emergencia, incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el centro apropiado más cercano que puede brindar atención si se trata de un miembro cuya afección médica es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro su salud o si está autorizado por 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 otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.	**Dentro de la red** $275 de copago por cada servicio de ambulancia terrestre cubierto por Medicare. *Solo el transporte médico que no es de emergencia (Non-Emergency Medical Transportation, NEMT) requiere una autorización previa.* $275 de copago por cada servicio de ambulancia aérea cubierto por Medicare. *Solo el transporte médico que no es de emergencia (Non-Emergency Medical Transportation, NEMT) requiere una autorización previa.* El costo compartido se aplica a cada viaje de un tramo. **Fuera de la red** $275 de copago por cada servicio de ambulancia terrestre cubierto por Medicare. $275 de copago por cada servicio de ambulancia aérea cubierto por Medicare. El costo compartido se aplica a cada viaje de un tramo.

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Examen físico anual de rutina Examen físico exhaustivo que incluye la elaboración del historial médico, y también puede incluir cualquiera de los siguientes: signos vitales, observación de la apariencia general, un examen de la cabeza y el cuello, un examen del corazón y los pulmones, un examen abdominal, un examen neurológico, un examen dermatológico y un examen de las extremidades. El examen físico anual es un beneficio no cubierto por Medicare y se suma a la consulta anual de bienestar cubierta por Medicare y a la consulta preventiva Bienvenido a Medicare. Este beneficio se puede programar una vez por año calendario. Los análisis de laboratorio preventivos, las pruebas de detección y/o de diagnóstico realizados durante esta consulta están sujetos a sus costos compartidos correspondientes a la cobertura de pruebas de diagnóstico y análisis de laboratorio. Para obtener más información, consulte Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos.	**Dentro de la red** $0 de copago **Fuera de la red** $0 de copago
Consulta anual de bienestar Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede tener una consulta anual de bienestar para establecer o actualizar un plan de prevención personalizado basado en los factores de riesgo y salud actuales. Está cubierta una vez cada 12 meses. **Nota**: Su primera consulta anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses de su consulta preventiva *Bienvenido a Medicare*. Sin embargo, no necesita haber realizado una consulta de *Bienvenido a Medicare* para tener cobertura para las consultas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B por 12 meses.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta anual de bienestar. **Fuera de la red** $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Medición de la masa ósea	
Para las personas calificadas (en general, son quienes corren riesgo de perder masa ósea o de presentar osteoporosis), los siguientes servicios se cubren una vez cada 24 meses o con más frecuencia si son médicamente necesarios: procedimientos para identificar masa ósea, detectar pérdida ósea o determinar calidad ósea, incluida la interpretación de los resultados por parte del médico.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare. **Fuera de la red** $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías)	
Los servicios cubiertos incluyen: • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años • Una mamografía de detección cada 12 meses para las mujeres de 40 años o más • Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para mamografías de detección cubiertas. **Fuera de la red** $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
Servicios de rehabilitación cardíaca	
Programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento que están cubiertos para miembros que cumplen con determinadas condiciones y tienen una orden del médico.	**Dentro de la red** 10% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare. *Se requiere una autorización previa después de 36 consultas dentro del año del plan.* **Fuera de la red** 50% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare.
Nuestro plan cubre estos programas integrales si ha tenido al menos una de las siguientes afecciones: • Ataque cardíaco en los últimos 12 meses • Cirugía de bypass aortocoronario	**Dentro de la red** 10% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Servicios de rehabilitación cardíaca - continuación • Angina de pecho estable (dolor en el pecho) • Reparación o reemplazo de válvula cardíaca • Angioplastia coronaria (procedimiento médico utilizado para abrir una arteria obstruida) o colocación de stent coronario (procedimiento utilizado para mantener una arteria abierta) • Trasplante de corazón o de corazón y pulmón • Insuficiencia cardíaca crónica estable Limitaciones de la cobertura: Puede recibir hasta 36 sesiones de rehabilitación cardíaca. Puede recibir 2 sesiones por día (de 1 hora cada una), y el programa puede durar hasta 36 semanas. Si reúne los requisitos, podría recibir 36 sesiones adicionales, distribuidas en un período de tiempo más prolongado.	*Se requiere una autorización previa después de 36 consultas dentro del año del plan.* **Fuera de la red** 50% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare.
Consulta para reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarlo a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, su médico puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), medir su presión arterial y brindarle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo sano.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares. **Fuera de la red** $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Pruebas para detectar enfermedades cardiovasculares	
Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas al riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).	**Dentro de la red** No requiere coseguro, copago ni deducible para el análisis para detectar enfermedades cardiovasculares que se cubre una vez cada 5 años. **Fuera de la red** $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina	
Los servicios cubiertos incluyen: • Pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses para todas las mujeres • Una prueba de Papanicolaou cada 12 meses si corre alto riesgo de padecer cáncer de cuello de útero o de vagina, o está en edad de procrear y ha obtenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare. **Fuera de la red** $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
Servicios de quiropráctica	
Los servicios cubiertos incluyen: • Manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación vertebral	**Dentro de la red** $15 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. **Fuera de la red** $15 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
Atención quiropráctica de rutina	$100 de asignación cada seis meses, cargados a su Tarjeta Flex Card, para servicios

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Servicios de quiropráctica - continuación Asignación del beneficio cargada a su Tarjeta Flex Card que puede usarse para servicios de quiropráctica que no están cubiertos por Medicare. Las asignaciones no utilizadas no se transfieren al período de beneficios o año del plan siguientes. Asegúrese de usar su asignación dentro del período de beneficios determinado. Puede usar su asignación del beneficio en cualquier proveedor de quiropráctica ubicado en los EE. UU.	combinados de quiropráctica, acupuntura y naturopatía de rutina.
Prueba de detección de cáncer colorrectal Están cubiertas las siguientes pruebas de detección: • La colonoscopia no tiene límite de edad mínimo ni máximo y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para los pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa. • Colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años y más que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal y está cubierta cuando hayan transcurrido al menos 59 meses desde el mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o 47 meses desde el mes en que se realizó la última sigmoidoscopia flexible o colonoscopia de detección. Para pacientes que tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, se cubre una colonografía por tomografía computarizada de detección realizada al menos 23 meses después del mes en que se realizó la última colonografía por tomografía	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para una prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare. Si su médico encuentra y extrae un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o sigmoidoscopia flexible, el examen de detección pasa a ser un examen de diagnóstico. **Fuera de la red** $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. Si su médico encuentra y retira un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o sigmoidoscopia flexible, la prueba de detección se convierte en una prueba de diagnóstico.

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Prueba de detección de cáncer colorrectal - continuación computarizada de detección o la última colonoscopia de detección. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años y más. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no tienen alto riesgo después de que el paciente se hiciera una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para los pacientes de alto riesgo a partir de la última sigmoidoscopia flexible o colonografía por tomografía computarizada. • Análisis de sangre oculta en materia fecal para pacientes de 45 años y más. Una vez cada 12 meses. • ADN de heces de múltiples cadenas para pacientes de 45 a 85 años y que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Análisis de biomarcador en sangre para pacientes de 45 a 85 años y que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años.	
• Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal con heces no invasiva cubierta por Medicare dé un resultado positivo. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible de detección o colonoscopia de detección planificadas, que implican la remoción de tejido u otro material, u otro procedimiento realizado con relación a la prueba de detección, como resultado de esta, y en la misma consulta clínica.	**Dentro de la red** $0 de copago por colonoscopias de diagnóstico y $20 por todos los demás servicios. *Puede requerirse una autorización previa.* **Fuera de la red** 30% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare.
Servicios dentales En general, los servicios dentales preventivos (como limpiezas, exámenes de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Sin embargo, Medicare paga los servicios	**Dentro de la red** $45 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Servicios dentales - continuación	
dentales en una cantidad limitada de circunstancias, específicamente cuando ese servicio es una parte integral del tratamiento específico de una afección primaria de una persona. Los ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula tras una fractura o lesión, las extracciones de dientes realizadas como preparación para el tratamiento de radioterapia por cáncer que afecte a la mandíbula, o exámenes orales previos a un trasplante de un órgano. Además, cubrimos:	**Fuera de la red** $45 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
Servicios dentales (beneficio de rutina) Asignación del beneficio cargada en su Tarjeta Flex Card. Se puede usar para pagar servicios que no están cubiertos por Medicare. Las asignaciones no utilizadas no se transfieren al período de beneficios o año del plan siguientes. Asegúrese de usar su asignación dentro del período de beneficios determinado. Cualquier proveedor dental aprobado ubicado en los EE. UU. puede prestarle servicios.	$300 de asignación cada seis meses cargados en su Tarjeta Flex Card para servicios dentales integrales y preventivos. Se excluyen los procedimientos cosméticos.
Prueba de detección de depresión	
Cubrimos un examen de detección de depresión por año. La prueba de detección debe realizarse en un establecimiento de atención primaria que pueda brindar remisiones y/o tratamiento de seguimiento.	**Dentro de la red** No hay coseguro, copago ni deducible por una consulta para una prueba de detección de depresión anual. **Fuera de la red** $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Prueba de detección de diabetes Cubrimos esta prueba (incluidas pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), niveles históricos anormales de triglicéridos y colesterol (dislipidemia), obesidad, o historial de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). Los exámenes también pueden ser cubiertos si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes. Es posible que usted sea elegible para realizarse hasta 2 pruebas de detección de diabetes cada 12 meses después de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare. **Fuera de la red** $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
Capacitación para el autocontrol de la diabetes La capacitación para el autocontrol de la diabetes puede ayudarlo a manejar la diabetes. El programa puede incluir consejos para comer de manera saludable y mantenerse activo, supervisar el nivel de glucosa en sangre (azúcar en sangre), tomar medicamentos con receta y reducir los riesgos.	**Dentro de la red** $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. **Fuera de la red** $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
Servicios y suministros para pacientes diabéticos Para todas las personas que padecen diabetes (ya sea que usen insulina o no), los servicios cubiertos incluyen: • Suministros para controlar la glucosa en sangre: glucómetro, tiras reactivas para análisis de glucosa en sangre, dispositivos de punción y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y de los glucómetros Solamente cubrimos glucómetros y tiras reactivas para análisis de glucosa en sangre de determinados fabricantes. Por lo general, ATRIO Freedom (PPO) no cubrirá otras marcas, a menos que su médico u otro proveedor nos informen que la marca es adecuada para sus necesidades médicas. Si es un miembro nuevo de ATRIO	**Dentro de la red** $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *Puede requerirse una autorización previa.* **Fuera de la red** 50% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Servicios y suministros para pacientes diabéticos - continuación Freedom (PPO) y utiliza una marca de glucómetro y tiras reactivas que no figura en nuestra lista, puede comunicarse con nosotros dentro de los primeros 90 días de inscripción en el plan para solicitar un suministro temporal de dicha marca mientras consulta con su médico o con otro proveedor. Durante este período, debe hablar con su médico para decidir si alguna de estas marcas preferidas es adecuada para sus necesidades médicas. Si usted o su médico creen que es adecuado para sus necesidades médicas que usted continúe utilizando esa marca, puede solicitar una excepción de cobertura para que ATRIO Freedom (PPO) siga cubriendo el producto no preferido hasta que termine el año de cobertura. Los productos no preferidos no se cubrirán después de los primeros 90 días del año de cobertura sin una excepción de cobertura aprobada. Si usted (o su proveedor) no está de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, puede presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor sobre qué producto o marca es adecuada para su afección. (Para obtener más información sobre apelaciones, consulte el Capítulo 7, *Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)).	
• Para las personas que padecen diabetes y pie diabético grave: un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (con los zapatos se incluyen las plantillas ortopédicas) y 2 pares extra de plantillas ortopédicas, o un par de zapatos profundos y 3 pares de plantillas ortopédicas (con los zapatos no se incluyen las plantillas ortopédicas extraíbles que no están hechas a medida) incluida la adaptación	**Dentro de la red** $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *Puede requerirse una autorización previa.* **Fuera de la red** 50% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) y suministros relacionados	
(Para leer una definición de equipo médico duradero, consulte el Capítulo 10 y el Capítulo 3). Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores.	**Dentro de la red** 20% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare. *Se requiere autorización previa para la compra de artículos que superen los $750. Se requiere autorización previa para todos los alquileres.* Su costo compartido por la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare es el 20% cada mes durante 36 meses. Su costo compartido no cambiará después de estar inscrito durante 36 meses. Si antes de inscribirse en ATRIO Freedom (PPO) usted había realizado el pago del alquiler de 36 meses por la cobertura de equipos de oxígeno, su costo compartido en ATRIO Freedom (PPO) es $0 durante 36 meses. **Fuera de la red** 30% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare.
Cubrimos todo el DME que sea médicamente necesario cubierto por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no trabaja una marca o un fabricante en particular, puede solicitarle que realice un pedido especial para usted. La lista más actualizada de proveedores está disponible en nuestro sitio web en atriohp.com.	

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Atención de emergencia	
La atención de emergencia hace referencia a los servicios con estas características: • Son brindados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia • Son necesarios para evaluar o estabilizar una afección de emergencia Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y, si está embarazada, la pérdida de un hijo por nacer), la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos podrían ser una enfermedad, lesión, dolor intenso, o afección que se agrava rápidamente. Los costos compartidos para los servicios de emergencia necesarios que se brindan fuera de la red son los mismos que cuando usted obtiene estos servicios dentro de la red.	$125 de copago por cada consulta en la sala de emergencias cubierta por Medicare. No se aplica el costo compartido de la sala de emergencias si lo ingresan en un hospital en el transcurso de 24 horas por la misma afección. Si obtiene atención de emergencia en un hospital que no pertenece a la red y necesita atención para pacientes internados después de haber estabilizado su afección de emergencia, debe regresar a un hospital dentro de la red para pagar el monto del costo compartido dentro de la red por la parte de su estadía posterior a su estabilización. Si se queda en el hospital fuera de la red, su estadía estará cubierta, pero deberá pagar el monto del costo compartido fuera de la red de la parte de su estadía posterior a su estabilización.
Cobertura de emergencias en todo el mundo Usted tiene cobertura para recibir atención de emergencia en todo el mundo. $250,000 de asignación cada año para todos los servicios cubiertos en todo el mundo. Comuníquese con nuestro plan para obtener más detalles.	$125 de copago El copago no se aplica si lo ingresan en un hospital.
Cobertura de atención de urgencia en todo el mundo Cobertura en todo el mundo para ‘servicios de urgencia’ cuando se necesitan servicios médicos de inmediato debido a una enfermedad, lesión o afección que no esperaba ni anticipaba, y no	$125 de copago El copago no se aplica si lo ingresan en un hospital.

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Atención de emergencia - continuación puede esperar hasta que regrese al área de servicio de nuestro plan para obtener los servicios. $250,000 de asignación cada año para todos los servicios cubiertos en todo el mundo.Comuníquese con nuestro plan para obtener más detalles.	
Programa de acondicionamiento físico El beneficio puede usarse para pagar servicios que incluyen: • Cargos de membresía en un gimnasio para un club de acondicionamiento físico y/o gimnasio calificados • Cargos de clases de acondicionamiento físico en un club de acondicionamiento físico y/o gimnasio calificados Exclusiones de la asignación: • Cargos o cuotas de clubes sociales, clubes de campo, clubes de armas y campos de tiro • Cargos para parques nacionales • Servicios cubiertos por Original Medicare incluidos, entre otros, servicios de fisioterapia, quiropráctica, acupuntura o masoterapia Las asignaciones no utilizadas no se transfieren al período de beneficios o año del plan siguientes. Asegúrese de usar su asignación dentro del período de beneficios determinado. El beneficio no puede usarse fuera del territorio continental de los EE. UU.	$100 de asignación cada seis meses, a través de reembolso para cargos de membresía de un gimnasio y clases de acondicionamiento físico
Servicios auditivos Las evaluaciones auditivas y de equilibrio de diagnóstico realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico se cubren como atención para pacientes	**Dentro de la red** $45 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Servicios auditivos - continuación	
externos cuando las proporciona un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado.	**Fuera de la red** $50 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
Exámenes auditivos adicionales de rutina Se limita a 1 consulta(s) cada año Comuníquese con nuestro plan para obtener más detalles.	**Dentro de la red** $0 de copago *Puede requerirse una autorización previa.* **Fuera de la red** 80% de coseguro
Evaluaciones para la adaptación de audífonos Sin límite de consultas cada año Comuníquese con nuestro plan para obtener más detalles.	**Dentro de la red** $0 de copago *Puede requerirse una autorización previa.* **Fuera de la red** 80% de coseguro
Audífonos	
• **Todos los tipos** Hasta 2 audífonos de marca TruHearing cada año (uno por oído por año). El beneficio está limitado a los audífonos de TruHearing Advanced y Premium, que vienen en varios estilos y colores, y están disponibles en opciones de estilo recargable por un adicional de $50 por audífono. La compra del audífono incluye: • Consultas de seguimiento con el proveedor durante el primer año • Período de prueba de 60 días • Garantía ampliada de 3 años • 80 baterías por audífono para los modelos no recargables El beneficio no incluye ni cubre ninguna de las siguientes opciones:	**Dentro de la red** $699 de copago por audífono por audífonos Advanced* $999 de copago por audífono por audífonos Premium* $50 de costo adicional por audífono con capacidad de recarga opcional. *Los copagos por exámenes auditivos de rutina y audífonos no están sujetos al máximo que paga de su bolsillo. *Puede requerirse una autorización previa.*

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Servicios auditivos - continuación • Costo adicional por audífono con capacidad de recarga opcional • Moldes auditivos • Accesorios para audífonos • Consultas adicionales con el proveedor • Baterías adicionales; baterías cuando se adquiere el audífono recargable • Audífonos que no corresponden a la marca de audífonos TruHearing • Costos relacionados con los reclamos de garantía por pérdida y daño • Los costos relacionados con artículos excluidos son responsabilidad del miembro y no están cubiertos por el plan Nuestro plan se ha asociado con **TruHearing** para proporcionar servicios auditivos de rutina, que incluyen un examen de rutina, adaptaciones y evaluaciones de audífonos, así como cobertura para audífonos. Los miembros deben consultar a un proveedor de **TruHearing** para utilizar este beneficio. Para encontrar un proveedor cercano y programar una cita, llame al 1-833-455-8945 (TTY 711), de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora estándar del Pacífico.	**Fuera de la red** 80% de coseguro.
Prueba de detección de VIH Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que están en mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos lo siguiente: • Una prueba de detección cada 12 meses Si usted está embarazada, cubrimos: • Hasta 3 pruebas de detección durante el embarazo.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para pruebas de detección de VIH preventivas cubiertas por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Prueba de detección de VIH - continuación	**Fuera de la red** $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
Agencia de atención médica a domicilio Antes de recibir servicios de atención médica a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita servicios de atención médica a domicilio y solicitará que una agencia de atención médica a domicilio le brinde estos servicios. El requisito es que usted no pueda salir de su casa, lo que significa que hacerlo implica un gran esfuerzo. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios de enfermería especializada o los servicios de un auxiliar de atención de la salud a domicilio en forma intermitente o de medio tiempo (para que los cubra en función del beneficio de atención médica a domicilio, los servicios de enfermería especializada y los servicios de un auxiliar de atención de la salud a domicilio combinados deben totalizar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana) • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipos y suministros médicos	**Dentro de la red** $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *Puede requerirse una autorización previa.* **Fuera de la red** 50% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare.
Tratamiento de infusión en el hogar El tratamiento de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su hogar. Los componentes necesarios para realizar una infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivíricos, inmunoglobulinas), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, sondas y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:	El equipo y los suministros de infusión en el hogar están cubiertos por su beneficio de equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME). **Dentro de la red**

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Tratamiento de infusión en el hogar - continuación	
• Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, brindados de conformidad con nuestro plan de atención • La capacitación y la educación del paciente que no estén cubiertas de otra manera por el beneficio de equipo médico duradero • Supervisión remota • Servicios de supervisión para el suministro del tratamiento de infusión en el hogar y los medicamentos de infusión en el hogar brindados por un proveedor calificado para el tratamiento de infusión en el hogar	20% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare. *Se requiere autorización previa para la compra de artículos que superen los $750. Se requiere autorización previa para todos los alquileres.* **Fuera de la red** 30% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare. Los medicamentos de infusión en el hogar están cubiertos por su beneficio de cobertura para medicamentos de la Parte B de Medicare. **Dentro de la red** 0% - 20% de coseguro según el servicio cubierto por Medicare. *Puede requerirse una autorización previa.* **Fuera de la red** 50% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare.
Atención en un hospicio	
Usted es elegible para el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le han dado un diagnóstico de enfermedad terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y que tiene una expectativa de vida de 6 meses o menos si su enfermedad sigue el curso normal. Es posible que reciba atención a través de cualquier programa de hospicio certificado	Cuando se inscribe en un programa de hospicios certificado por Medicare, los servicios de hospicio y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su diagnóstico de enfermedad

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Atención en un hospicio - continuación	
por Medicare. Nuestro plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de hospicios certificados por Medicare en el área de servicio de nuestro plan, incluidos aquellos programas que poseemos, controlamos o en los que tenemos interés financiero. Su médico del hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos para controlar síntomas y aliviar el dolor • Cuidado de relevo a corto plazo • Atención a domicilio Cuando es admitido en un hospicio, tiene derecho a permanecer en su plan; si elige permanecer en su plan, debe continuar pagando las primas del plan. **Para los servicios de hospicio y para los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que se relacionan con su diagnóstico de enfermedad terminal:** Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor del hospicio por sus servicios en un hospicio y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal. Mientras esté en el programa de hospicios, su proveedor del hospicio facturará a Original Medicare por los servicios que Original Medicare cubra. Se le facturará el costo compartido de Original Medicare. **Para los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no se relacionan con su diagnóstico de enfermedad terminal:** Si necesita servicios que no sean de emergencia ni de urgencia que estén cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no están relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal, el costo de estos servicios depende de si usted utiliza un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las normas del plan (como si hay algún requisito para obtener una autorización previa). • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las normas del plan para obtener un servicio, usted solo paga el monto de costo compartido de nuestro plan por los servicios dentro de la red	terminal los paga Original Medicare, no ATRIO Freedom (PPO).

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Atención en un hospicio - continuación • Si obtiene sus servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, la parte que le corresponde de los costos compartidos por sus servicios cubiertos podría ser mayor **Para los servicios cubiertos por ATRIO Freedom (PPO), pero que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare:** ATRIO Freedom (PPO) continuará cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o la Parte B, independientemente de que estén relacionados o no con su diagnóstico de enfermedad terminal. Usted paga el monto del costo compartido de nuestro plan por estos servicios. **Nota:** Si necesita atención médica que no sea en un hospicio (atención que no está relacionada con su diagnóstico de enfermedad terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios.	
Inmunizaciones Los servicios de la Parte B cubiertos por Medicare incluyen: • Vacunas contra la neumonía • Vacunas (o inmunizaciones) contra la gripe/influenza, una vez en cada temporada de gripe/influenza en el otoño y el invierno, y vacunas (o inmunizaciones) contra la gripe/influenza adicionales si son médicamente necesarias • Vacunas contra la hepatitis B si nunca ha recibido la serie completa, no conoce su historial de vacunación o padece alguna otra afección que lo exponga a un riesgo alto o intermedio de contraer la hepatitis B • Vacunas contra la COVID-19 • Otras vacunas si su salud está en riesgo y si estas cumplen con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe/influenza, la hepatitis B ni la COVID-19. **Fuera de la red** $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Atención hospitalaria para pacientes internados Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería permanentes • Costos de las unidades de cuidados especiales (por ejemplo, unidades de cuidados intensivos o coronarios) • Medicamentos • Análisis de laboratorio • Radiografías y otros servicios radiológicos • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios • Uso de aparatos, como sillas de ruedas • Costos de la sala de operaciones y de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje • Servicios por abuso de sustancias para pacientes internados • En determinadas condiciones, están cubiertos los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/múltiples vísceras. Si necesita un trasplante, organizaremos la revisión de su caso en un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que decidirá si es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante de la red se encuentran fuera del patrón de atención de la comunidad, puede elegir un lugar cerca siempre y cuando	**Dentro de la red** $425 de copago cada día por los días 1 al 7 y $0 de copago cada día por los días 8 al 90 por atención hospitalaria cubierta por Medicare. Por los días adicionales después de alcanzar el límite del beneficio cubierto por Medicare, usted paga $0 de copago por los días 91 en adelante. *Puede requerirse una autorización previa.* Si recibe atención para pacientes internados autorizada en un hospital fuera de la red una vez que se ha estabilizado su afección de emergencia, su costo será el costo compartido que pagaría en un hospital de la red. **Fuera de la red** $475 de copago cada día por los días 1 al 7 y $0 de copago cada día por los días 8 al 90 por atención hospitalaria cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Atención hospitalaria para pacientes internados - continuación los proveedores locales de trasplante estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si ATRIO Freedom (PPO) brinda servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige llevar a cabo el trasplante en este lugar distante, coordinaremos o pagaremos los costos de transporte y alojamiento correspondientes para usted y un acompañante. • Sangre - se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de glóbulos rojos, y todos los demás componentes sanguíneos comienza con la primera pinta de sangre que necesite. • Servicios de médicos **Nota:** Para ser paciente internado, el proveedor debe hacer una orden por escrito para que lo ingresen de manera formal como paciente internado en el hospital. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, podría ser considerado un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente internado o un *paciente externo*, consulte con el personal del hospital. Obtenga más información en la hoja de datos de Medicare *Medicare Hospital Benefits (Beneficios hospitalarios de Medicare)*. Esta hoja de datos se encuentra disponible en internet en Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o puede obtenerla llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).	
Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren hospitalización. Usted recibe hasta 190 días de atención hospitalaria cubierta por Medicare para pacientes internados en un hospital psiquiátrico en la vida. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes internados prestados en la unidad psiquiátrica de un hospital general.	**Dentro de la red** $290 de copago cada día por los días 1 al 7 y $0 de copago cada día por los días 8 al 90 por atención hospitalaria cubierta por Medicare. *Puede requerirse una autorización previa.*

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico - continuación	**Fuera de la red** $475 de copago cada día por los días 1 al 7 y $0 de copago cada día por los días 8 al 90 por atención hospitalaria cubierta por Medicare.
Hospitalización: Servicios cubiertos que recibe en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) durante una hospitalización no cubierta	
• Servicios de médicos	**Dentro de la red** Consulte Servicios de médicos o profesionales, incluidas Consultas en el consultorio del médico. **Fuera de la red** Consulte a continuación Servicios de médicos o profesionales, incluidas las consultas en el consultorio del médico.
• Análisis de diagnóstico (como los análisis de laboratorio)	**Dentro de la red** Consulte Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos. **Fuera de la red** Consulte a continuación Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos.

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Hospitalización: Servicios cubiertos que recibe en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) durante una hospitalización no cubierta - continuación	
• Tratamiento con radiografías, radio e isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos	**Dentro de la red** Consulte Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos. **Fuera de la red** Consulte Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos.
• Vendajes quirúrgicos	**Dentro de la red** Consulte Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos. **Fuera de la red** Consulte a continuación Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos.
• Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones	**Dentro de la red** Consulte Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos. **Fuera de la red** Consulte Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos.

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Hospitalización: Servicios cubiertos que recibe en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) durante una hospitalización no cubierta - continuación	
• Dispositivos protésicos y ortésicos (salvo los dentales) que sustituyen una parte o la totalidad de un órgano interno del cuerpo (incluso tejido contiguo), o bien una parte o la totalidad del funcionamiento de un órgano interno del cuerpo que no funciona bien o no funciona permanentemente, incluso la sustitución o reparación de dichos dispositivos	**Dentro de la red** Consulte Dispositivos protésicos y suministros relacionados. **Fuera de la red** Consulte Dispositivos protésicos y suministros relacionados.
• Soportes para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debidos a la rotura, al desgaste, a la pérdida o a un cambio en el estado físico del paciente	**Dentro de la red** Consulte Dispositivos protésicos y suministros relacionados. **Fuera de la red** Consulte Dispositivos protésicos y suministros relacionados.
• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla	**Dentro de la red** Consulte abajo Servicios de rehabilitación para pacientes externos. **Fuera de la red** Consulte a continuación Servicios de rehabilitación para pacientes externos.
Beneficio de comidas	
ATRIO se asoció con GA Foods para proporcionar comidas para ayudarlo con su recuperación después de un evento que reúna los requisitos. El beneficio puede usarse inmediatamente después de una cirugía o de atención hospitalaria que se recibe como paciente internado	**Dentro de la red** $0 de copago hasta 2 comidas por día por 14 días (28 comidas por episodio). *Puede requerirse una autorización previa.*

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Beneficio de comidas - continuación o en el caso de una afección médica o afección médica potencial que requiera que la persona inscrita permanezca en su domicilio por cierto período de tiempo. No hay límite para la cantidad de veces que puede recibir la aprobación para este beneficio.	**Fuera de la red** $0 de copago hasta 2 comidas por día por 14 días (28 comidas por episodio).
Terapia médica nutricional Este beneficio es para personas que padecen diabetes, enfermedades renales (del riñón) (pero no con tratamiento de diálisis) o después de un trasplante de riñón con una orden de su médico. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que recibe los servicios de terapia médica nutricional a través de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage u Original Medicare) y luego, 2 horas cada año de allí en adelante. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, puede recibir más horas de tratamiento con la orden de un médico. El médico debe recetarle estos servicios y renovar la orden cada año si usted necesita tratamiento en el siguiente año calendario.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare. **Fuera de la red** $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
Programa de prevención de la diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) **Los servicios del Programa de prevención de la diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) están cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare a través de todos los planes de salud de Medicare.** El MDPP es una intervención estructurada de cambio de conducta de salud que brinda capacitación práctica sobre cambio en la dieta a largo plazo, mayor actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos a fin de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP. **Fuera de la red** $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Medicamentos de la Parte B de Medicare	
La Parte B de Original Medicare cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen lo siguiente: • Medicamentos que, generalmente, el paciente no se autoadministra y que se aplican por medio de una inyección o infusión cuando recibe los servicios de médicos, en un hospital para pacientes externos o en un centro quirúrgico ambulatorio • Insulina provista a través de un equipo médico duradero (por ejemplo, una bomba de insulina médicamente necesaria) • Otros medicamentos que se administran con equipo médico duradero (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por nuestro plan • El medicamento para la enfermedad de Alzheimer, Leqembi® (nombre genérico lecanemab), que se administra por vía intravenosa. Además de los costos de los medicamentos, es posible que necesite análisis y estudios de exploración y pruebas adicionales antes y/o durante el tratamiento que podrían agregarse a sus costos totales. Consulte con su médico qué estudios de exploración y pruebas puede necesitar como parte del tratamiento • Factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia • Medicamentos inmunosupresores / para trasplantes: Medicare cubre el tratamiento con medicamentos para trasplantes si Medicare pagó por el trasplante de órgano. Usted debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto, y debe tener la Parte B en el momento en que reciba los medicamentos inmunosupresores • Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el médico confirma que se relacionó con la osteoporosis posmenopáusica y no puede administrarse usted mismo el medicamento	**Medicamentos de insulina de la Parte B de Medicare** **Dentro de la red** 0% - 20% de coseguro según el servicio cubierto por Medicare. *Puede requerirse una autorización previa.* **Fuera de la red** 50% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare. **Otros medicamentos de la Parte B de Medicare** **Dentro de la red** 0% - 20% de coseguro según el servicio cubierto por Medicare. *Puede requerirse una autorización previa.* **Fuera de la red** 50% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Medicamentos de la Parte B de Medicare - continuación	
• Algunos antígenos: Medicare cubre antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente instruida (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada • Determinados medicamentos orales para el tratamiento del cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales para el cáncer que toma por la boca si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo principio activo que se encuentra en el medicamento inyectable) del medicamento inyectable • Medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que usted use como parte de un tratamiento de quimioterapia contra el cáncer si se administran antes, durante o en un plazo de 48 horas después de la quimioterapia, o si se usan como reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas • Determinados medicamentos orales para la enfermedad renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD) cubiertos por la Parte B de Medicare • Medicamentos calcimiméticos y medicamentos quelantes de fosfato según el sistema de pago de la ESRD, incluidos los medicamentos intravenosos Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar® • Determinados medicamentos para autodiálisis en su hogar, incluidos la heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario y anestésicos tópicos • Fármacos estimuladores de la eritrocitopoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina mediante inyección si usted tiene enfermedad renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD) o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras afecciones (por ejemplo, Epogen®, Procrit®, Retacrit®, epoetina alfa, Aranesp®, darbepoetina alfa, Mircera® o metoxipolietilenglicol-epoetina beta)	**Medicamentos para quimioterapia / radiación de la Parte B de Medicare** **Dentro de la red** 0% - 20% de coseguro según el servicio cubierto por Medicare. *Puede requerirse una autorización previa.* **Fuera de la red** 50% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare. El plan ofrece tratamiento escalonado para la Parte B a Parte B.

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Medicamentos de la Parte B de Medicare - continuación • Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias • Nutrición parenteral y enteral (intravenosa y para sondas) Mediante este enlace, accederá a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a tratamiento escalonado: atriohp.com También cubrimos algunas vacunas en virtud del beneficio para medicamentos de la Parte B.	
Prueba de detección de obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso sostenida Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si usted lo recibe en un establecimiento de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan integral de prevención. Para obtener más información, consulte con su médico o profesional de atención primaria.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para los tratamientos y las pruebas de detección preventivos de obesidad. **Fuera de la red** $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
Servicios del programa de tratamiento para opioides Los miembros de nuestro plan con trastorno por uso de opioides (Opioid Use Disorder, OUD) pueden recibir la cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Programa de tratamiento para opioides (Opioid Treatment Program, OTP) que incluye los siguientes servicios: • Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) de los Estados Unidos y medicamentos agonistas y antagonistas de opioides para tratamiento asistido por medicamentos (Medication-Assisted Treatment, MAT)	**Dentro de la red** $45 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. **Fuera de la red** 50% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Servicios del programa de tratamiento para opioides - continuación • Suministro y administración de medicamentos de MAT (si corresponde) • Asesoramiento sobre consumo de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas toxicológicas • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas	
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:	
• Radiografías	**Dentro de la red** $20 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *Puede requerirse una autorización previa.* **Fuera de la red** 30% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare.
• Tratamiento de radiación (radio e isótopos) que incluye materiales de los técnicos y suministros	**Dentro de la red** 20% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare. *Puede requerirse una autorización previa.* **Fuera de la red** 30% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare.
• Suministros quirúrgicos, por ejemplo, vendajes • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones	**Dentro de la red** 20% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare. *Puede requerirse una autorización previa.*

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos - continuación	
• Análisis de laboratorio	**Fuera de la red** 50% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare. **Dentro de la red** $20 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *Puede requerirse una autorización previa.* **Fuera de la red** 15% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare.
• Sangre - se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de glóbulos rojos, y todos los demás componentes sanguíneos comienza con la primera pinta de sangre que necesite.	**Dentro de la red** $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. **Fuera de la red** 50% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare.
• Pruebas de diagnóstico que no son de laboratorio como tomografías computarizadas (Computed Tomography, CT), imágenes por resonancia magnética (Magnetic Resonance Imaging, MRI), electrocardiogramas (EKG) y tomografías por emisión de positrones (Positron Emission Tomography, PET) cuando su médico u otro proveedor de atención médica las ordena para tratar un problema médico	**Dentro de la red** 0% de coseguro se aplica a las mamografías de diagnóstico; 20% de coseguro se aplica a todas las demás pruebas. *Puede requerirse una autorización previa.* **Fuera de la red** 30% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare.
• Otras pruebas de diagnóstico para pacientes externos - Servicios de diagnóstico que no son radiológicos	**Dentro de la red** $0 de copago por colonoscopias de diagnóstico y $20 por todos los demás servicios.

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos - continuación	
• Otras pruebas de diagnóstico para pacientes externos - Servicios radiológicos de diagnóstico, sin incluir radiografías	*Puede requerirse una autorización previa.* **Fuera de la red** 30% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare. **Dentro de la red** 0% de coseguro se aplica a las mamografías de diagnóstico; 20% de coseguro se aplica a todas las demás pruebas. *Puede requerirse una autorización previa.* **Fuera de la red** 30% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare.
Observación hospitalaria para pacientes externos	
Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes externos proporcionados para determinar si necesita ingresar como paciente internado o puede ser dado de alta. Para que los servicios hospitalarios de observación para pacientes externos tengan cobertura, deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación tienen cobertura solo cuando son proporcionados a partir de la orden de un médico o de otra persona autorizada por la ley de licencias del estado y los reglamentos sobre personal del hospital para ingresar pacientes al hospital u ordenar pruebas para pacientes externos. **Nota:** A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, podría ser considerado un	**Dentro de la red** $275 de copago por día por cada servicio cubierto por Medicare. *Puede requerirse una autorización previa.* **Fuera de la red** 30% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Observación hospitalaria para pacientes externos - continuación paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital. Obtenga más información en la hoja de datos de Medicare *Medicare Hospital Benefits (Beneficios hospitalarios de Medicare)* disponible en Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o puede obtenerla llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.	
Servicios hospitalarios para pacientes externos Cubrimos servicios médicamente necesarios que se le hayan brindado en el departamento de pacientes externos de un hospital para diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:	
• Servicios en un departamento de emergencias	**Dentro de la red** Consulte Atención de emergencia. **Fuera de la red** Consulte Atención de emergencia.
• Servicios prestados en una clínica para pacientes externos	**Dentro de la red** Consulte Servicios de médicos o profesionales, incluidas las consultas en el consultorio del médico. **Fuera de la red** Consulte Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico.

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Servicios hospitalarios para pacientes externos - continuación	
• Observación o cirugía para pacientes externos	**Dentro de la red** Consulte Observación hospitalaria para pacientes externos y Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios. **Fuera de la red** Consulte Observación hospitalaria para pacientes externos y Cirugía para pacientes externos, incluidos Servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios.
• Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital	**Dentro de la red** Consulte Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos. **Fuera de la red** Consulte Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos.
• Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento con internación podría ser requerido sin esta atención	**Dentro de la red** Consulte Atención de la salud mental para pacientes externos. **Fuera de la red** Consulte Atención de la salud mental para pacientes externos.

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Servicios hospitalarios para pacientes externos - continuación	
• Radiografías y otros servicios radiológicos facturados por el hospital	**Dentro de la red** Consulte Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos. **Fuera de la red** Consulte Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos.
• Suministros médicos como entablillados y yesos	**Dentro de la red** Consulte Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos. **Fuera de la red** Consulte Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos.
• Algunos medicamentos y productos biológicos que no se pueden autoadministrar **Nota:** A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden para admitirlo como paciente internado en el hospital, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, podría ser considerado un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital.	**Dentro de la red** Consulte Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare. **Fuera de la red** Consulte Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare.
Atención de salud mental para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen: Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, trabajador social	

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Atención de salud mental para pacientes externos - continuación clínico (Clinical Social Worker, CSW), especialista en enfermería clínica (Clinical Nurse Specialist, CNS), consejero profesional autorizado (Licensed Professional Counselor, LPC), terapeuta familiar y matrimonial con licencia (Licensed Marriage and Family Therapist, LMFT), enfermero con práctica médica (Nurse Practitioner, NP), asistente médico (Physician Assistant, PA) u otro profesional de atención de salud mental calificado por Medicare, según lo permitido por las leyes estatales correspondientes.	
• Servicios prestados por un psiquiatra	**Dentro de la red** $45 de copago por cada sesión individual cubierta por Medicare. $45 de copago por cada sesión grupal cubierta por Medicare. **Fuera de la red** 50% de coseguro por cada sesión individual cubierta por Medicare. 50% de coseguro por cada sesión grupal cubierta por Medicare.
• Servicios prestados por otros proveedores de atención de salud mental	**Dentro de la red** $45 de copago por cada sesión individual cubierta por Medicare. $45 de copago por cada sesión grupal cubierta por Medicare. **Fuera de la red** 50% de coseguro por cada sesión individual cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Atención de salud mental para pacientes externos - continuación	50% de coseguro por cada sesión grupal cubierta por Medicare.
Servicios de rehabilitación para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen: fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación para pacientes externos son brindados en varios entornos para pacientes externos, como departamentos de pacientes externos de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities, CORF).	
• Servicios prestados por un fisioterapeuta o un terapeuta del habla y del lenguaje	**Dentro de la red** $45 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *Puede requerirse una autorización previa.* **Fuera de la red** 50% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare.
• Servicios prestados por un terapeuta ocupacional	**Dentro de la red** $45 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *Puede requerirse una autorización previa.* **Fuera de la red** 50% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Servicios de rehabilitación para pacientes externos - continuación	
Servicios por trastorno por el consumo de sustancias para pacientes externos La cobertura incluye servicios de tratamiento que se prestan en el departamento de pacientes externos de un hospital a pacientes que, por ejemplo, han sido dados de alta de una hospitalización para el tratamiento de trastornos por el abuso de drogas o que requieren tratamiento, pero no necesitan la disponibilidad ni la intensidad de los servicios que solo se encuentran en un entorno hospitalario para pacientes internados. La cobertura disponible para estos servicios está sujeta a las mismas normas que generalmente se aplican a la cobertura de los servicios hospitalarios para pacientes externos.	**Dentro de la red** 20% de coseguro por cada sesión individual cubierta por Medicare. 20% de coseguro por cada sesión grupal cubierta por Medicare. **Fuera de la red** 50% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare. 50% de coseguro por cada sesión grupal cubierta por Medicare.
Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios **Nota:** Si va a ser sometido a una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar con su proveedor si será considerado un paciente internado o externo. A menos que el proveedor escriba una orden para admitirlo como paciente internado en el hospital, usted es un paciente externo y paga los montos de costo compartido por la cirugía para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, podría ser considerado un paciente externo.	
• Servicios prestados en un hospital para pacientes externos	**Dentro de la red** 20% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios - continuación	
• Servicios prestados en un centro quirúrgico ambulatorio	*Puede requerirse una autorización previa.* **Fuera de la red** 30% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare. **Dentro de la red** 20% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare. *Puede requerirse una autorización previa.* **Fuera de la red** 30% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare.
Beneficio de artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC)	
Artículos relacionados con la salud y medicamentos sin receta que usted puede comprar en comercios minoristas participantes o a través de un catálogo y recibir por correo postal. Puede encontrar el catálogo y una lista de las tiendas minoristas participantes en nuestro sitio web en atriohp.com. NOTA: Su beneficio trimestral para artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC) no se aplica a ningún máximo que paga de su bolsillo. Una vez que se haya usado su asignación, usted es responsable de cualquier costo restante o adicional y puede usar una tarjeta de crédito para pagar cualquier monto excedente. También cubrimos medicamentos de venta libre limitados que usted puede obtener en una farmacia. Estos medicamentos se incluyen en el Formulario en nuestro sitio web en atriohp.com.	$25 de asignación cada tres meses, cargados en su Tarjeta Flex Card para artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC) selectos.

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Beneficio de artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC) - continuación Las asignaciones no utilizadas no se transfieren al período de beneficios o año del plan siguientes. Asegúrese de usar su asignación dentro del período de beneficios determinado. Las compras de artículos de venta libre solo pueden realizarse en comercios minoristas participantes o a través de nuestro catálogo. Los establecimientos participantes solo están ubicados en los EE. UU. Comuníquese con nuestro plan para obtener más detalles.	
Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes externos	
La *hospitalización parcial* es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo, suministrado como un servicio hospitalario para pacientes externos o en un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del médico, del terapeuta, del terapeuta familiar y matrimonial con licencia (Licensed Marriage and Family Therapist, LMFT) o en un consultorio de asesores profesionales con licencia y es una alternativa a la hospitalización.	**Dentro de la red** 20% de coseguro por día por cada servicio cubierto por Medicare. **Fuera de la red** 50% de coseguro por día por cada servicio cubierto por Medicare.
El *servicio intensivo para pacientes externos* es un programa estructurado de tratamiento de salud conductual (mental) activo proporcionado en un departamento de pacientes externos de un hospital, un centro comunitario de salud mental, un Centro de Salud Calificado Federalmente (Federally Qualified Health Center, FQHC) o una clínica de salud rural que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del médico, del terapeuta, del terapeuta familiar y matrimonial con licencia (Licensed Marriage and Family Therapist, LMFT) o en un consultorio de asesores profesionales con licencia, pero menos intenso que la hospitalización parcial.	**Dentro de la red** 20% de coseguro por día por cada servicio cubierto por Medicare. **Fuera de la red** 50% de coseguro por día por cada servicio cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico Los servicios cubiertos incluyen:	
• Servicios quirúrgicos o de atención médica médicamente necesarios que usted recibe en un consultorio médico por un proveedor de atención primaria	**Dentro de la red** $10 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. **Fuera de la red** $50 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
• Servicios de atención médica o quirúrgicos médicamente necesarios prestados en un centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento de pacientes externos de un hospital o cualquier otro establecimiento	**Dentro de la red** Consulte “Cirugía para pacientes externos”, antes mencionada en esta tabla, para conocer los montos de costo compartido aplicables a las consultas en un centro quirúrgico ambulatorio o en un entorno hospitalario para pacientes externos. **Fuera de la red** Consulte “Cirugía para pacientes externos”, antes mencionada en esta tabla, para conocer los montos de costo compartido aplicables a las visitas a centros quirúrgicos ambulatorios o en centros hospitalarios para pacientes externos.
• Consultas, diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista	**Dentro de la red** $45 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. **Fuera de la red** $65 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico - continuación	
• Otros profesionales de la salud	**Dentro de la red** $0 de copago cuando un profesional de la salud actúa como PCP $45 de copago cuando un profesional de la salud actúa como especialista. **Fuera de la red** 50% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare.
• Exámenes auditivos básicos y relacionados con el equilibrio realizados por su PCP o especialista, si su médico así lo solicita para determinar si usted necesita tratamiento médico	**Dentro de la red** $45 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. **Fuera de la red** $50 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
• Algunos servicios de telesalud, entre los que se incluyen consultas, diagnósticos y tratamientos por parte de un médico o profesional para los pacientes en ciertas áreas rurales u otros lugares aprobados por Medicare	**Dentro de la red** Usted pagará el costo compartido que corresponda a los servicios de especialistas (según se describe más arriba en “Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico”). **Fuera de la red** Usted paga el costo compartido que corresponda a los servicios de especialistas (según se describe más arriba en “Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico”).

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico - continuación	
• Servicios de telesalud para las consultas mensuales relacionadas con una enfermedad renal terminal para los miembros que se realizan diálisis en el hogar, en un centro de diálisis renal basado en un hospital o basado en un hospital de acceso crítico, centro de diálisis renal o el hogar del miembro	**Dentro de la red** Usted pagará el costo compartido que corresponda a los servicios de especialistas (según se describe más arriba en “Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico”). **Fuera de la red** Usted paga el costo compartido que corresponda a los servicios de especialistas (según se describe más arriba en “Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico”).
• Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación	**Dentro de la red** Usted pagará el costo compartido que corresponda a los servicios de especialistas (según se describe más arriba en “Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico”). **Fuera de la red** Usted paga el costo compartido que corresponda a los servicios de especialistas (según se describe más arriba en “Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico”).

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico - continuación	
• Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno de salud mental que ocurre en simultáneo, independientemente de su ubicación	**Dentro de la red** Usted pagará el costo compartido que corresponda a los servicios de especialistas (según se describe más arriba en “Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico”). **Fuera de la red** Usted paga el costo compartido que corresponda a los servicios de especialistas (según se describe más arriba en “Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico”).
• Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental	**Dentro de la red** Usted pagará el costo compartido que corresponda a los servicios de especialistas (según se describe más arriba en “Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico”). **Fuera de la red** Usted pagará el costo compartido que corresponda a los servicios de especialistas (según se describe más arriba en “Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico”).

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico - continuación	
• Servicios de telesalud para consultas de salud mental proporcionados por Clínicas de Salud Rural y Centros de Salud Calificados Federalmente	**Dentro de la red** Usted pagará el costo compartido que corresponda a los servicios de especialistas (según se describe más arriba en “Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico”). **Fuera de la red** Usted paga el costo compartido que corresponda a los servicios de especialistas (según se describe más arriba en “Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico”).
• Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat de video) con su médico durante 5-10 minutos **si**: ○ No es un paciente nuevo **y** ○ El control no está relacionado con una consulta en el consultorio en los últimos 7 días **y** ○ El control no lleva a una consulta en el consultorio dentro de las 24 horas o la cita disponible más cercana	**Dentro de la red** Usted pagará el costo compartido que corresponda a los servicios de especialistas (según se describe más arriba en “Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico”). **Fuera de la red** Usted pagará el costo compartido que corresponda a los servicios de especialistas (según se describe más arriba en “Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico”).

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico - continuación	
• Evaluación de videos y/o imágenes que usted envía a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico en un plazo de 24 horas **si**: ○ No es un paciente nuevo **y** ○ La evaluación no está relacionada con una consulta en el consultorio en los últimos 7 días **y** ○ La evaluación no deriva en una consulta en el consultorio dentro de las 24 horas o la cita disponible más cercana	**Dentro de la red** Usted pagará el costo compartido que corresponda a los servicios de especialistas (según se describe más arriba en “Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico”). **Fuera de la red** Usted pagará el costo compartido que corresponda a los servicios de especialistas (según se describe más arriba en “Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico”).
• Consulta que su médico realiza con otros médicos por teléfono, internet o registro de salud electrónico	**Dentro de la red** Usted pagará el costo compartido que corresponda a los servicios de especialistas (según se describe más arriba en “Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico”). **Fuera de la red** Usted paga el costo compartido que corresponda a los servicios de especialistas (según se describe más arriba en “Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico”).

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico - continuación • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía	**Dentro de la red** Usted pagará el costo compartido que corresponda a los servicios de especialistas (según se describe más arriba en "Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico"). **Fuera de la red** Usted pagará el costo compartido que corresponda a los servicios de especialistas (según se describe más arriba en "Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico").
Servicios de podiatría Los servicios cubiertos incluyen: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos) • Cuidado de rutina de los pies para los miembros que padecen determinadas afecciones que comprometen las extremidades inferiores	**Dentro de la red** $45 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. **Fuera de la red** 50% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para la prevención del VIH	
Si usted no tiene VIH, pero su médico u otro profesional de atención médica determina que tiene un mayor riesgo de contraer VIH, cubrimos los medicamentos de profilaxis previa a la exposición (Pre-Exposure Prophylaxis, PrEP) y los servicios relacionados. Si usted califica, los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos de PrEP orales o inyectables aprobados por la FDA, incluido el cargo de aplicación de la inyección, si corresponde • Hasta 8 sesiones individuales de asesoramiento (incluidas evaluación de riesgo de contraer VIH, reducción del riesgo de contraer VIH y cumplimiento farmacológico) cada 12 meses • Hasta 8 pruebas de detección de VIH cada 12 meses • Una prueba de detección del virus de la hepatitis B por una única vez	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio de PrEP.
Pruebas de detección de cáncer de próstata	
Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente una vez cada 12 meses:	
• Tacto rectal	**Dentro de la red** $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. **Fuera de la red** $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
• Análisis del antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA)	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para un análisis del PSA anual.

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Pruebas de detección de cáncer de próstata - continuación	**Fuera de la red** $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
Dispositivos protésicos, ortésicos y suministros relacionados Dispositivos (salvo los dentales) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros, pruebas, adaptación o capacitación para el uso de dispositivos protésicos y ortésicos; así como también bolsas de colostomía y artículos directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, férulas, zapatos protésicos, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Se incluyen determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos y ortésicos, así como también la reparación y/o sustitución de estos dispositivos. Además, también se proporciona cierto grado de cobertura después de la extracción de cataratas o de una cirugía de cataratas – para obtener más detalles, consulte *Atención de la vista* más adelante en esta tabla.	**Dentro de la red** 20% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare. *Puede requerirse una autorización previa.* **Fuera de la red** 50% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare.
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para los miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD) de moderada a muy grave y que tienen una orden para recibir servicios de rehabilitación pulmonar del médico que trata su enfermedad respiratoria crónica.	**Dentro de la red** 10% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare. *Se requiere una autorización previa después de 36 consultas dentro del año del plan.* **Fuera de la red** 50% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Prueba de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol	
Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol, pero que no son dependientes. Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, usted puede obtener hasta 4 sesiones breves de asesoramiento personales por año (si demuestra ser competente y estar alerta durante el asesoramiento) brindado por un médico o profesional de atención primaria calificado en un establecimiento de atención primaria.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare. **Fuera de la red** $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)	
Para las personas que reúnen los requisitos, se cubre una tomografía computarizada de baja dosis (Low Dose Computed Tomography, LDCT) cada 12 meses. **Los miembros elegibles deben cumplir con los siguientes requisitos:** tener entre 50 y 77 años y no tener signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero tener antecedentes como fumadores de tabaco de, al menos, 20 paquetes/años y ser fumadores actualmente o haber dejado de fumar en los últimos 15 años y recibir una orden de parte de un médico o un profesional no médico calificado para realizarse una LDCT durante una consulta para el asesoramiento sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón y de la toma de decisiones compartidas que cumplan con los criterios de Medicare para dichas consultas. *Para poder realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT después de la prueba de detección inicial con una LDCT:* los miembros deben recibir una orden para realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT, que puede proporcionar un médico o profesional no médico calificado durante cualquier consulta apropiada. Si un médico o profesional no médico calificado elige realizar una consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas para realizar una prueba de	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas cubierta por Medicare o para la LDCT. **Fuera de la red** $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) - continuación detección de cáncer de pulmón con LDCT posterior, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare.	
Prueba de detección de infección por el virus de la hepatitis C Cubrimos una prueba de detección para hepatitis C si su médico de atención primaria u otro proveedor de atención médica calificado ordena una y si usted cumple con una de las siguientes condiciones: • Corre un alto riesgo porque usa o ha usado drogas ilegales inyectables. • Recibió una transfusión de sangre antes de 1992. • Nació entre 1945 y 1965. Si usted nació entre 1945 y 1965, y no se considera que esté en alto riesgo, cubrimos una prueba de detección por única vez. Si usted está en alto riesgo (por ejemplo, ha seguido usando drogas ilegales inyectables desde su más reciente prueba de detección para hepatitis C con resultados negativos), cubrimos pruebas de detección anuales.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección del virus de la hepatitis C cubiertas por Medicare.
Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (STI) y asesoramiento para prevenirlas Cubrimos pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (Sexually Transmitted Infection, STI), como clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que se encuentran en un mayor riesgo de infecciones por STI, cuando las solicita un proveedor de atención primaria. Cubrimos	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de pruebas de detección de STI y asesoramiento sobre STI cubiertos por Medicare. **Fuera de la red** $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (STI) y asesoramiento para prevenirlas - continuación estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertas etapas durante el embarazo. También cubrimos hasta 2 sesiones personales súper intensivas de asesoramiento conductual de 20 a 30 minutos cada año, para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de infecciones por STI. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son brindadas por un proveedor de atención primaria y se realizan en un establecimiento de atención primaria, como el consultorio de un médico.	
Servicios para tratar enfermedades renales Los servicios de diálisis y para enfermedades renales incluyen:	
• Servicios educativos sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. En el caso de los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV, cuando son remitidos por su médico, cubrimos hasta 6 sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal en la vida	**Dentro de la red** $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. **Fuera de la red** $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
• Tratamientos de diálisis para pacientes externos (incluso tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor para este servicio no está disponible temporalmente o está fuera del alcance)	**Dentro de la red** 20% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare. **Fuera de la red** 50% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare.
• Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si ingresa al hospital como paciente internado para recibir atención especial)	**Dentro de la red** Estos servicios se cubrirán como se describe en las siguientes secciones: Consulte

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Servicios para tratar enfermedades renales - continuación	
	Atención hospitalaria para pacientes internados. **Fuera de la red** Estos servicios se cubrirán como se describe en las secciones siguientes: Consulte Atención hospitalaria para pacientes internados.
• Preparación para autodiálisis (incluye su preparación y la de cualquier otra persona que lo ayude con los tratamientos de diálisis en su hogar)	**Dentro de la red** $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. **Fuera de la red** $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
• Equipos y suministros para autodiálisis en su hogar	**Dentro de la red** Consulte Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) y suministros relacionados. **Fuera de la red** Consulte Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) y suministros relacionados.
• Determinados servicios de apoyo a domicilio (por ejemplo, cuando sea necesario, recibir visitas por parte de trabajadores capacitados y especializados en diálisis para verificar cómo va con la autodiálisis en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua)	**Dentro de la red** Consulte Agencia de atención médica a domicilio. **Fuera de la red** Consulte Agencia de atención médica a domicilio.
Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por la Parte B de Medicare. Para obtener más información sobre la cobertura para medicamentos de la Parte B, consulte **Medicamentos de la Parte B de Medicare** de esta tabla.	

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)	
(Para obtener una definición de centro de atención de enfermería especializada, consulte el Capítulo 10. Algunas veces, los centros de atención de enfermería especializada se denominan SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o una habitación privada, si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas las dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Medicamentos administrados como parte de nuestro plan de atención (esto incluye sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de la coagulación de la sangre) • Sangre - se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de glóbulos rojos, y todos los demás componentes sanguíneos comienza con la primera pinta de sangre que necesite • Suministros médicos y quirúrgicos que habitualmente proveen los centros de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) • Análisis de laboratorio que habitualmente se realizan en los SNF • Radiografías y otros servicios de radiología que habitualmente prestan los SNF • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, habitualmente provistos por los SNF • Servicios de médicos o profesionales Por lo general, su atención en los SNF la obtendrá en centros de la red. En determinadas condiciones que figuran más abajo, usted podría pagar el costo compartido dentro de la red por un centro que no sea proveedor de la red si dicho centro acepta los montos de pago de nuestro plan.	**Dentro de la red** $10 de copago cada día por los días 1 al 20 y $203 de copago cada día por los días 21 al 100 por atención en un centro de atención de enfermería especializada cubierta por Medicare. Cada período de beneficios, usted tiene 100 días de cobertura de servicios para pacientes internados en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF), de acuerdo con las pautas de Medicare. El período de beneficios comienza el primer día como paciente con cobertura de Medicare internado en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada. El período de beneficios termina cuando usted no ha estado internado en un hospital ni en un SNF durante 60 días consecutivos. Si va a un hospital (o SNF) después de que un período de beneficios ha finalizado, comienza un nuevo período. No hay límite para la cantidad de períodos de beneficios que puede tener un paciente. *Puede requerirse una autorización previa.*

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) - continuación • Un centro de cuidados o una comunidad de atención continua para jubilados donde usted vivía justo antes de ir al hospital (siempre que brinde los servicios de un centro de atención de enfermería especializada) • Un SNF donde su cónyuge o pareja doméstica esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital	**Fuera de la red** $203 de copago cada día por los días 1 al 100 por atención en un centro de atención de enfermería especializada cubierta por Medicare.
Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco para pacientes externos y hospitalizados que cumplan con estos criterios: • Consumen tabaco, independientemente de si presentan signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco • Son competentes y están alertas durante la asesoría • Un médico calificado u otro profesional reconocido por Medicare proporciona asesoramiento Cubrimos 2 intentos para dejar de fumar por año (cada intento puede incluir un máximo de 4 sesiones intermedias o intensivas; por lo tanto, el paciente puede recibir hasta 8 sesiones por año).	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare. **Fuera de la red** $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
Tratamiento con ejercicios supervisados (SET) El tratamiento con ejercicios supervisados (Supervised Exercise Therapy, SET) está cubierto para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica (Peripheral Artery Disease, PAD) sintomática. Se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET. El programa de SET debe cumplir con lo siguiente:	**Dentro de la red** 10% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare. *Puede requerirse una autorización previa.* **Fuera de la red** 50% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Tratamiento con ejercicios supervisados (SET) - continuación • Consistir en sesiones que duren entre 30 y 60 minutos y que consten de un programa de kinesioterapia para PAD en pacientes con claudicación • Llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes externos o en el consultorio de un médico • Proporcionarse por el personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen a los daños, y que esté capacitado en kinesioterapia para la PAD • Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico, enfermero con práctica médica o especialista en enfermería clínica, que debe estar capacitado en reanimación cardiopulmonar básica y avanzada El SET podría cubrirse por 36 sesiones adicionales en un período de tiempo extendido, más allá de las 36 sesiones en 12 semanas, si un proveedor de atención médica considera que es médicamente necesario.	
Servicios de urgencia Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata, y que no es una emergencia, es un servicio de urgencia si usted está temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, o incluso si se encuentra dentro del área de servicio del plan, no es razonable dado el momento, el lugar y las circunstancias obtener este servicio a través de proveedores de la red. Nuestro plan debe cubrir los servicios de urgencia y solo le cobrará el costo compartido dentro de la red. Ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones imprevistas, o exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. Las visitas de rutina a proveedores (como los chequeos anuales) que sean médicamente necesarias no se consideran de urgencia, incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.	$50 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. No se aplica el costo compartido por servicios de atención de urgencia si lo ingresan en un hospital en el transcurso de 24 horas por la misma afección.

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Servicios de urgencia - continuación	
Cobertura de atención de urgencia en todo el mundo Cobertura en todo el mundo para 'servicios de urgencia' cuando se necesitan servicios médicos de inmediato debido a una enfermedad, lesión o afección que no esperaba ni anticipaba, y no puede esperar hasta que regrese al área de servicio de nuestro plan para obtener los servicios. $250,000 de asignación cada año para todos los servicios cubiertos en todo el mundo. Comuníquese con nuestro plan para obtener más detalles.	$125 de copago El copago no se aplica si lo ingresan en un hospital.
Atención de la vista Los servicios cubiertos incluyen:	
• Servicios de médicos para pacientes externos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de la vista de rutina (refracción ocular) para anteojos o lentes de contacto	**Dentro de la red** $45 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. **Fuera de la red** $45 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
• Para las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, cubrimos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma son las personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas con diabetes, los afroestadounidenses de 50 años o más y los hispanoamericanos de 65 años o más	**Dentro de la red** $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. **Fuera de la red** $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
• Para las personas con diabetes, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética por año	**Dentro de la red** $45 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Atención de la vista - continuación	
	Fuera de la red $45 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
• Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la colocación de una lente intraocular. Si necesita 2 operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar 2 anteojos después de la segunda cirugía	**Dentro de la red** $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. **Fuera de la red** $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
Nuestro plan se ha asociado con **VSP Vision Care** para brindar servicios de anteojos o lentes de contacto de rutina, que incluyen:	
Examen de la vista de rutina Se limita a 1 consulta(s) cada año Comuníquese con nuestro plan para obtener más detalles.	**Dentro de la red** $0 de copago **Fuera de la red** 80% de coseguro
Anteojos o lentes de contacto de rutina adicionales $150 de asignación cada año por todos los anteojos y lentes de contacto adicionales.	
• **Lentes de contacto** Se limita a 1 caja de lentes de contacto cada año. Comuníquese con nuestro plan para obtener más detalles.	**Dentro de la red** $0 de copago hasta el monto de la asignación **Fuera de la red** 80% de coseguro
• **Anteojos (lentes y marcos)** Se limita a 1 par de anteojos (lentes y marcos) cada año. Comuníquese con nuestro plan para obtener más detalles.	**Dentro de la red** $0 de copago hasta el monto de la asignación

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Atención de la vista - continuación	**Fuera de la red** 80% de coseguro
Para usar estos beneficios adicionales, usted debe consultar a un **proveedor de la red de VSP Advantage**. Para buscar un proveedor de la red en su área y para obtener más información sobre estos beneficios, comuníquese con **VSP al 1-844-344-0572 (TTY 711)**, todos los días de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, o visite atriohp.com. NOTA: Los lentes de contacto necesarios para una corrección del nivel de visión están cubiertos en lugar de los anteojos. Todos los lentes básicos para anteojos unifocales, bifocales con línea, trifocales con línea y lenticulares están totalmente cubiertos.	
Consulta preventiva Bienvenido a Medicare	
Nuestro plan cubre la consulta preventiva única de *Bienvenido a Medicare*. La consulta incluye una revisión de su salud, como así también educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas (e inmunizaciones)) y remisiones a otros tipos de atención si fuera necesario. **Importante:** Cubrimos la consulta preventiva *Bienvenido a Medicare* solo dentro de los primeros 12 meses de tener la Parte B de Medicare. Cuando solicite la cita, infórmele al personal del consultorio del médico que desea programar su consulta preventiva *Bienvenido a Medicare*.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva *Bienvenido a Medicare*. **Fuera de la red** $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
• Electrocardiograma cubierto por Medicare después de la consulta de bienvenida a los servicios preventivos	**Dentro de la red** $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. **Fuera de la red** $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.

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

Esta sección le informa qué servicios están *excluidos* de la cobertura de Medicare y, por lo tanto, no cubre el plan.

La siguiente tabla enumera los servicios y los artículos que no están cubiertos en ninguna circunstancia o solo están cubiertos en determinadas circunstancias.

Si usted obtiene servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos por su cuenta, excepto de acuerdo con las condiciones específicas que se mencionan a continuación. Incluso si recibe los servicios excluidos en una sala de emergencia, los servicios excluidos siguen sin cobertura y nuestro plan no los pagará. La única excepción es si el servicio se apela y se considera, mediante una apelación, como un servicio médico que debería haberse pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado sobre no prestar cobertura para un servicio médico, consulte el Capítulo 7, Sección 5.3).

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
Cirugía o procedimientos cosméticos	Se cubren en casos de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro deformado Se cubren todas las etapas de reconstrucción de mama después de una mastectomía, así como también la de la mama no afectada para producir una apariencia simétrica
Cuidado asistencial El cuidado asistencial es aquel cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado; como, por ejemplo, ayuda con las actividades de la vida cotidiana, como bañarse o vestirse	No cubiertos en ninguna situación
Equipos, medicamentos y procedimientos médicos y quirúrgicos experimentales Los productos y los procedimientos experimentales son aquellos que Original Medicare determina que no son	Pueden estar cubiertos por Original Medicare si forman parte de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan (Consulte el Capítulo 3, Sección 5 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica)

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
generalmente aceptados por la comunidad médica	
Cargos cobrados por la atención brindada por sus familiares inmediatos o los miembros de su hogar	No cubiertos en ninguna situación
Servicio de atención de enfermería de tiempo completo a domicilio	No cubiertos en ninguna situación
Audífonos y consultas al proveedor para el mantenimiento de audífonos (salvo lo descrito específicamente en los Beneficios cubiertos), moldes auditivos, accesorios para audífonos, cargos de reclamación de garantía y pilas para audífonos (más allá de las 80 pilas gratuitas por audífono no recargable comprado).	No cubiertos en ninguna situación
Los servicios de empleada doméstica incluyen ayuda básica en el hogar, entre ellas las tareas domésticas sencillas o la preparación de comidas ligeras.	No cubiertos en ninguna situación
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies	Zapatos que sean parte de un soporte de pierna y estén incluidos en el costo del soporte. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético
Objetos personales en su habitación del hospital o centro de atención de enfermería especializada, por ejemplo, un teléfono o televisor	No cubiertos en ninguna situación
Habitación privada en un hospital	Solo se cubre cuando es médicamente necesario

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
Reversión de procedimientos de esterilización y/o suministros anticonceptivos no recetados	No cubiertos en ninguna situación
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para baja visión	Un par de anteojos con marcos estándar (o un juego de lentes de contacto) cubiertos después de cada cirugía de cataratas en la que se implante una lente intraocular.
Cuidado de rutina de los pies	Se proporciona cierta cobertura limitada según las pautas de Medicare (p. ej., si usted tiene diabetes)
Servicios considerados no razonables ni necesarios, según las normas de Original Medicare	No cubiertos en ninguna situación

CAPÍTULO 5:

Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura por servicios médicos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos la parte que nos corresponde de los servicios cubiertos

A veces, cuando usted recibe atención médica, es posible que deba pagar el costo total. Otras veces, se podría dar cuenta de que paga más de lo que esperaba según las normas de cobertura de nuestro plan o bien, podría recibir una factura de un proveedor. En estos casos, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (reembolsarle). Es su derecho que nuestro plan le reembolse cada vez que usted haya pagado más de la parte que le corresponde de los costos por servicios médicos cubiertos por nuestro plan. Podría haber plazos que deba cumplir para que le devuelvan el dinero. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

También podría haber veces en las que recibe una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que recibió o por más de lo que le corresponde del costo compartido. Primero, intente resolver el tema de la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla usted. Examinaremos la factura y decidiremos si los servicios se deben cubrir. Si decidimos que se deben cubrir, le pagaremos al proveedor directamente. Si decidimos no pagarla, notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más que el costo compartido permitido por el plan. Si se contrata a este proveedor, usted todavía tiene derecho al tratamiento.

Ejemplos de situaciones en las que puede tener que solicitarle al plan que le haga un reembolso o que pague una factura que ha recibido:

1. **Cuando ha recibido atención médica de un proveedor fuera de la red de nuestro plan**

   Cuando reciba atención de un proveedor que no sea parte de nuestra red, usted es responsable de pagar solo la parte que le corresponde del costo. (La parte que le corresponde del costo puede ser más alta para un proveedor fuera de la red que para un proveedor de la red). Pídale al proveedor que le facture a nuestro plan la parte que nos corresponde del costo.

   - Los proveedores de emergencia están legalmente obligados a brindar atención de emergencia. Usted es responsable de pagar solo la parte que le corresponde del costo de los servicios de emergencia o de urgencia. Si usted paga el monto total en el momento de recibir

la atención, pídanos que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado.

- Es posible que reciba una factura del proveedor solicitándole un pago que usted considera que no debe. Envíenos esta factura junto con la documentación de cualquier pago que ya haya realizado.
  - Si al proveedor se le debe algo, le pagaremos directamente.
  - Si ya ha pagado más de la parte que le corresponde del costo del servicio, determinaremos cuánto debía y le reembolsaremos la parte que nos corresponde del costo.
- Aunque puede recibir atención de un proveedor fuera de la red, ese proveedor debe ser elegible para participar en Medicare. Salvo en situaciones que requieran atención de emergencia, no podemos pagarle a un proveedor que no es elegible para participar en Medicare. Si el proveedor no es elegible para participar en Medicare, usted será responsable por el costo total de los servicios que reciba.

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

Los proveedores de la red siempre deben facturarle directamente a nuestro plan y pedirle solo la parte que le corresponde a usted del costo. Pero a veces cometen errores y le piden que pague más de lo que le corresponde.

- Usted solo tiene que pagar el monto del costo compartido cuando recibe servicios cubiertos. No permitimos a los proveedores agregar cargos adicionales por separado, lo que se denomina *facturación del saldo*. Esta protección (que usted nunca paga más que el monto de su costo compartido) se aplica aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red cuyo monto usted considera que es más de lo que debe pagar, envíenosla. Nos pondremos en contacto con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya le ha pagado una factura a un proveedor de la red, pero cree que pagó demasiado, envíenosla junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado y pídanos reembolsarle la diferencia entre el monto que pagó y el que debe según nuestro plan.

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

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

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo por sus servicios cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos

corresponde de los costos. Deberá enviarnos cierta documentación, como recibos y facturas, para que coordinemos el reembolso.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, la analizaremos y decidiremos si debemos cubrir el servicio o medicamento. Esto se denomina tomar una **decisión de cobertura**. Si decidimos que debemos cubrirlos, le reembolsaremos la parte que nos corresponde del costo por sus servicios o medicamentos. Si rechazamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 7 contiene información sobre cómo presentar una apelación.

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

Puede solicitarnos que le reembolsemos enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíenos su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es una buena idea realizar una copia de la factura y los recibos para sus registros. **Debe enviarnos su reclamación en un plazo de 365 días** a partir de la fecha en que recibió el servicio o artículo.

Para asegurarse de que nos esté proporcionando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, usted puede llenar nuestro formulario de reclamaciones para solicitar su pago.

- No tiene que utilizar el formulario, pero nos será útil para procesar la información de manera más rápida.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (atriohp.com) o llame a Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitarlo.

Envíenos su solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo pagado a esta dirección:

Atención médica:
ATRIO Health Plans
550 Hawthorne Ave SE, Suite 140
Salem, OR 97301

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no

Cuando recibamos su solicitud de pago, le haremos saber si necesitamos que nos proporcione información adicional. De lo contrario, consideraremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que la atención médica está cubierta y que usted ha seguido todas las normas, pagaremos la parte que nos corresponde del costo. Si ya ha pagado por el servicio, le enviaremos por correo su reembolso de la parte que nos corresponde del costo. Si aún no ha pagado por el servicio, le enviaremos por correo el pago directamente al proveedor.

- Si tomamos la decisión de *no* cubrir la atención médica o si usted *no* cumplió con todas las normas, no pagaremos la parte que nos corresponde del costo. Le enviaremos una carta en la que se le explican las razones por las que no le estamos enviando el pago y su derecho a apelar esa decisión.

Sección 3.1 Si le comunicamos que no pagaremos, en su totalidad o en parte, la atención médica, puede presentar una apelación

Si usted piensa que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago o no está de acuerdo con el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si usted presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos al rechazar su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener 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 proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted y consistente con sus sensibilidades culturales como en tamaño de letra grande

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

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder a las preguntas de los miembros que no hablan inglés. Este documento está disponible de forma gratuita en español. También podemos proporcionarle información en tamaño de letra grande sin costo alguno si lo necesita. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información de nuestra parte de una manera que sea conveniente para usted, llame a Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

Si los proveedores de la red de nuestro plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad de nuestro plan ubicar proveedores especializados fuera de la red que le brindarán la atención necesaria. En este caso, solo pagará el costo compartido dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red de nuestro plan que cubran un servicio que necesita, llame a nuestro plan para obtener información sobre dónde acudir para obtener este servicio con costos compartidos dentro de la red.

Si tiene alguna dificultad para obtener información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, consultar a un especialista en la salud de la mujer o encontrar un especialista de la red, llámenos para presentar un reclamo ante Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o envíenos un correo electrónico a appealsgrievances@atriohp.com. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al

1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Sección 1.2 Debemos brindarle información de una manera que funcione para usted y de acuerdo con sus sensibilidades culturales (en idiomas distintos del inglés, en braille, en letra grande u otros formatos alternativos, etc.)

Su plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los afiliados, incluidos aquellos con dominio limitado del inglés, habilidades de lectura limitadas, discapacidad auditiva o aquellos con diversidad cultural y orígenes étnicos. Ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la prestación de servicios de traducción, servicios de intérprete, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teléfono con teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios de intérprete gratuitos disponibles para responder preguntas de miembros que no hablan inglés. Este documento está disponible de forma gratuita en español. También podemos brindarle información en braille, en letra grande u otros formatos alternativos sin costo si lo necesita. Estamos obligados a brindarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para obtener información nuestra de una manera que funcione para usted, llame a Servicios para los miembros.

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

Si los proveedores de la red del plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad del plan localizar proveedores especializados fuera de la red que le brinden la atención necesaria. En este caso, solo pagará el costo compartido 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 dónde acudir para obtener este servicio con costos compartidos dentro de la red.

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, llame para presentar una queja ante Servicios para los miembros de ATRIO al 1-877-672-8620 (TTY 711). También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente a la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Sección 1.3 Debemos asegurarnos de que usted tenga acceso oportuno a los servicios cubiertos

Usted tiene derecho a elegir un proveedor para su atención.

Tiene el derecho a programar citas y recibir los servicios cubiertos de sus proveedores *dentro de un plazo razonable.* Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de los especialistas cuando necesite dicha atención médica.

Si usted considera que no está recibiendo su atención médica dentro de un período razonable, el Capítulo 7 le explica lo que puede hacer.

Sección 1.4 Debemos proteger la privacidad de su información de salud personal

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

- Su información de salud personal incluye la información personal que nos suministró cuando se inscribió en este plan, así como sus registros médicos y otra información médica y de salud.
- Tiene derechos relacionados con su información y el control de cómo se utiliza su información de salud. Le enviamos un aviso por escrito, que se denomina *Notice of Privacy Practice* (Aviso sobre prácticas de privacidad), en el que se le informa sobre estos derechos y se le explica cómo protegemos la privacidad de la información de salud. Puede encontrar una copia de nuestro Aviso sobre prácticas de privacidad en nuestro sitio web en atriohp.com.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- Excepto en las situaciones mencionadas a continuación, si tenemos la intención de suministrarle su información de salud a otra persona que no le brinda atención ni paga por ella, *tenemos la obligación de pedirle a usted, o a alguien que tenga el poder legal de tomar decisiones por usted, su autorización por escrito antes de hacerlo.*
- Hay ciertas excepciones que no nos obligan a obtener antes su permiso por escrito. Estas excepciones están permitidas o son exigidas por la ley.
  - Se nos exige dar a conocer información de salud a las agencias del gobierno que controlan la calidad de la atención.
  - Dado que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, se nos exige proporcionarle a Medicare su información de salud. Si Medicare da a conocer su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con las leyes y reglamentaciones federales; en general, se exige que no se comparta la información que lo identifica específicamente.

Usted puede ver la información en sus registros y saber cómo ha sido compartida con otros

Usted tiene derecho a ver sus registros médicos conservados por nuestro plan y a obtener una copia de sus registros. Estamos autorizados a cobrarle un cargo por hacer las copias. También tiene derecho a pedirnos que agreguemos información o corrijamos sus registros médicos. Si usted nos pide hacer esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si los cambios deben realizarse.

Usted tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información de salud con otros para fines que no son de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información de salud personal, llame a Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Puede encontrar una copia de nuestro Aviso sobre prácticas de privacidad en nuestro sitio web en atriohp.com.

Sección 1.5 Debemos proporcionarle información acerca de nuestro plan, nuestra red de proveedores y sus servicios cubiertos

Como miembro de ATRIO Freedom (PPO), usted tiene derecho a que le brindemos varios tipos de información.

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan.
- **Información acerca de nuestros proveedores de la red.** Tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores de nuestra red y cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información acerca de su cobertura y las normas que debe seguir al utilizar su cobertura.** Los Capítulos 3 y 4 brindan información sobre los servicios médicos.
- **Información sobre los motivos por los que algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.** El Capítulo 7 proporciona información sobre el pedido de una explicación por escrito de por qué un servicio médico no tiene cobertura o si su cobertura tiene algún tipo de restricción. El Capítulo 7 también proporciona información sobre cómo pedirnos que cambiemos una decisión, también denominada apelación.

Sección 1.6 Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a participar en la toma de decisiones sobre su atención

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

Usted también tiene derecho a participar plenamente en la toma de decisiones sobre su atención médica. Para ayudarlo a tomar decisiones con sus médicos acerca de qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos son los siguientes:

- **Conocer todas sus opciones.** Usted tiene el derecho a que se le informe acerca de todas las opciones de tratamiento recomendadas para su afección, sin importar su costo o si están cubiertas por nuestro plan.
- **Saber acerca de los riesgos.** Usted tiene el derecho a que se le informe sobre los riesgos involucrados en su atención médica. Se le debe informar por adelantado si alguna atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir "no".** Tiene derecho a negarse a recibir cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja quedarse. Si rechaza el tratamiento, usted acepta la responsabilidad plena de lo que le ocurra a su cuerpo como consecuencia de ello.

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacerse si no puede tomar decisiones médicas por usted mismo

A veces, las personas no pueden tomar decisiones sobre su atención médica por sí solas a causa de algún accidente o enfermedad grave. Usted tiene derecho a decir lo que desea que suceda si está en esta situación. Esto significa que, *si así lo desea*, usted 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 tenga la capacidad de tomar decisiones por sí mismo.
- **Darles instrucciones por escrito a sus médicos** acerca de cómo desea que manejen su atención médica en caso de que no tenga la capacidad para tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede utilizar para dar sus instrucciones por adelantado en estas situaciones se denominan **instrucciones anticipadas.** Los documentos como un **testamento vital** y **un poder de representación para la atención médica** son ejemplos de instrucciones anticipadas.

Cómo establecer las instrucciones anticipadas para dar instrucciones:

- **Obtenga un formulario.** Puede recibir un formulario de instrucciones anticipadas de su abogado, un trabajador social o en algunas tiendas de artículos para oficina. A veces se pueden obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare.
- **Completar el formulario y firmarlo.** Independientemente de dónde obtenga este formulario, es un documento legal. Considere solicitarle a un abogado que lo ayude a prepararlo.
- **Proporcione copias del formulario a las personas adecuadas**. Entregue una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario como quien puede tomar las decisiones por usted si usted no puede hacerlo. Es recomendable que dé copias a algunos amigos cercanos o miembros de la familia. Guarde una copia en casa.

Si sabe con anticipación que deberá hospitalizarse y ha firmado instrucciones anticipadas, **lleve una copia cuando vaya al hospital.**

- El hospital le preguntará si firmó un formulario de instrucciones anticipadas y si lo lleva con usted.
- Si no firmó un formulario de instrucciones anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Llenar las instrucciones anticipadas es decisión de usted (incluso si desea firmarlas si está en el hospital). Según la ley, nadie puede negarse a brindarle atención ni puede discriminarlo si firmó o no instrucciones anticipadas.

Si no se siguen sus instrucciones

Si firma instrucciones anticipadas y cree que un médico o el hospital no respetaron las instrucciones que allí se mencionan, puede presentar una queja ante Oregon Health Authority llamando al 1-503-947-2340.

Sección 1.7 Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos las decisiones que tomamos

Si tiene algún problema, inquietud o queja y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, el Capítulo 7 de este documento le indica lo que puede hacer. Independientemente de lo que haga, ya sea solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o una queja, **estamos obligados a tratarlo con imparcialidad.**

Sección 1.8 Si considera que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados

Si considera que ha sido tratado injustamente o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, 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 711), o llame a su Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

Si considera que se le ha tratado injustamente o que sus derechos no han sido respetados, *y no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para tratar el problema que está enfrentando en cualquiera de estos lugares:

- **Llame a Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- **Llame a su SHIP local** al 1-800-722-4134
- **Llame a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048)

Sección 1.9 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Obtenga más información sobre sus derechos en estos sitios:

- **Llame a Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- **Llame a su SHIP local** al 1-800-722-4134
- **Comuníquese con Medicare**
  - Visite Medicare.gov para leer la publicación *Medicare Rights & Protections (Derechos y protecciones de Medicare)* (disponible en: Medicare Rights & Protections)
  - Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan

Lo que tiene que hacer como miembro del plan se enumera a continuación. Si tiene preguntas, llame a Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** Use esta *Evidencia de Cobertura* para obtener información sobre lo que está cubierto y las normas que debe cumplir para obtener los servicios cubiertos.
  - Los Capítulos 3 y 4 dan los detalles sobre sus servicios médicos.
- **Si además de nuestro plan, tiene otra cobertura de salud o una cobertura para medicamentos por separado, debe comunicárnoslo.** El Capítulo 1 le informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Dígale a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.**
  Muestre la tarjeta de miembro de nuestro plan cada vez que obtenga atención médica.
- **Permita que sus médicos y otros proveedores lo ayuden dándoles información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención médica.**
  - Para ayudar a obtener la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores de atención médica acerca de sus problemas de salud. Siga las instrucciones y los planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.
  - Asegúrese de que los médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
  - Si tiene alguna pregunta, no dude en hacerla y obtener una respuesta que comprenda.

- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera que contribuya al buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que debe**. Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
  - Debe seguir pagando sus primas de la Parte B de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
  - Por algunos de sus servicios médicos cubiertos por el plan, usted debe pagar la parte que le corresponde del costo al recibir el servicio.
- **Si se muda *dentro* del área de servicio de nuestro plan, tenemos que saberlo** para poder mantener actualizado su registro de miembro y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Si se muda fuera del área de servicio del plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- **Si se muda, avise al Seguro Social (o a la Junta de jubilación para ferroviarios).**

CAPÍTULO 7:

Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

SECCIÓN 1 Qué hacer si tiene un problema o una inquietud

Este capítulo explica 2 tipos de procesos para el manejo de 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 denominadas reclamos).

Ambos procesos cuentan con la aprobación de Medicare. Cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

La información en este capítulo le ayudará a identificar el proceso correcto a seguir y qué debe hacer.

Sección 1.1 Términos legales

Existe terminología legal para algunas de las normas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas. Para facilitar la comprensión, en este capítulo se utilizan palabras más familiares en lugar de algunos términos legales.

Sin embargo, a veces es importante conocer los términos legales correctos. Para ayudarlo a saber qué términos utilizar para obtener la ayuda o la información adecuadas, incluimos estos términos legales cuando proporcionamos detalles para manejar situaciones específicas.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos a su disposición para ayudarlo. Incluso si tiene una queja sobre el trato que le damos, estamos obligados a respetar su derecho a presentar una queja. Siempre debe llamar a Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda. Pero en algunas situaciones, es posible que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. Dos organizaciones que pueden ayudarlo son:

Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)

Cada estado tiene un programa gubernamental con asesores capacitados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a comprender el proceso que debe utilizar para tratar el problema que tenga. Además, ellos también pueden responder sus preguntas, darle más información y orientarlo sobre lo que debe hacer.

Los servicios ofrecidos por los asesores del SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono y URL del sitio web en el Capítulo 2, Sección 3 de este documento.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda:

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

SECCIÓN 3 Qué proceso utilizar para su problema

¿Su problema o inquietud tiene que ver con sus beneficios o cobertura?

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

Sí.

Consulte la **Sección 4, Una guía para las decisiones de cobertura y las apelaciones**.

No.

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

Decisiones de cobertura y apelaciones

SECCIÓN 4 Una guía para las decisiones de cobertura y las apelaciones

Las decisiones de cobertura y las apelaciones tratan los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar las cosas, en general, nos referimos a artículos y servicios médicos, y medicamentos de

la Parte B de Medicare como **atención médica**. Usted utiliza el proceso de decisión de cobertura y apelaciones para asuntos como determinar si algo está cubierto o no y la forma en que está cubierto.

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir los servicios

Si usted quiere saber si cubriremos una atención médica antes de recibirla, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o con relación al monto que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si nuestro médico de la red del plan lo remite a un especialista médico que no está dentro de la red, esta remisión se considera una decisión de cobertura favorable, a menos que usted o su médico de la red puedan demostrar que usted recibió un aviso de denegación estándar para este especialista médico o bien, la *Evidencia de Cobertura* deje en claro que el servicio remitido nunca está cubierto en ninguna circunstancia. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y pedirnos una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico particular o se rehúsa a brindarle la atención médica que usted cree que necesita.

En circunstancias limitadas, una solicitud de una decisión de cobertura será desestimada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se desestimará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si usted solicita que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de una decisión de cobertura, enviaremos un aviso en el que se explicará por qué desestimamos la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos lo que está cubierto para usted y cuánto tenemos que pagar. En algunos casos, podríamos decidir que la atención médica no está cubierta o que ya no está cubierta para usted. Si está en desacuerdo 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 usted reciba un beneficio, y no está satisfecho, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. En ciertas circunstancias, puede solicitar una **apelación rápida** o acelerada de una decisión de cobertura. Su apelación es analizada por revisores distintos a los que tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de Nivel 1. En este tipo de apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para comprobar si seguimos todas las normas correctamente. Cuando completamos la revisión, le comunicamos nuestra decisión.

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

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

- No necesita hacer nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las normas de Medicare requieren que enviemos automáticamente su apelación para atención médica al Nivel 2 si no estamos totalmente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.
- Consulte la **Sección 5.4** de este capítulo para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2 sobre atención médica.

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, usted podría avanzar a niveles adicionales de apelación (este capítulo explica los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5).

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

Estos son los recursos si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Llame a Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- **Obtenga ayuda gratuita** de su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP).
- Su **médico puede realizar la solicitud por usted.** Si su médico ayuda con una apelación más allá del Nivel 2, debe ser nombrado como su representante. Llame a Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite el formulario de *Nombramiento de representante (Appointment of Representative)*. (El formulario también está disponible en CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en atriohp.com).
    - En el caso de la atención médica o de los medicamentos de la Parte B, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o apelación de Nivel 1 en nombre de usted. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, esta se enviará automáticamente al Nivel 2.
- **Puede solicitar que alguien actúe en su nombre.** Puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su *representante* para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
    - Si quiere que un amigo, pariente u otra persona sea su representante, llame a Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pida el formulario de *Nombramiento de representante*. (El formulario también está disponible en CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en atriohp.com). Este formulario autoriza a esa persona a actuar en su nombre. El formulario

debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Usted debe darnos una copia del formulario firmado.

- Podemos aceptar una solicitud de apelación de un representante sin el formulario, pero no podemos comenzar ni terminar nuestra revisión si no lo recibimos. Si no recibimos el formulario antes de nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación, su solicitud de apelación será desestimada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicará su derecho de pedirle a una 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 u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de remisión. También existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para que pida algún tipo de decisión de cobertura o la apelación de una decisión.

Sección 4.2 Reglas y plazos para diferentes situaciones

Existen 3 situaciones diferentes que suponen decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene diferentes normas y plazos, damos los detalles de cada una en este capítulo:

- **Sección 5:** Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 6:** Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que está siendo dado de alta demasiado pronto
- **Sección 7:** Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si considera que su cobertura está terminando demasiado pronto (*Aplica únicamente a los siguientes servicios*: atención médica a domicilio, atención en centros de atención de enfermería especializada y servicios en Centros de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF))

Si no está seguro de qué información le corresponde, llame a Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede obtener ayuda o información de su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP).

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

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

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

Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las 5 situaciones siguientes:

1. No está recibiendo la atención médica que desea y considera que nuestro plan cubre dicha atención. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
2. Nuestro plan no autorizará la atención médica que desea brindarle su médico u otro proveedor médico, y usted considera que nuestro plan cubre esa atención. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
3. Usted recibió atención médica que cree que nuestro plan debería cubrir, pero le comunicamos que no pagaremos dicha atención. **Presentar una apelación. Sección 5.3.**
4. Recibió y pagó atención médica y considera que nuestro plan debería cubrirla, por lo que quiere solicitar que nuestro plan le reembolse el costo de esta atención. **Enviarnos la factura. Sección 5.5.**
5. Se le comunica que la cobertura que tenía para determinada atención médica que ha estado recibiendo y que habíamos aprobado anteriormente, se reducirá o interrumpirá, y usted considera que esto podría perjudicar su salud. **Presentar una apelación. Sección 5.3.**

   Nota: Si la cobertura que se va a interrumpir es para atención hospitalaria, servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF), consulte las Secciones 6 y 7 de este Capítulo. Se aplican normas especiales a estos tipos de atención.

Sección 5.2 Cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales:

Cuando una decisión de cobertura incluye su atención médica, se la denomina **determinación de la organización.**

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

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

Una decisión de cobertura estándar generalmente se toma 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 en el caso de todos los demás artículos y servicios médicos, o bien de 72 horas en el caso de los medicamentos de la Parte B. Una decisión de cobertura rápida generalmente se toma en un plazo de 72 horas en el caso de los servicios médicos o de 24 horas en el caso de los medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir 2 requisitos:

- Usted *solo puede solicitar* cobertura para artículos y/o servicios médicos (no solicitudes de pago de artículos y/o servicios que ya recibió).
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si el hecho de recurrir a los plazos estándar podría afectarlo de forma grave o perjudicar la recuperación de su capacidad física.

Si su médico nos dice que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente aceptaremos proporcionarle una decisión de cobertura rápida.

Si nos pide usted mismo la decisión de cobertura rápida, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida. Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:

- Explique que usaremos los plazos estándar.
- Explique que, si su médico pide la decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.
- Explique que usted puede presentar una *queja rápida* sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó.

Paso 2: Pídale a nuestro plan que tome una decisión de cobertura o una decisión de cobertura rápida

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. Usted, su médico o su representante puede hacer esto. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

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

Para las decisiones de cobertura estándar usamos los plazos estándar.

Esto significa que le daremos una respuesta en un plazo de 7 días calendario después de recibida su solicitud de un artículo o servicio médico que esté sujeto a nuestras normas de autorización

previa. Si el artículo o servicio médico que usted solicitó no está sujeto a nuestras normas de autorización previa, le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de que recibamos 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 recibida su solicitud.

- **No obstante,** si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento de la Parte B.
- Si usted considera que *no deberíamos* tomar días adicionales, puede presentar una *queja rápida*. Le otorgaremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 9 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).

En el caso de las decisiones de cobertura rápida usamos un marco de tiempo acelerado.

Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos en un plazo de 72 horas si está solicitando un artículo o servicio médico. Si está solicitando un medicamento de la Parte B, responderemos en un plazo de 24 horas.

- **No obstante,** si usted solicita más tiempo o si nosotros necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podríamos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales**. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento de la Parte B.
- Si usted considera que *no deberíamos* tomar días adicionales, puede presentar una *queja rápida*. (Consulte la Sección 9 para obtener información sobre las quejas). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué rechazamos su solicitud.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura para atención médica, puede presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa hacer otro intento para obtener la cobertura de atención médica que quiere. Si presenta una apelación, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 5.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales:

Una apelación a nuestro plan acerca de una decisión de cobertura sobre 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 apelación rápida.

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

- Si está apelando una decisión que tomamos acerca de la cobertura de atención médica, usted y/o su médico tendrán que decidir si usted necesita una apelación rápida. Si su médico nos dice que su salud requiere una apelación rápida, le daremos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una *apelación rápida* son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida que aparecen en la Sección 5.2 de este capítulo.

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

- **Si solicita una apelación estándar, envíe su apelación estándar por escrito.** También puede solicitar una apelación llamándonos. El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debe realizar su solicitud de apelación en un plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y usted tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, explique la razón por la cual se demoró su apelación cuando la presente. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada pueden incluir una enfermedad muy grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información sobre su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar más información para sustentar su apelación.**

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

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, hacemos una revisión cuidadosa de toda la información. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.

- Recopilaremos más información si es necesario, y podríamos comunicarnos con usted o su médico.

Plazos para una apelación rápida

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas después de que recibamos su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud nos lo exige.
  - Si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional si está solicitando un medicamento de la Parte B.
  - Si no le damos una respuesta en 72 horas (o al final de la extensión del plazo, en caso de que tomemos días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en la que será revisada por una organización de revisión independiente. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación. La Sección 5.4 explica el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos nuestra decisión por escrito y automáticamente enviaremos su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación estándar

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de que recibimos su apelación. Si está solicitando un medicamento de la Parte B que todavía no ha recibido, le daremos una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de que recibamos su apelación. Le informaremos nuestra decisión antes si su estado de salud así lo exige.
  - No obstante, si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento de la Parte B.
  - Si usted considera que no deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una queja rápida. Cuando presenta una queja rápida, le damos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Consulte la Sección 9 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).

  - Si no le damos una respuesta para el plazo indicado (o al final de la extensión de tiempo), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2, en la que será revisada por una organización de revisión independiente. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación. La Sección 5.4 explica el Nivel 2 del proceso de apelaciones.

- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o brindar la cobertura en un plazo de 30 días calendario si está solicitando un artículo o servicio médico, o **en un plazo de 7 días calendario** si está solicitando un medicamento de la Parte B.
- **Si nuestro plan rechaza una parte o la totalidad de su apelación,** automáticamente enviaremos su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Sección 5.4 El Nivel 2 del proceso de apelaciones

Término legal:

El nombre formal para la organización de revisión independiente es **Entidad de revisión independiente.** A veces se la denomina **IRE** (del inglés “Independent Review Entity”).

La **organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare**. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o debe ser cambiada. Medicare supervisa su trabajo.

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

- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se le denomina su **archivo de caso**. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su archivo de caso**.
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

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

- En el caso de 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 que reciba su apelación.

- Si está solicitando un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. Si se tomaron días adicionales, se lo notificarán por escrito. La organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.

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

- En el caso de la apelación estándar, si está solicitando 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** a partir de que reciba su apelación. Si está solicitando un medicamento de la Parte B, la organización de revisión independiente debe comunicarle la respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** a partir de que reciba su apelación.
- Si está solicitando un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. Si se tomaron días adicionales, se lo notificarán por escrito. La organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.

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

La organización de revisión independiente le comunicará su decisión por escrito y explicará los motivos que la fundamentan.

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de una solicitud de artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de la atención médica en un plazo de 72 horas o bien, proporcionar el servicio en un plazo de 14 días calendario después de que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándar**. Para **solicitudes aceleradas**, tenemos **72 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de una solicitud de medicamentos de la Parte B**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento con receta de la Parte B en un plazo de **72 horas** después de que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándar**. Para **solicitudes aceleradas** tenemos **24 horas** a partir de la fecha en la que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si esta organización rechaza una parte o la totalidad de su apelación**, significa que está de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de su solicitud) para la cobertura de atención médica no se debe autorizar. (Esto se denomina **confirmar la decisión** o **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta en la que:

- Explica la decisión.
- Le informa sobre su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica alcanza cierto mínimo. El aviso por escrito que recibe de la organización de revisión independiente le indicará el monto en dólares que debe alcanzar para continuar con el proceso de apelaciones.
- Le explica cómo presentar una apelación de Nivel 3.

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

- Hay otros 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de 5 niveles de apelación). Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo (Administrative Law Judge, ALJ) o un mediador. La Sección 8 explica los procesos de apelaciones de los Niveles 3, 4 y 5.

Sección 5.5 Si nos está pidiendo que le reembolsemos la parte que nos corresponde de una factura que recibió por concepto de atención médica

En el Capítulo 5 se describe cuándo es posible que deba solicitar un reembolso o el pago de una factura que recibió de un proveedor. También le dice cómo enviarnos la documentación que nos solicita el pago.

La solicitud de reembolso implica una decisión de cobertura de parte nuestra

Si nos envía la documentación correspondiente para solicitar un reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión de cobertura, comprobaremos si la atención médica que pagó está cubierta. También comprobaremos si siguió las normas para el uso de su cobertura de atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud:** Si la atención médica tiene cobertura y usted siguió las normas, le enviaremos el pago de la parte que nos corresponde del costo normalmente dentro de los 30 días calendario, pero a más tardar 60 días calendario después de recibir su solicitud. Si aún no ha pagado por la atención médica, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si rechazamos su solicitud:** Si la atención médica no está cubierta, o usted no siguió todas las normas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que se le informa que no pagaremos la atención médica y las razones.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, nos está solicitando que modifiquemos una decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

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

- Debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 60 días calendario después de haber recibido su apelación. Si nos está solicitando que le reembolsemos la atención médica que ya ha recibido y pagado, no se le permite solicitar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago dentro de los 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es afirmativa en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

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

Cuando se lo ingresa en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararlo para el día en que le den el alta. Ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar cuando se vaya.

- El día que deja el hospital es la **fecha del alta**.
- Cuando se haya decidido la fecha del alta, su médico o el personal del hospital se lo comunicarán.
- Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede pedir una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud.

Sección 6.1 Durante su hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare donde se le explicarán sus derechos

Dentro de los 2 días calendario de su ingreso al hospital, recibirá un aviso por escrito denominado *An Important Message from Medicare about Your Rights (Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos)*. Todos los que tienen Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien en el hospital (por ejemplo, un trabajador social o una enfermera), solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (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 atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga.** Dice lo siguiente:
    - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo solicite su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.

- Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización.
- Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
- Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darlo de alta si considera que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto. Esta es una manera legal y formal de pedir un retraso en la fecha de su alta para que su atención hospitalaria esté cubierta más tiempo.

2. **Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.**
   - Se le pedirá que firme el aviso a usted o a alguien que actúe en su nombre.
   - Firmar el aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no le informa sobre su fecha del alta. Firmar el aviso **no significa** que esté de acuerdo con la fecha del alta.
3. **Guarde la copia** del aviso para tener a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o comunicar alguna inquietud sobre la calidad de la atención) en caso de que la necesite.
   - Si firma el aviso más de 2 días calendario antes de su fecha de alta, recibirá otra copia antes de que esté programado que le den el alta.
   - Para consultar una copia de este aviso por adelantado, llame a Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (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 consultar el aviso en línea en CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

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

Para solicitarnos que cubramos servicios hospitalarios para pacientes internados por un período de tiempo más prolongado, use el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). O bien, llame al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) para recibir asistencia personalizada. Puede llamar a Oregon Senior Health

Insurance Benefits Assistance (SHIBA) al 1-800-722-4134. La información de contacto del SHIP está disponible en el Capítulo 2, Sección 3.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Comprueba si su fecha prevista del alta es médicamente apropiada para usted. La **Organización para la mejora de la calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de la atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se brinda a las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas del alta del hospital para las personas que tienen Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad de su estado y pida una revisión *inmediata* de su alta del hospital. Debe actuar rápido.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*An Important Message from Medicare about Your Rights (Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos)*) le explica cómo comunicarse con esta organización o encontrar el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad para su estado en Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Para presentar la apelación, debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO) *antes* de que se vaya del hospital y **no después de la medianoche el día de su alta.**
  - **Si usted cumple con este plazo**, puede permanecer en el hospital *después* de la fecha del alta *sin pagar por ello* mientras espera la decisión de la Organización para la mejora de la calidad.
  - **Si no cumple con este plazo, comuníquese con nosotros.** Si decide quedarse en el hospital después de la fecha de alta planificada, *podría tener que pagar todos los costos* correspondientes a la atención hospitalaria que reciba después de la fecha de alta planificada.
- Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización para la mejora de la calidad se comunicará con nosotros. Al mediodía del día después de que se nos contacte, le daremos un **Aviso detallado del alta**. Este aviso le indica su fecha prevista del alta y le explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.
- Usted puede obtener una muestra del **Aviso detallado del alta** llamando a Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (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). O bien, puede obtener un aviso de muestra en línea en CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

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

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (los *revisores*) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Los revisores también consultarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que les dimos nosotros y el hospital.
- Antes del mediodía del día después de que los revisores nos informen de su apelación, recibirá un aviso por escrito de nosotros que le dará su fecha prevista del alta. Este aviso también explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

Paso 3: En un plazo de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización para la mejora de la calidad le dará la respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la aceptan?

- Si la organización de revisión independiente *acepta*, **debemos seguir brindándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, podría haber limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la rechazan?

- Si la organización de revisión independiente *rechaza* su apelación, significa que la fecha prevista del alta es médicamente apropiada. En caso de que esto suceda, **nuestra cobertura para los servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará** al mediodía del día *posterior* al día en que la Organización para la mejora de la calidad le dé su respuesta a la apelación.
- Si la organización de revisión independiente *rechaza* su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **podría tener que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior a que la Organización para la mejora de la calidad le brinde su respuesta a la apelación.

Paso 4: Si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación, *y* usted permanece en el hospital después de la fecha prevista del alta, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al *Nivel 2* del proceso de apelaciones.

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

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión de su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que usted tenga que pagar el costo total de la hospitalización con posterioridad a la fecha prevista del alta.

Paso 1: Usted se comunica con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura de la atención.

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

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Los revisores decidirán, en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud para una apelación de Nivel 2, sobre su apelación y le informarán su decisión.

Si la organización de revisión independiente la acepta:

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día después de la fecha de rechazo de su primera apelación por parte de la Organización para la mejora de la calidad. **Debemos seguir brindando cobertura para su atención hospitalaria para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesaria.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos, y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión independiente la rechaza:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de Nivel 1.
- En el aviso que recibirá, se le explicará por escrito qué puede hacer si quiere continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la rechazan, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación y presentar una apelación de Nivel 3.

- Hay otros 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de 5 niveles de apelación). Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo

hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.

- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 8 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si considera que su cobertura está terminando demasiado pronto

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

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir alguno de estos 3 tipos de atención, estamos obligados a decírselo por anticipado. Cuando finalice su cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar nuestra parte del costo por su atención*.

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

Sección 7.1 Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura

Término legal:

Aviso de no cobertura de Medicare. Le dice cómo puede solicitar una **apelación rápida.** Solicitar una apelación rápida es una forma legal y formal de solicitar un cambio a nuestra decisión de cobertura sobre cuándo dejar de prestar atención médica.

1. **Recibirá un aviso por escrito** al menos 2 días calendario antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. El aviso dice lo siguiente:
   - La fecha en la que dejamos de cubrir su atención.
   - Cómo solicitar una apelación rápida para solicitarnos que sigamos cubriendo su atención durante un período de tiempo más largo.
2. **Se le pedirá que usted**, **o alguien que actúa en su nombre, firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.** Firmar el aviso *solo* indica que recibió la información sobre cuándo finalizará su cobertura. **Firmarlo <u>no</u> significa que esté de acuerdo** con la decisión del plan de suspender la atención.

Sección 7.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

Si desea pedirnos que cubramos su atención durante un período más largo, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). O bien, llame al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) para recibir asistencia personalizada. Puede llamar a Oregon Senior Health Insurance Benefits Assistance (SHIBA) al 1-800-722-4134. La información de contacto del SHIP está disponible en el Capítulo 2, Sección 3.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente apropiada. La **Organización para la mejora de la calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la calidad de la atención que se brinda a las personas con Medicare. Esto incluye las revisiones de las decisiones del plan sobre cuándo es momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Solicite su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad y pida una *apelación rápida*. Debe actuar rápido.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- En el aviso por escrito que recibió (*Aviso de no cobertura de Medicare (Notice of Medicare Non-Coverage, NOMNC)*), se le explica cómo puede comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad para iniciar su apelación **a más tardar al mediodía del día antes de la fecha de entrada en vigencia** que aparece en el *Aviso de no cobertura de Medicare*.
- Si se vence el plazo y desea apelar, aún tiene derechos de apelación. Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad a través de la información de contacto que figura en el *Aviso de no cobertura de Medicare*. El nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado también aparece en el Capítulo 2.

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

Término legal:

Explicación detallada de no cobertura. Aviso que proporciona detalles sobre las razones para terminar la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (los *revisores*) le preguntarán a usted, o a su representante, por qué cree que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- La organización de revisión independiente también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que les ha dado nuestro plan.
- Al final del día, los revisores nos comunican sobre su apelación y usted recibirá de nuestra parte la *Explicación detallada de no cobertura,* donde se explican detalladamente las razones por las cuales finalizamos la cobertura de sus servicios.

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

¿Qué sucede si los revisores aceptan?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, entonces **debemos seguir brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Podría haber limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores rechazan?

- Si los revisores la *rechazan*, entonces **su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos.**
- Si decide continuar recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) *después* de la fecha en la que termina su cobertura, **usted deberá pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: Si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si los revisores *rechazan* su apelación de Nivel 1 y usted decide seguir recibiendo la atención después de que haya finalizado la cobertura de la atención, puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 7.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión de su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, usted podría tener que pagar el costo total de los servicios de atención médica a domicilio, de los servicios en un centro de atención de enfermería especializada o de los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) *después* de la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.

Paso 1: Usted se pone en contacto con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si siguió recibiendo la atención después de la fecha en la que finalizó su cobertura de la atención.

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

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Los revisores decidirán, en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud de apelación, sobre su apelación y le informarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente acepta?

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención que recibió desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. **Debemos seguir brindando cobertura** para su atención durante el tiempo que sea médicamente necesaria.
- Usted debe seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

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

- Significa que están de acuerdo con la decisión tomada respecto de su apelación de Nivel 1.
- En el aviso que recibirá, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le darán los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que es manejado por un juez administrativo (Administrative Law Judge, ALJ) o un mediador.

Paso 4: Si la rechaza, tiene que decidir si quiere continuar con la apelación.

- Hay 3 niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de 5 niveles de apelación. Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo

hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.

- El Nivel 3 es manejado por un juez administrativo (Administrative Law Judge, ALJ) o un mediador. La Sección 8 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo llevar su apelación a los Niveles 3, 4 y 5

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

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

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico sobre el que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. La respuesta escrita que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los 3 últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera que los primeros 2 niveles. A la revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3

Un **juez administrativo (Administrative Law Judge, ALJ)** o un mediador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez administrativo o mediador acepta su apelación, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.** A diferencia de la apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted. Si decidimos apelar, irá a una apelación de Nivel 4.
  - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o proporcionarle atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del juez administrativo o mediador.
  - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con todos los documentos relacionados. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar la atención médica en cuestión.
- **Si el juez administrativo o mediador rechaza su apelación, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.

- Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

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

- **Si su apelación se acepta o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable a una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.** A diferencia de la decisión tomada en el Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 favorable para usted. Nosotros decidiremos si será necesario apelar esta decisión en el Nivel 5.
  - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle la atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del Consejo.
  - Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
  - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo debería continuar con ese proceso.

Apelación de Nivel 5

Un juez del **Tribunal Federal de Primera Instancia** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *aceptar* o *rechazar* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación tras el Tribunal Federal de Primera Instancia.

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 tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas?

El proceso de quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Este incluye los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. Aquí encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de

quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• ¿Está insatisfecho con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otro comportamiento negativo	• ¿Alguien ha sido descortés o le ha faltado el respeto? • ¿Está insatisfecho con nuestros Servicios para los miembros? • ¿Le parece que lo están alentando a dejar nuestro plan?
Tiempos de espera	• ¿Está teniendo problemas para conseguir una cita o tiene que esperar demasiado para conseguirla? • ¿Ha tenido que esperar demasiado a médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O ha tenido que esperar demasiado por Servicios para los miembros u otro personal de nuestro plan? ○ Entre los ejemplos se incluye esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera o de consulta, o cuando le van a dar una receta.
Limpieza	• ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o un consultorio de un médico?
Información que obtiene de nosotros	• ¿No le dimos un aviso requerido? • ¿Es nuestra información escrita difícil de entender?
Puntualidad (Estos tipos de quejas se relacionan con lo *oportuno* de nuestras medidas relacionadas con las apelaciones y decisiones de cobertura)	Si ha pedido una decisión de cobertura o presentado una apelación y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, puede presentar una queja por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos: • Ha pedido que tomemos *una decisión de cobertura rápida* o que respondamos una *apelación rápida*, y lo hemos rechazado; puede presentar una queja.

Queja	Ejemplo
	• Usted cree que no cumplimos con los plazos para decisiones de cobertura o apelaciones; puede presentar una queja. • Usted cree que no cumplimos con los plazos de cobertura o reembolso de ciertos productos, servicios o medicamentos que fueron aprobados; puede presentar una queja. • Cree que no cumplimos con los plazos requeridos para enviar su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.

Sección 9.2 Cómo presentar una queja

Términos legales:

Una **queja** también se denomina **reclamo.**

Presentar una queja se denomina **interponer un reclamo.**

Usar el proceso para quejas se denomina **usar el proceso para interponer un reclamo.**

Una **queja rápida** se denomina **reclamo acelerado.**

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

- **Llamar a Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 los usuarios de TTY deben llamar al 711 suele ser el primer paso.** Si debe hacer algo más, Servicios para los miembros se lo indicará.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presentó su queja por escrito, le responderemos por escrito.
- Para presentar una queja por escrito, puede enviarla por correo a:

  ATRIO Health Plans

  Attn: Appeals and Grievances

  550 Hawthorne Ave SE, Suite 140

  Salem, OR 97301

- Se acusará recibo del reclamo dentro de los 5 días posteriores a su recepción. Se le dará la oportunidad de presentar cualquier otra información relacionada con el problema, ya sea en persona o por escrito.
- Todos los reclamos se revisarán de acuerdo con los hechos presentados y se manejarán caso por caso.
- Puede solicitar un reclamo acelerado si rechazamos su solicitud de apelación acelerada o autorización previa o invocamos una extensión a un plazo de apelación o autorización previa. Responderemos dentro de las 24 horas a su solicitud de reclamo acelerado.
- Debemos atender su reclamo tan rápido como su caso lo requiera según su estado de salud, pero a más tardar 30 días después de recibir su queja.
- Podemos extender el plazo por hasta 14 días si solicita una extensión o si justificamos la necesidad de información adicional y la demora es para su conveniencia.
- El **plazo** para presentar una queja es de 60 días calendario desde el momento en que tuvo el problema por el que desea presentar la queja.

Paso 2: Analizaremos su queja y le daremos una respuesta.

- **De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato.** Si nos llama por una queja, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responden en un plazo de 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia, o si usted pide más tiempo, **podemos demorar hasta 14 días calendario más** (44 días calendario en total) en responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud de una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida, automáticamente le concederemos una queja rápida.** Si se le ha concedido una queja rápida, quiere decir que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas**.
- **Si no estamos de acuerdo** con una parte o la totalidad de la queja, o si no nos hacemos responsables del problema por el que se está quejando, incluiremos las razones en nuestra respuesta.

Sección 9.3 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización para la mejora de la calidad

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

- **Puede presentar su queja directamente ante la Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO).** La Organización para la mejora de la calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal

les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

O bien

- **Puede presentar su queja ante la Organización para la mejora de la calidad y ante nosotros al mismo tiempo**.

Sección 9.4 También puede informarle a Medicare acerca de su queja

Puede presentar una queja sobre ATRIO Freedom (PPO) directamente a Medicare. Para presentar una queja ante Medicare visite Medicare.gov/my/medicare-complaint. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 8:

Cancelación de su membresía en nuestro plan

SECCIÓN 1 Cancelación de su membresía en nuestro plan

Cancelar su membresía en ATRIO Freedom (PPO) puede hacerse de forma **voluntaria** (cuando es su elección) o **involuntaria** (cuando no es su elección):

- Es posible que deje nuestro plan porque ha decidido que *quiere* dejarlo. Las Secciones 2 y 3 brindan información sobre cómo cancelar su membresía voluntariamente.
- También hay situaciones limitadas donde nos vemos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 describe situaciones en las que debemos cancelar su membresía.

Si está dejando nuestro plan, nuestro plan debe continuar proporcionando su atención médica, y usted seguirá pagando la parte que le corresponde de los costos compartidos hasta que finalice su membresía.

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

Sección 2.1 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta

Usted puede cancelar su membresía en nuestro plan durante el **Período de inscripción abierta** cada año. Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y cobertura para medicamentos y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- **El Período de inscripción abierta** es del **15 de octubre al 7 de diciembre.**
- **Elija mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año.** Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de cobertura:
  - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura para medicamentos,
  - Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos de Medicare,
  - Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos de Medicare.
- **Su membresía se cancelará en nuestro plan** cuando empiece la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

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

Puede hacer *un* cambio en su cobertura médica durante el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage** cada año.

- **El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA)** es del 1 de enero al 31 de marzo y también para nuevos afiliados de Medicare que están inscritos en un plan de MA, a partir del mes en que comienza a tener derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del tercer mes en que comienza a tener derecho.
- **Durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage,** usted puede realizar lo siguiente:
  - Cambiar a otro plan Medicare Advantage, con o sin cobertura para medicamentos.
  - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiar a Original Medicare en este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos de Medicare al mismo tiempo.
- **Su membresía se cancelará** el primer día del mes después de que se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente o que recibamos su solicitud de cambio a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

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

En determinadas situaciones, los miembros de ATRIO Freedom (PPO) pueden ser elegibles para cancelar su membresía en otro momento del año. Esto se conoce como **Período de inscripción especial**.

Usted puede ser elegible para cancelar su membresía durante el Período de inscripción especial si alguna de las siguientes situaciones aplica a usted. Estos son solo ejemplos. Para obtener la lista completa, puede comunicarse con nuestro plan, llamar a Medicare o visitar Medicare.gov:

- En general, cuando usted se muda
- Si tiene Oregon Health Plan (Medicaid)
- Si rompemos nuestro contrato con usted
- Si está recibiendo atención en una institución, como un centro de cuidados o un hospital de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC)

Los períodos de inscripción varían según cada caso.

Para averiguar si es elegible para 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 elegir cambiar tanto su cobertura de salud como su cobertura para medicamentos de Medicare. Puede elegir entre lo siguiente:

- Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura para medicamentos.
- Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos de Medicare.
- Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos de Medicare.

Generalmente, su membresía se cancelará el primer día del mes después de que recibamos su solicitud para cambiar nuestro plan.

Sección 2.4 Obtenga más información sobre cuándo puede cancelar su membresía

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

- **Llame a Servicios para los miembros al 1-877-672-8620. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- Encuentre la información en el manual ***Medicare & You 2027 (Medicare y Usted 2027)***
- Llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048

SECCIÓN 3 Cómo cancelar su membresía en nuestro plan

La siguiente tabla explica cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan.

Para cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
Otro plan de salud de Medicare	• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. • Su inscripción en ATRIO Freedom (PPO) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura del nuevo plan.
Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos de Medicare	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. • Su inscripción en ATRIO Freedom (PPO) se cancelará automáticamente cuando empiece la cobertura de su nuevo plan.

Para cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos de Medicare	• **Envíenos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción**. Comuníquese con Servicios para los miembros al (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048) si necesita más información sobre cómo hacer esto. • También puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicitar que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Su inscripción en ATRIO Freedom (PPO) se cancelará cuando comience su cobertura en Original Medicare.

Nota: Si tiene otra cobertura acreditable de medicamentos y cancela su inscripción en esa cobertura, es posible que usted tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se une a un plan de medicamentos de Medicare más tarde después de quedarse sin una cobertura acreditable de medicamentos por 63 días consecutivos o más.

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

Hasta que se cancele su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare, debe continuar recibiendo sus artículos médicos, servicios a través de nuestro plan.

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

SECCIÓN 5 ATRIO Freedom (PPO) debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones

ATRIO Freedom (PPO) debe cancelar su membresía en nuestro plan si ocurre cualquiera de los siguientes casos:

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare

- Si se muda fuera del área de servicio
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de 6 meses
  - Si se muda o realiza un viaje largo, llame a Servicios para los miembros para averiguar si el lugar al que se muda o al que viaja está en el área de nuestro plan.
- Si es encarcelado (va a prisión)
- Si ya no es usted ciudadano o nacional de los Estados Unidos, o un no ciudadano elegible
- Si intencionalmente nos da información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan, y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si permanentemente se comporta de una manera que es perturbadora y nos dificulta la tarea de brindarles atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si deja que otra persona use su tarjeta de miembro para obtener atención médica. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
  - Si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el Inspector general investigue su caso.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene preguntas o desea recibir más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, llame a Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

ATRIO Freedom (PPO) no está autorizado a pedirle que se retire de nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si le parece que le están pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con su 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 cancelamos su membresía en nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, tenemos la obligación de darle por escrito nuestros motivos de dicha cancelación. Además, tenemos que explicarle cómo puede presentar un reclamo o una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

CAPÍTULO 9:

Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes

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 normas creadas bajo esta ley por parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). Además, pueden aplicarse otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que reside. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no se incluyen ni se explican en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

No discriminamos por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud de Bajo Costo, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o norma que se aplique por cualquier otra razón.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud en cuanto a discriminación o a un trato que no ha sido imparcial, 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 de su localidad. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en HHS.gov/ocr/index.html.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llame a Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Si tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, Servicios para los miembros puede ayudarlo.

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

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare en los que Medicare no es el pagador principal. Según las regulaciones de los Centros de Servicios de Medicare y

Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) en el Título 42, secciones 422.108 y 423.462 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), ATRIO Freedom (PPO), como una organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que los que la Secretaría ejerce conforme a las regulaciones de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección sustituyen cualquier legislación estatal.

CAPÍTULO 10:

Definiciones

Centro quirúrgico ambulatorio – Un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que funciona exclusivamente con el propósito de brindar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y cuya estadía en el centro se espera que no exceda las 24 horas.

Apelación – Una apelación es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con la decisión de denegarle una solicitud de cobertura para servicios de atención médica o pagos por servicios que ya ha recibido. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo.

Facturación del saldo – Cuando un proveedor (un médico o el hospital) factura al paciente más que el monto de costo compartido permitido del plan. Como miembro de ATRIO Freedom (PPO), solo tiene que pagar los montos del costo compartido del plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le **facturen el saldo** o cobren, de otra manera, más que el monto del costo compartido que nuestro plan indica que debe pagar.

Período de beneficios – La manera en que nuestro plan y Original Medicare mide su uso de los servicios de los hospitales y centros de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF). El período de beneficios comienza el día en que ingresa en un hospital o centro de atención de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no ha recibido atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en un hospital o centro de atención de enfermería especializada después de que haya finalizado un período de beneficios, se inicia un nuevo período de beneficios. Usted debe pagar el deducible del hospital para pacientes internados por cada período de beneficios. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) – Es la agencia federal que administra Medicare.

Plan de necesidades especiales para atención crónica – Los C-SNP son SNP que limitan la inscripción a los MA para las personas elegibles que tienen enfermedades graves y crónicas.

Coseguro – Una cantidad que se le puede solicitar que pague, expresada como porcentaje (por ejemplo, 20%) como su parte del costo de los servicios.

Monto máximo que paga de su bolsillo combinado – Es lo máximo que pagará en un año por todos los servicios tanto de proveedores dentro de la red (preferidos) como de proveedores fuera de la red (no preferidos). Consulte el Capítulo 4, Sección 1, para obtener información sobre el monto máximo que paga de su bolsillo combinado.

Queja – El nombre formal para *presentar una queja* es *interponer un reclamo*. El proceso de quejas se utiliza *solamente* para ciertos tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También incluye quejas si nuestro plan no sigue los períodos de tiempo en el proceso de apelaciones.

Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) – Un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y el lenguaje, y servicios de evaluación del entorno en el hogar.

Copago – Un monto que se le puede requerir que pague, como su parte del costo del servicio o el suministro médico, como una consulta con el médico, una consulta hospitalaria como paciente externo o una receta. Un copago es un monto establecido (por ejemplo, $10), más que un porcentaje.

Costo compartido – El costo compartido se refiere a los montos que un miembro debe pagar al recibir servicios. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes 3 tipos de pagos: 1) cualquier monto deducible que puede imponer un plan antes de cubrir servicios; 2) cualquier monto fijo de copago que un plan exige cuando se recibe un servicio específico; o 3) cualquier monto de coseguro, un porcentaje del monto total pagado por un servicio, que un plan exige cuando se recibe un servicio específico.

Servicios cubiertos – Es el término que usamos para incluir todos los suministros y servicios de atención médica cubiertos por nuestro plan.

Cobertura acreditable para medicamentos con receta – Cobertura para medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura estándar para medicamentos con receta de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura, cuando califican para Medicare, pueden normalmente mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más adelante en un plan de cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

Cuidado asistencial – El cuidado asistencial es la atención personal brindada en un centro de cuidados, hospicio u otro centro cuando usted no necesita atención médica o de enfermería especializada. El cuidado asistencial, brindado por personas que no tienen preparación profesional ni capacitación, incluye ayudar con actividades cotidianas como bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse y levantarse de la cama o de la silla, desplazarse y utilizar el baño. Podría incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas realizan por sí mismas, como usar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado asistencial.

Deducible – Es el monto que debe pagar por la atención médicaantes de que nuestro plan pague.

Cancelar o cancelación de la inscripción – El proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan.

Planes de necesidades especiales de doble elegibilidad (D-SNP) – Los D-SNP inscriben a personas que tienen derecho tanto a Medicare (Título XVIII de la Ley del Seguro Social) como a asistencia médica de un plan estatal a través de Medicaid (Título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

Persona con doble elegibilidad – Una persona que reúne los requisitos para la cobertura de Medicare y Medicaid.

Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) – Ciertos equipos médicos indicados por su médico por razones médicas. Los ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar.

Emergencia – Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y, si está embarazada, la pérdida de un hijo por nacer), la pérdida de una extremidad o la función de una extremidad, o la pérdida o deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.

Atención de emergencia – Servicios cubiertos que son: 1) proporcionados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia; y 2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) y Divulgación de información – En este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, se explica su cobertura, lo que debemos hacer nosotros, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Ayuda adicional – Un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

Reclamo – Tipo de queja que usted presenta sobre nuestro plan o nuestros proveedores como, por ejemplo, una queja relacionada con la calidad de la atención brindada. Esto no implica disputas de cobertura ni de pago.

Auxiliar de atención de la salud a domicilio – Una persona que brinda servicios que no necesitan las habilidades de enfermeros o terapeutas autorizados, como ayudar con la atención personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o realizar ejercicios prescritos).

Hospicio – Un beneficio que proporciona un trato especial a un miembro que ha sido certificado médicamente como enfermo terminal, lo que significa tener una expectativa de vida de 6 meses o menos. Nuestro plan debe proporcionarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si opta por un

hospicio y continúa pagando las primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Todavía podrá obtener todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Hospitalización – Una hospitalización es cuando es ingresado formalmente al hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, podría ser considerado un *paciente externo*.

Período de inscripción inicial – El tiempo en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare, cuando usted es elegible por primera vez para recibir Medicare. Si es elegible para Medicare cuando cumpla 65 años, el Período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y termina 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red – Lo máximo que pagará por los servicios cubiertos recibidos de proveedores dentro de la red (preferidos). Después de que haya alcanzado este límite, no tendrá que pagar nada cuando reciba servicios cubiertos de proveedores de la red por el resto del año del contrato. Sin embargo, hasta que alcance el monto combinado que usted paga de su bolsillo, debe continuar pagando la parte que le corresponde de los costos cuando solicite atención de un proveedor fuera de la red (no preferido).

Medicaid (o Medical Assistance) – Un programa conjunto estatal y federal que ayuda a solventar costos médicos de ciertas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y Medicaid.

Médicamente necesario – Significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.

Medicare – El programa federal de seguros médicos destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (por lo general, las que tienen insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage – El período de tiempo desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo para que los miembros de un plan Medicare Advantage puedan cancelar sus inscripciones en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage, u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiar a Original Medicare en este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento. El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible durante un período de 3 meses después de que una persona es elegible para Medicare por primera vez.

Plan Medicare Advantage (MA) – A veces llamado Parte C de Medicare. Es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser i) una Organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO); ii) una Organización de

proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO); iii) un Plan privado de Pago por servicio (Private Fee-for-Service, PFFS); o iv) un plan de Cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare (Medicare Medical Savings Account, MSA). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D (cobertura para medicamentos con receta) de Medicare. Estos planes se denominan **planes Medicare Advantage con cobertura para medicamentos con receta**.

Servicios cubiertos por Medicare – Servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. El término Servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como servicios de la vista, dentales o auditivos, que puede ofrecer un plan Medicare Advantage.

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 personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes Medicare Cost, los de Necesidades Especiales, los Programas piloto/demostraciones y los Programas de atención integral para las personas de edad avanzada (Programs of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

Cobertura para medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare) – Seguro que lo ayuda a pagar los medicamentos con receta para pacientes externos, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no cubren la Parte A o la Parte B de Medicare.

Póliza Medigap (seguro complementario de Medicare) – Seguro complementario de Medicare vendido por una compañía de seguros privada para cubrir los **períodos sin cobertura** de Original Medicare. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan) – Una persona con Medicare elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS).

Servicios para los miembros – Un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía y sus beneficios, sus reclamos y sus apelaciones.

Red – Son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica o proveedores que han acordado con nosotros brindar los servicios cubiertos a nuestros miembros y aceptar nuestros pagos y cualquier costo compartido del plan como pago total. (Consulte el Capítulo 3, Sección 2).

Proveedor de la red – Proveedor es el término general para referirnos a médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica que tienen licencia o certificación de Medicare y del estado para prestar servicios de atención médica. Los **proveedores de la red** tienen un contrato con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para

coordinar y prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan **proveedores del plan**.

Período de inscripción abierta – El período de tiempo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año en el que los miembros pueden cambiar de planes de medicamentos o de salud, o elegir Original Medicare.

Determinación de la organización – Una decisión que toma nuestro plan acerca de si los servicios o artículos están cubiertos o sobre cuánto le corresponde pagar a usted por servicios o artículos cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan *decisiones de cobertura* en este documento.

Original Medicare (Medicare tradicional o plan Medicare con Pago por servicio) – El plan Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no por planes de salud privados como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. En Original Medicare, los servicios de Medicare se cubren pagándoles a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos de pago establecidos por el Congreso. Usted puede consultar con cualquier médico, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga lo que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga lo que le corresponde a usted. Original Medicare tiene 2 partes: La Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todas partes en los Estados Unidos.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red – Un proveedor o centro que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar ni ofrecer servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados, ni son propiedad ni los opera nuestro plan.

Costos que paga de su bolsillo – Consulte la definición de costo compartido más arriba. El requisito de costo compartido de un miembro para pagar una parte de los servicios recibidos también se conoce como el requisito de costo que un miembro paga de su bolsillo.

Parte C – Consulte Plan Medicare Advantage (MA).

Parte D – Es el Programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare.

Plan de una Organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO) – Un plan de una Organización de proveedores preferidos es un plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros del plan por un monto de pago específico. Un plan de PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, independientemente de si se reciben de parte de proveedores dentro o fuera de la red. El costo compartido del miembro será generalmente superior cuando se obtienen los beneficios del plan de parte de proveedores fuera de la red. Los planes de PPO tienen un límite anual de los costos que paga de su bolsillo para los servicios recibidos de proveedores (preferidos) de la red y un límite más alto en los costos totales combinados

que paga de su bolsillo por servicios de proveedores tanto dentro de la red (preferidos) como fuera de la red (no preferidos).

Prima – El pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de salud para una cobertura de salud o de medicamentos con receta.

Servicios preventivos – Servicios de atención médica que le ayudan a mantenerse saludable, detectar problemas de salud tempranos, determinar cuáles tratamientos son los más eficaces, y prevenir ciertas enfermedades. Los servicios preventivos incluyen exámenes, vacunas, análisis de laboratorio y pruebas de detección. También incluyen programas de supervisión de salud, y asesoramiento y educación para ayudarle a cuidar de su propia salud.

Proveedor de atención primaria (Primary Care Physician/Provider, PCP) – El médico u otro proveedor a quien usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar con su proveedor de atención primaria antes de consultar con cualquier otro proveedor de atención médica.

Autorización previa – Aprobación por adelantado para obtener servicios cubiertos según criterios específicos. En la parte de la red de una PPO, algunos servicios médicos dentro de la red están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red consigue una autorización previa de nuestro plan. En una PPO, no necesita autorización previa para recibir servicios fuera de la red. Sin embargo, tal vez quiera consultar con nuestro plan antes de obtener servicios de proveedores de fuera de la red para confirmar que el servicio esté cubierto por nuestro plan y para conocer la parte del costo compartido que le corresponde a usted. En la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4, se indican los servicios cubiertos que necesitan autorización previa.

Dispositivos ortésicos y protésicos – Dispositivos médicos que incluyen, entre otros, dispositivos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o una función interna del cuerpo, como suministros para ostomía y terapia nutricional enteral y parenteral.

Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO) – Un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare.

Remisión – Una orden escrita de su médico de atención primaria para que usted acuda con un especialista para obtener determinados servicios médicos. Sin una remisión, nuestro plan podría no pagar los servicios proporcionados por un especialista.

Servicios de rehabilitación – Estos servicios incluyen atención de rehabilitación para pacientes internados, fisioterapia (para pacientes externos), terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Área de servicio – Un área geográfica donde usted debe vivir para unirse a un plan de salud en particular. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede utilizar, también se incluye,

generalmente, el área donde puede obtener servicios de rutina (no emergencias). Nuestro plan debe cancelar su inscripción si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan de manera permanente.

Centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) – Servicios de atención de enfermería especializada o rehabilitación especializada brindados todos los días en un centro de atención de enfermería especializada. Ejemplos de la atención incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por un enfermero matriculado o un médico.

Período de inscripción especial – Tiempo determinado para que los miembros puedan cambiar su plan de salud y de medicamentos o volver a Original Medicare. Las situaciones en las que usted puede ser elegible para un Período de inscripción especial son: si se muda fuera del área de servicio, si se muda a un centro de cuidados, o si rompemos nuestro contrato con usted.

Plan de necesidades especiales – Tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona una atención médica más específica para determinados grupos de personas, como quienes poseen Medicare y Medicaid, que viven en centros de cuidados o que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Seguridad de Ingreso Complementario (Supplemental Security Income, SSI) – Es un beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados, y que son discapacitadas, están ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son iguales que los beneficios del Seguro Social.

Servicios de urgencia – Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata, y que no es una emergencia, es un servicio de urgencia si usted está temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, o no es razonable dado el momento, el lugar y las circunstancias, obtener este servicio de parte de proveedores de la red. Ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones imprevistas, o exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. Las consultas de rutina a proveedores que sean médicamente necesarias (como los chequeos anuales) no se consideran de urgencia, incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.

Servicios para los miembros de ATRIO Freedom (PPO)

Método	Servicios para los miembros - Información de contacto
Llame al	1-877-672-8620 Las llamadas a este número son gratuitas. Todos los días de 8 a.m. a 8 p.m., hora local Servicios para los miembros 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) también ofrece un servicio gratuito de interpretación disponible para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Todos los días de 8 a.m. a 8 p.m., hora local
Escriba a	ATRIO Health Plans 550 Hawthorne Ave SE, Suite 140 Salem, OR 97301 customerservice@atriohp.com
Sitio web	atriohp.com

Oregon Senior Health Insurance Benefits Assistance (SHIBA)

Oregon Senior Health Insurance Benefits Assistance (SHIBA) es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el fin de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Método	Información de contacto
Llame al	1-800-722-4134 8 a.m. a 5 p.m. hora local, de lunes a viernes
TTY	711
Escriba a	Senior Health Insurance Benefits Assistance (SHIBA) Department of Consumer and Business Services 350 Winter Street NE, Room 330 Salem, OR 97309-0405
Sitio web	https://shiba.oregon.gov/Pages/index.aspx

Declaración sobre divulgación de la Ley de Reducción de Papel (Paperwork Reduction Act, PRA) *De acuerdo con la Ley de Reducción de Papel (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona debe responder a una recopilación de información a menos que presente un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba*

a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.