Evidencia de cobertura 2024 para Aspirus Health Plan Elite (PPO)

ASPIRUS®
HEALTH PLAN

Aviso de no discriminación

Aspirus Health Plan cumple con las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Aspirus Health Plan no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Brindamos ayudas y servicios sin cargo a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera efectiva con nosotros, como línea de TTY o información escrita en otros formatos, como letra grande.

Si necesita estos servicios, llámenos al **715-631-7411 (voz)** o a la línea gratuita **1-855-931-4850 (voz)**, **715-631-7413 (TTY)** o al **1-855-931-4852 (TTY)**.

Brindamos servicios lingüísticos sin cargo a personas cuyo idioma principal no sea el inglés, como intérpretes calificados o información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con nosotros al número que figura en el reverso de su tarjeta de membresía o al **715-631-7411** o al número gratuito **1-855-931-4850 (voz)**; **715-631-7413** o gratis al **1-855-931-4852 (TTY)**.

Si cree que Aspirus Health Plan no le proporcionó estos servicios o lo discriminó en otro aspecto por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja oral o escrita.

Queja oral

Si es miembro actual de Aspirus Health Plan, llame al número que figura en el reverso de su tarjeta de membresía. En caso contrario, llame al **715-631-7411** o a la línea gratuita **1-855-931-4850 (voz)**; **715-631-7413** o a la línea gratuita al **1-855-931-4852 (TTY)**. También puede usar estos números si necesita ayuda para presentar un reclamo.

Queja por escrito

Dirección postal
Aspirus Health Plan
Attn: Appeals and Grievances
PO Box 51
Minneapolis, MN 55440
Correo electrónico: cagMa@aspirushealthplan.com
Fax: 715-631-7439

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU., electrónicamente a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf o por correo postal o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

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

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 715-631-7411/1-855-931-4850 (TTY: 715-631-7413/1-855-931-4852).

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 715-631-7411/1-855-931-4850 (TTY: 715-631-7413/1-855-931-4852).

XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 715-631-7411/1-855-931-4850 (TTY: 715-631-7413/1-855-931-4852).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 715-631-7411/1-855-931-4850 (TTY: 715-631-7413/1-855-931-4852).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 715-631-7411/1-855-931-4850（TTY：715-631-7413/1-855-931-4852）。

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 715-631-7411/1-855-931-4850 (телетайп: 715-631-7413/1-855-931-4852).

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັງຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທຣ 715-631-7411/1-855-931-4850 (TTY: 612-676-6810/1-800-688-2534).

ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጀተዋል፡ ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 715-631-7411/1-855-931-4850 (መስማት ለተሳናቸው: 612-676-6810/1-800-688-2534).

ဟသျှဉ်ဟသး–နမ့်ကတိၤ ကညီ ကျိာ်အဃိ, နမၤနှ့် ကျိာ်အတၢ်မၤစၢၤလၢ တလာ်ဘျဉ်လာ်စ့ၤ နီတမံၤဘဉ်သ့နှဉ်လီၤ. ကိး 715-631-7411/1-855-931-4850 (TTY: 715-631-7413/1-855-931-4852).

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 715-631-7411/1-855-931-4850 (TTY: 715-631-7413/1-855-931-4852).

បយ័ក្ខ៖ បើសិនជាអ្នកនិយា ភាសារ៉ែខ្មរ, រសេវាជំនួយរ៉ផ្តកភាសា ដោយមិនគិតឈ្ន
គឺអាចមានសំរាប់បំរ៉ី អ្នក។ ចូ រ ទ្ងរសំ្ព 715-631-7411/1-855-931-4850
(TTY: 715-631-7413/1-855-931-4852)។

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم
715-631-7411/1-855-931-4850 (رقم هاتف الصم والبكم: 715-631-7413/1-855-931-4852).

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 715-631-7411/1-855-931-4850 (ATS : 715-631-7413/1-855-931-4852).

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 715-631-7411/1-855-931-4850 (TTY: 715-631-7413/1-855-931-4852) 번으로 전화해 주십시오.

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 715-631-7411/1-855-931-4850 (TTY: 715-631-7413/1-855-931-4852).

Formulario aprobado por
OMB n.º 0938-1421

Multi-Language Insert
Servicios de intérprete en varios idiomas

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at **715-631-7411/1-855-931-4850**. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al **715-631-7411/1-855-931-4850**. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑 问。如果您需要此翻译服务，请致电 **715-631-7411/1-855-931-4850**。我们的中文工作人员很乐意帮助您。 这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯 服務。如需翻譯服務，請致電 **715-631-7411/1-855-931-4850**。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這 是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa **715-631-7411/1-855-931-4850**. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au **715-631-7411/1-855-931-4850**. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quí vị cần thông dịch viên xin gọi **715-631-7411/1-855-931-4850**sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quí vị. Đây là dịch vụ miễn phí .

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter **715-631-7411/1-855-931-4850**. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 **715-631-7411/1-855-931-4850** 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону **715-631-7411/1-855-931-4850**. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على **715-631-7411/1-855-931-4850**. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें **715-631-7411/1-855-931-4850**र फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero **715-631-7411/ 1-855-931-4850**. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número **715-631-7411/1-855-931-4850**. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan **715-631-7411/1-855-931-4850**. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer **715-631-7411/1-855-931-4850**. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがありますございます。通訳をご用命になるには、**715-631-7411/1-855-931-4850** にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2024

Evidencia de cobertura:

Sus beneficios y servicios de salud y cobertura de medicamentos recetados de Medicare como miembro de Aspirus Health Plan Elite (PPO)

Este documento le brinda los detalles sobre su cobertura de atención médica y medicamentos recetados de Medicare del 1 de enero al 31 de diciembre de 2024. **Es un documento legal importante. Por favor, guárdelo en un lugar seguro.**

Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con Servicio de Atención al Cliente al 715-631-7411 o al 1-855-931-4850 (esta llamada es gratuita). Los usuarios de TTY deben llamar al 715-631-7413 o 1-855-931-4852 (esta llamada es gratuita). El horario es de 8 am a 8 pm, los siete días de la semana.

Este plan, Aspirus Health Plan Elite, es ofrecido por Aspirus Health Plan, Inc. Cuando en esta *Evidencia de cobertura* se dice "nosotros", "nos" o "nuestro", se refiere a Aspirus Health Plan, Inc. . Cuando dice "plan" o "nuestro plan" se refiere a Aspirus Health Plan Elite).

Puede obtener esta información de forma gratuita en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Llame al Servicio de Atención al Cliente al número que aparece en la contraportada de este documento.

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

La red de proveedores puede cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario. Notificaremos a los miembros afectados sobre los cambios con al menos 30 días de anticipación.

Este documento explica sus beneficios y derechos. Utilice este documento para entender:

- Su prima y el costo compartido de su plan;
- Sus beneficios médicos;
- Cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento;
- Cómo ponerse en contacto con nosotros si necesita más ayuda; y
- Otras protecciones requeridas por la ley de Medicare.

H6874_50005_082023_C

Aprobación de la OMB 0938-1051 (Vence: 29 de febrero de 2024)

Evidencia de cobertura 2024
Índice

CAPÍTULO 1 Primeros pasos como miembro.....11
SECCIÓN 1 Introducción.....12
SECCIÓN 2 ¿Qué lo hace elegible para ser un miembro del plan?.....13
SECCIÓN 3 Materiales importantes sobre la membresía que recibirá.....14
SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para Aspirus Health Plan Elite.....15
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual.....16
SECCIÓN 6 Mantener actualizado el registro de membresía de su plan.....16
SECCIÓN 7 Cómo funciona otro seguro con nuestro plan.....17

CAPÍTULO 2 Números de teléfono y recursos importantes.....19
SECCIÓN 1 Contactos de Aspirus Health Plan Elite (cómo ponerse en contacto con nosotros, incluyendo la forma de comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente).....20
SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare).....25
SECCIÓN 3 Programa de Asistencia sobre Seguros de Salud del Estado (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare).....27
SECCIÓN 4 Organización para la Mejora de la Calidad.....28
SECCIÓN 5 Seguro Social.....29
SECCIÓN 6 Medicaid.....30
SECCIÓN 7 Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación Ferroviaria.....31
SECCIÓN 8 ¿Tiene seguro grupal u otro seguro de salud de un empleador?.....31

CAPÍTULO 3 Usar el plan para sus servicios médicos.....32
SECCIÓN 1 Cosas que debe saber sobre cómo obtener su atención médica como miembro de nuestro plan.....33
SECCIÓN 2 Usar proveedores de la red y fuera de la red para obtener su atención médica.....34
SECCIÓN 3 Cómo recibir servicios cuando tiene una emergencia o necesidad urgente de atención o durante un desastre.....38
SECCIÓN 4 ¿Qué pasa si se le factura directamente el costo total de sus servicios?.....40
SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando está en un estudio de investigación clínica?.....40
SECCIÓN 6 Reglas para obtener atención en una “institución de atención médica religiosa no médica”.....42
SECCIÓN 7 Normas para la propiedad de equipo médico duradero.....43

Evidencia de cobertura 2024

Índice

CAPÍTULO 4 **Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga) .45**
SECCIÓN 1 Comprender sus costos de desembolso directo para los servicios cubiertos..46
SECCIÓN 2 Utilice la Tabla de beneficios médicos para averiguar qué está cubierto y cuánto pagará.....47
SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?.....110

CAPÍTULO 5 **Pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos cubiertos 115**
SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos 116
SECCIÓN 2 Cómo pedirnos que le devolvamos el dinero o que paguemos una factura que haya recibido.....118
SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y diremos sí o no.....118

CAPÍTULO 6 **Sus derechos y responsabilidades.....120**
SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan. 121
SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan 127
SECCIÓN 3 Si desea más información o tiene sugerencias sobre la información en este capítulo 128

CAPÍTULO 7 **Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) 129**
SECCIÓN 1 Introducción.....130
SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada.....130
SECCIÓN 3 Para tratar de resolver un problema, ¿qué proceso debe usar?.....131
SECCIÓN 4 Una guía de los conceptos básicos de las decisiones de cobertura y apelaciones 132
SECCIÓN 5 Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura.....135
SECCIÓN 6 Cómo solicitar que se cubra una estadía hospitalaria como paciente hospitalizado más larga si considera que se le está dando el alta demasiado pronto.....143
SECCIÓN 7 Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura está terminando demasiado pronto 150
SECCIÓN 8 Llevar su apelación al Nivel 3 y más allá.....156
SECCIÓN 9 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes.....158

Evidencia de cobertura 2024

Índice

CAPÍTULO 8 Finalización de su membresía en el plan 162
SECCIÓN 1 Introducción a la finalización de su membresía en nuestro plan.....163
SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan?.....163
SECCIÓN 3 ¿Cómo puede finalizar su membresía en nuestro plan? 165
SECCIÓN 4 Hasta que termine su membresía, debe seguir obteniendo sus artículos y servicios médicos a través de nuestro plan.....166
SECCIÓN 5 Aspirus Health Plan Elite debe finalizar su membresía en el plan en ciertas situaciones 167

CAPÍTULO 9 Avisos legales.....169
SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley aplicable.....170
SECCIÓN 2 Aviso sobre la no discriminación 170
SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare.....170
SECCIÓN 4 Aviso sobre el plazo de cobertura del miembro 170
SECCIÓN 5 Aviso sobre modificaciones 171
SECCIÓN 6 Aviso sobre cesión de derechos.....171
SECCIÓN 7 Aviso sobre la conformidad con los estatutos 171
SECCIÓN 8 Aviso sobre error administrativo 171
SECCIÓN 9 Representantes designados 171
SECCIÓN 10 Exclusión voluntaria de Medicare por parte del proveedor.....172
SECCIÓN 11 Responsabilidad civil.....172

CAPÍTULO 10 Definiciones de palabras importantes.....174

CAPÍTULO 1

Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Está inscrito en Aspirus Health Plan Elite, que es un plan PPO de Medicare

Usted está cubierto por Medicare y ha elegido obtener su atención médica de Medicare y su cobertura de medicamentos recetados a través de nuestro plan, Aspirus Health Plan Elite. Estamos obligados a cubrir todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, el costo compartido y el acceso al proveedor en este plan difieren de Original Medicare.

Aspirus Health Plan Elite es un plan PPO de Medicare Advantage (PPO significa Organización de Proveedores Preferidos). Al igual que todos los planes de salud de Medicare, este plan PPO de Medicare está aprobado por Medicare y administrado por una empresa privada. Este plan no incluye cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.

La cobertura de este plan califica como Cobertura de salud calificada (Qualifying Health Coverage, QHC) y satisface el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en: www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

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

Este documento de *Evidencia de cobertura* le indica cómo obtener su atención médica y medicamentos recetados. Explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto, lo que paga como miembro del plan y cómo presentar una queja si no está satisfecho con una decisión o tratamiento.

Los términos *cobertura* y *servicios cubiertos* se refieren a la atención médica y los servicios y los medicamentos recetados disponibles para usted como miembro de Aspirus Health Plan Elite.

Es importante que aprenda cuáles son las reglas del plan y qué servicios están disponibles para usted. Le aconsejamos que dedique parte de su tiempo para revisar este documento de *Evidencia de cobertura*.

Si está confundido, preocupado o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con Servicio de Atención al Cliente.

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo Aspirus Health Plan Elite cubre su atención. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción y cualquier notificación que reciba de nosotros sobre cambios en su cobertura o condiciones que afecten su cobertura. Estos avisos a veces se llaman *cláusulas* o *enmiendas*.

El contrato está vigente por los meses en los que esté inscrito en Aspirus Health Plan Elite entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2024.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Aspirus Health Plan Elite después del 31

de diciembre de 2024. También podemos optar por dejar de ofrecer el plan en su área de servicio después del 31 de diciembre de 2024.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) deben aprobar Aspirus Health Plan Elite cada año. Puede seguir obteniendo cobertura de Medicare cada año como miembro de nuestro plan, siempre y cuando elijamos continuar ofreciendo el plan y Medicare renueve su aprobación del plan.

SECCIÓN 2 ¿Qué lo hace elegible para ser un miembro del plan?

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan siempre y cuando:

- Tenga la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare;
- -- *y* -- viva en nuestra área geográfica de servicio (la Sección 2.2 a continuación describe nuestra área de servicio). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área geográfica de servicio, incluso si se encuentran físicamente en ella.
- -- *y* -- sea ciudadano de los Estados Unidos o esté legalmente presente en los Estados Unidos

Sección 2.2 Esta es el área de servicio del plan para Aspirus Health Plan Elite

Aspirus Health Plan Elite está disponible solo para personas que viven en nuestra área de servicio del plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar residiendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en Wisconsin: Adams, Clark, Columbia, Florence, Forest, Iron, Juneau, Langlade, Lincoln, Marathon, Marquette, Oneida, Portage, Price, Sauk, Shawano, Taylor, Vilas, Waupaca, Waushara y Wood.

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

También es importante que llame al Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Puede encontrar números de teléfono e información de contacto del Seguro Social en el Capítulo 2, Sección 5.

Sección 2.3 Ciudadano de los Estados Unidos o presencia legal

Un miembro de un plan de salud de Medicare debe ser ciudadano estadounidense o estar legalmente presente en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificarán a Aspirus Health Plan Elite si usted no es elegible para seguir siendo miembro sobre esta base. Aspirus Health Plan Elite debe cancelar su inscripción si no cumple este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes sobre la membresía que recibirá

Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de membresía cada vez que reciba servicios cubiertos por este plan. También debe mostrarle al proveedor su tarjeta de Medicaid, si corresponde. Aquí hay una tarjeta de membresía de muestra para mostrarle cómo se verá la suya:

NO use su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para obtener servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía de Aspirus Health Plan Elite, es posible que tenga que pagar el costo total de los servicios médicos usted mismo. Mantenga su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que le pidan que la muestre si necesita servicios hospitalarios, servicios de un centro de cuidados

paliativos (hospicio) o para participar en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare, también llamados ensayos clínicos.

Si su tarjeta de membresía del plan está dañada, la pierde o se la roban, llame al Servicio de Atención al Cliente de inmediato y le enviaremos una nueva tarjeta.

Sección 3.2 Directorio de proveedores y farmacias

El *Directorio de proveedores y farmacias* detalla nuestros proveedores de la red, farmacias y proveedores de equipos médicos duraderos actuales.

Los proveedores de red son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, proveedores de equipos médicos duraderos, hospitales y otras instalaciones de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago completo.

Como miembro de nuestro plan, puede elegir recibir atención de proveedores fuera de la red. Nuestro plan cubre servicios tanto dentro como fuera de la red, siempre que los servicios sean beneficios cubiertos y sean médicamente necesarios. Sin embargo, si usa un proveedor fuera de la red, su parte de los costos por sus servicios cubiertos podría ser mayor. Consulte el Capítulo 3 (Usar el plan para sus servicios médicos) para obtener información específica.

La lista más reciente de proveedores y vendedores está disponible en nuestro sitio web en **search.aspirushealthplan.com.**

Si no tiene su copia del *Directorio de proveedores y farmacias*, puede solicitar una copia (electrónica o impresa) a Servicio de Atención al Cliente. Las solicitudes de copias impresas del Directorio de proveedores y farmacias se enviarán por correo en un plazo de tres días hábiles. Puede solicitar a Servicio de Atención al Cliente más información sobre nuestros proveedores de la red, incluyendo sus cualificaciones. También puede ingresar al Directorio de proveedores y farmacias en **search.aspirushealthplan.com**, o descargarlo de **medicare.aspirushealthplan.com/member- resources**. Tanto Servicio de Atención al Cliente como el sitio web le brindan la información más actualizada sobre los cambios en los proveedores de la red.

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para Aspirus Health Plan Elite

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Prima del Beneficio complementario opcional (Sección 4.3)

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

Sección 4.1 Prima del plan

Usted no paga una prima mensual separada del plan para Elite.

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

Muchos miembros están obligados a pagar otras primas de Medicare

Su prima de la Parte B de Medicare se debita automáticamente de su cheque mensual del Seguro Social. Mientras sea miembro del plan Aspirus Health Medicare Advantage, pagaremos hasta $25 de su prima de la Parte B de Medicare. Como resultado, su cheque del Seguro Social aumentará a $25. No tiene que hacer nada para recibir este beneficio. Puede tomar hasta un par de meses que la administración del Seguro Social lo procese. Cualquier aumento perdido se agregará a su próximo cheque después de que el proceso se complete. Si deja este plan, su beneficio de la prima de la Parte B de Medicare terminará en su último día como miembro. Cualquier reducción de la prima que reciba después de dejar este plan se deducirá eventualmente de su cheque de Seguro Social.

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

Sección 4.3 Prima del Beneficio complementario opcional

Si se inscribió para beneficios adicionales, también llamados "beneficios complementarios opcionales", entonces paga una prima adicional cada mes por estos beneficios adicionales. Consulte el Capítulo 4, Sección 2.2, para obtener más información. Los miembros de Aspirus Health Plan Elite tienen la opción de comprar el paquete de beneficios de Aspirus Choice Dental. La prima mensual de este beneficio complementario opcional es de $25. Si tiene preguntas sobre sus primas del plan, llame al Servicio de Atención al Cliente.

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual

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

No. No se nos permite cambiar la cantidad que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia para el próximo año, le informaremos en septiembre y el cambio entrará en vigor el 1 de enero.

SECCIÓN 6 Mantener actualizado el registro de membresía de su plan

Su registro de membresía tiene información de su formulario de inscripción, incluida su dirección y número de teléfono. Muestra la cobertura específica de su plan, incluido su proveedor de atención primaria.

Los médicos, hospitales y otros proveedores de la red del plan deben tener información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red usan su registro de membresía para saber qué servicios están cubiertos y los montos de costos compartidos para usted.** Debido a esto, es

muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Háganos saber acerca de estos cambios:

- Cambios en su nombre, su dirección o su número de teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud (como de su empleador, el empleador de su cónyuge o pareja doméstica, de compensación de trabajadores o de Medicaid)
- Si tiene cualquier reclamo de responsabilidad, como reclamos por un accidente automovilístico
- Si ha sido admitido en un hogar de ancianos
- Si recibe atención en un hospital o sala de emergencias fuera del área o fuera de la red
- Si su parte responsable designada (como un cuidador) cambia
- Si participa en un estudio de investigación clínica (**Nota:** No está obligado a informar a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que tiene la intención de participar, pero le recomendamos que lo haga)

Si alguna de esta información cambia, infórmenos llamando a Servicio de Atención al Cliente.

También es importante que se comunique con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Puede encontrar números de teléfono e información de contacto del Seguro Social en el Capítulo 2, Sección 5.

SECCIÓN 7 Cómo funciona otro seguro con nuestro plan

Otro seguro

Medicare requiere que recopilemos información de usted sobre cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que tenga. Esto se debe a que debemos coordinar cualquier otra cobertura que tenga con sus beneficios bajo nuestro plan. Esto se llama **coordinación de beneficios**.

Una vez al año, le enviaremos una carta que enumera cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que conozcamos. Por favor, lea esta información cuidadosamente. Si es correcta, no necesita hacer nada. Si la información es incorrecta, o si tiene otra cobertura que no está en la lista, llame a Servicio de Atención al Cliente. Es posible que deba dar su número de identificación de miembro del plan a sus otras aseguradoras (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando tiene otro seguro (como la cobertura de salud grupal del empleador), hay reglas establecidas por Medicare que deciden si nuestro plan o su otro seguro paga primero. El seguro que paga primero se llama el pagador primario y paga hasta los límites de su cobertura. El que paga en segundo lugar, llamado pagador secundario, solo paga si hay costos que quedan sin cubrir por la cobertura primaria. Es posible que el pagador secundario no pague todos los costos no cubiertos. Si tiene otro seguro, informe a su médico, hospital y farmacia.

Estas reglas se aplican a la cobertura del plan de salud grupal del empleador o del sindicato:

- Si tiene cobertura para 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, quién paga primero depende de su edad, la cantidad de personas empleadas por su empleador y si tiene Medicare según la edad, una discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal (ESRD):
  - Si usted es menor de 65 años y está discapacitado y usted o un miembro de su familia todavía está trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados o al menos un empleador en un plan de empleadores múltiples que tiene más de 100 empleados.
  - Si usted tiene más de 65 años y su cónyuge o pareja doméstica todavía está trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 o más empleados o al menos un empleador en un plan de empleadores múltiples que tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare debido a ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de que usted sea elegible para Medicare.

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

- Seguro sin culpa (incluido el seguro de automóvil)
- Responsabilidad civil (incluido el seguro de automóvil)
- Beneficios para pulmón negro
- Compensación laboral

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

CAPÍTULO 2

Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1 Contactos de Aspirus Health Plan Elite (cómo ponerse en contacto con nosotros, incluyendo la forma de comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente)

Cómo ponerse en contacto con Servicio de Atención al Cliente del Plan

Para obtener ayuda con reclamos, facturación o preguntas sobre tarjetas de miembro, llame o escriba al Servicio de Atención al Cliente de Aspirus Health Plan Elite. Nos complacerá poder ayudarlo.

Método	Servicio de Atención al Cliente: información de contacto
LLAME	715-631-7411 1-855-931-4850 (esta llamada es gratuita). De 8 am a 8 pm, los siete días de la semana El Servicio de Atención al Cliente también tiene servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para personas que no hablan inglés.
TTY	715-631-7413 1-855-931-4852 (esta llamada es gratuita). De 8 am a 8 pm, los siete días de la semana Estos números requieren equipo telefónico especial y son solo para personas que tienen dificultades de audición o del habla.
FAX:	715-787-7322
ESCRIBA	**Attn: Customer Service** Aspirus Health Plan PO Box 51 Minneapolis, MN 55440-9972
SITIO WEB	**medicare.aspirushealthplan.com**

Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura sobre su atención médica

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por sus servicios médicos. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura sobre su atención médica, consulte el Capítulo 7 *(Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas))*.

Método	**Decisiones de cobertura para atención médica: información de contacto**
LLAME	**Servicio de Atención al Cliente** 715-631-7411 1-855-931-4850 (esta llamada es gratuita). De 8 am a 8 pm, los siete días de la semana
TTY	715-631-7413 1-855-931-4852 (esta llamada es gratuita). De 8 am a 8 pm, los siete días de la semana Estos números requieren equipo telefónico especial y son solo para personas que tienen dificultades de audición o del habla.
FAX:	715-631-7459 1-855-931-4857 **Attn: Appeals and Grievances**
ESCRIBA	**Attn: Standard Review** Aspirus Health Plan PO Box 51 Minneapolis, MN 55440-9972
SITIO WEB	**medicare.aspirushealthplan.com**

Cómo comunicarse con nosotros cuando está haciendo una apelación sobre su atención médica

Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. Para obtener más información sobre cómo hacer una apelación sobre su atención médica, consulte el Capítulo 7 *(Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas))*.

Método	Apelaciones para atención médica: información de contacto
LLAME	**Apelaciones y quejas** 715-631-7440 1-855-931-4858 (esta llamada es gratuita) De 8 am a 4:30 pm, de lunes a viernes
TTY	715-631-7413 1-855-931-4852 (esta llamada es gratuita) De 8 am a 4:30 pm, de lunes a viernes Estos números requieren equipo telefónico especial y son solo para personas que tienen dificultades de audición o del habla.
FAX	715-631-7439 1-855-931-4857 **Attn: Appeals and Grievances**
ESCRIBA	**Attn: Appeals and Grievances** Aspirus Health Plan PO Box 51 Minneapolis, MN 55440-9972 O envíenos un **correo electrónico** a cagMA@aspirushealthplan.com
SITIO WEB	**medicare.aspirushealthplan.com**

Cómo comunicarse con nosotros cuando está haciendo una queja sobre su atención médica

Puede presentar una queja sobre nosotros o uno de nuestros proveedores de la red, incluyendo una queja sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no involucra disputas de cobertura o pago. Para obtener más información sobre cómo hacer una queja sobre su atención médica, consulte el Capítulo 7 *(Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas))*.

Método	Quejas de atención médica: información de contacto
LLAME	**Servicio de Atención al Cliente** 715-631-7411 1-855-931-4850 (esta llamada es gratuita), de 8 am a 8 pm, los siete días de la semana
TTY	715-631-7413 1-855-931-4852 (esta llamada es gratuita), de 8 am a 8 pm, los siete días de la semana Estos números requieren equipo telefónico especial y son solo para personas que tienen dificultades de audición o del habla.
FAX	715-631-7439 1-855-931-4857 **Attn: Appeals and Grievances**
ESCRIBA	**Attn: Appeals and Grievances** Aspirus Health Plan PO Box 51 Minneapolis, MN 55440-9972 O envíenos un **correo electrónico** a cagMA@aspirushealthplan.com
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre Aspirus Health Plan Elite directamente a Medicare. Para presentar una queja en línea a Medicare, vaya a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

A dónde enviar una solicitud para pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica o un medicamento que haya recibido

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

Tenga en cuenta: Si nos envía una solicitud de pago y rechazamos cualquier parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 *(Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas))* para obtener más información.

Método	Solicitudes de pago: información de contacto
LLAME	**Servicio de Atención al Cliente** 715-631-7411 1-855-931-4850 (esta llamada es gratuita), de 8 am a 8 pm, los siete días de la semana
TTY	715-631-7413 1-855-931-4852 (esta llamada es gratuita), de 8 am a 8 pm, los siete días de la semana Estos números requieren equipo telefónico especial y son solo para personas que tienen dificultades de audición o del habla.
FAX	715-787-7307
ESCRIBA	**Attn: DMR Department** Aspirus Health Plan PO Box 22 Minneapolis, MN 55440-9975
SITIO WEB	**medicare.aspirushealthplan.com**

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

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

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). Esta agencia tiene contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluyéndonos a nosotros.

Método	**Medicare: información de contacto**
LLAME	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Esta llamada es gratuita. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades de audición o del habla. Esta llamada es gratuita.

Método	Medicare: información de contacto
SITIO WEB	www.medicare.gov Este es el sitio web oficial de Medicare. Le da información actualizada sobre Medicare y los problemas actuales de Medicare. También tiene información sobre hospitales, hogares de ancianos, médicos, agencias de salud en el hogar y centros de diálisis. Incluye documentos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado. El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre su elegibilidad de Medicare y las opciones de inscripción con las siguientes herramientas: • **Herramienta de elegibilidad de Medicare:** proporciona información sobre el estado de elegibilidad de Medicare. • **Buscador de planes de Medicare:** proporciona información personalizada sobre los planes de medicamentos recetados de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas de Medigap (Seguro complementario de Medicare) en su área. Estas herramientas proporcionan un *estimado* de cuáles podrían ser sus costos de desembolso directo en diferentes planes de Medicare. También puede usar el sitio web para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga sobre Aspirus Health Plan Elite: • **Informe a Medicare sobre su queja:** Puede enviar una queja sobre Aspirus Health Plan Elite directamente a Medicare. Para enviar una queja a Medicare, ingrese a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma en serio sus quejas y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare. Si no tiene una computadora, su biblioteca local o centro para personas mayores puede ayudarlo a visitar este sitio web usando una computadora. O bien puede llamar a Medicare y decirles lo que está buscando. Encontrarán la información en el sitio web y revisarán la información con usted. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877‑486‑2048).

SECCIÓN 3 Programa de Asistencia sobre Seguros de Salud del Estado (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa de Asistencia sobre Seguros de Salud del Estado (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en cada estado. En Wisconsin, el SHIP se llama Wisconsin Board on Aging and Long Term Care.

Wisconsin Board on Aging and Long Term Care es un programa estatal independiente (no relacionado con ninguna compañía de seguro ni plan de salud) que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito sobre seguros de salud locales a personas con Medicare.

Los consejeros de Wisconsin Board on Aging and Long-Term Care pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas de Medicare. Pueden ayudarlo a comprender sus derechos de Medicare, ayudarlo a presentar quejas sobre su atención o tratamiento médico y ayudarlo a resolver problemas con sus facturas de Medicare. Los consejeros de Wisconsin Board on Aging and Long Term Care pueden ayudarlo a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre el cambio de plan.

MÉTODO DE ACCESO AL SHIP y OTROS RECURSOS:

- Visite https://www.shiphelp.org (haga clic en SHIP LOCATOR (LOCALIZADOR DE SHIP) en la mitad de la página.
- Seleccione su STATE (ESTADO) de la lista. Esto lo llevará a una página con números de teléfono y recursos específicos para su estado.

Método	**Wisconsin Board on Aging and Long Term Care: información de contacto**
LLAME	1-800-242-1060 (esta llamada es gratuita)
TTY	Llame al Servicio de retransmisión de Wisconsin al 711 o use su servicio de retransmisión preferido. (La llamada es gratuita).
ESCRIBA	Board on Aging and Long Term Care 1402 Pankratz Street, Suite 111 Madison, Wisconsin 53704-4001
SITIO WEB	longtermcare.wi.gov

SECCIÓN 4 Organización para la Mejora de la Calidad

Hay una Organización para la Mejora de la Calidad designada para atender a los beneficiarios de Medicare en cada estado. En Wisconsin, la Organización para la Mejora de la Calidad se denomina Livanta.

Livanta es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagado por Medicare para supervisar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Livanta es una organización independiente. No está conectada con nuestro plan.

Debe ponerse en contacto con Livanta en cualquiera de estas situaciones:

- Tiene una queja sobre la calidad de la atención que ha recibido.
- Cree que su estadía en el hospital está terminando demasiado pronto.
- Piensa que su cobertura para atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF) están terminando demasiado pronto.

Método	**Livanta (Organización para la Mejora de la Calidad para Wisconsin): información de contacto**
LLAME	1-888-524-9900 (esta llamada es gratuita). De 9 am a 5 pm, de lunes a viernes De 11 am a 3 pm los fines de semana
TTY	1-888-985-8775 (esta llamada es gratuita). Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades de audición o del habla.
FAX:	1-855-236-2423
ESCRIBA	Livanta BFCC-QIO 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
SITIO WEB	www.livantaqio.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

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

Si se muda o cambia su dirección postal, es importante que se comunique con el Seguro Social para informarles del cambio.

Método	**Seguro Social: información de contacto**
LLAME	1-800-772-1213 Esta llamada es gratuita. Disponible de 8:00 am a 7:00 pm, de lunes a viernes. Puede utilizar los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas operaciones las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades de audición o del habla. Esta llamada es gratuita. Disponible de 8:00 am a 7:00 pm, de lunes a viernes.
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa gubernamental estatal y federal conjunto que ayuda con los costos médicos de determinadas personas ingresos y recursos limitados. Algunas personas con Medicare también son elegibles para Medicaid.

Los programas ofrecidos a través de Medicaid ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como sus 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, coseguros y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid (QMB +)).
- **Beneficiario especificado de bajos ingresos de Medicare (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid (SLMB+)).
- **Individuo calificado (Qualifying Individual, QI):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Trabajadores y discapacitados calificados (Qualified Disabled & Working Individuals, QDWI):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.
- Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con el Departamento de Servicios de Salud de Wisconsin.

Método	Departamento de Servicios de Salud de Wisconsin: información de contacto
LLAME	608-266-1865
TTY	1-800-947-3529 (esta llamada es gratuita) Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades de audición o del habla.
ESCRIBA	Department of Health Services 1 West Wilson Street Madison, WI 53703
SITIO WEB	www.dhs.wisconsin.gov/medicaid

SECCIÓN 7 Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación Ferroviaria

La Junta de Jubilación Ferroviaria es una agencia federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores ferroviarios del país y sus familias. Si recibe su Medicare a través de la Junta de Jubilación Ferroviaria, es importante que les informe si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de la Junta de Jubilación Ferroviaria, comuníquese con la agencia.

Método	Junta de Jubilación Ferroviaria: información de contacto
LLAME	1-877-772-5772 Esta llamada es gratuita. Si presiona "0", puede hablar con un representante de la RRB de 9:00 am a 3:30 pm, lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 am a 12:00 pm el miércoles. Si presiona "1", puede acceder a la línea de ayuda automatizada de la RRB y a información grabada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y días festivos.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades de audición o del habla. Las llamadas a este número *no* son gratuitas.
SITIO WEB	rrb.gov/

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

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

CAPÍTULO 3

Usar el plan para sus servicios médicos

SECCIÓN 1 Cosas que debe saber sobre cómo obtener su atención médica como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que necesita saber sobre el uso del plan para obtener cobertura de atención médica. Proporciona definiciones de términos y explica las reglas que deberá seguir para obtener los tratamientos médicos, servicios, equipos, medicamentos recetados de la Parte B y otra atención médica que están cubiertos por el plan.

Para obtener detalles sobre qué atención médica cubre nuestro plan y cuánto paga cuando recibe esta atención, use la tabla de beneficios en el siguiente capítulo, Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, lo que está cubierto y lo que usted paga*).

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

- **Los proveedores** son médicos y otros profesionales de la salud con licencia del estado para proporcionar servicios y atención médica. El término proveedores también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- **Los proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, proveedores de equipos médicos duraderos, hospitales y otras instalaciones de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago completo. Hemos hecho arreglos para que estos proveedores brinden servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores en nuestra red nos facturan directamente por la atención que le brindan. Cuando acude a un proveedor de la red, solo paga su parte del costo de sus servicios.
- **Los servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, servicios de atención médica, suministros y equipos que están cubiertos por nuestro plan. Sus servicios cubiertos para atención médica se enumeran en la tabla de beneficios en el Capítulo 4.

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

Como plan de salud de Medicare, Aspirus Health Plan Elite debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y debe seguir las reglas de cobertura de Original Medicare.

Aspirus Health Plan Elite generalmente cubrirá su atención médica siempre que:

- **La atención que recibe esté incluida en la Tabla de beneficios médicos del plan** (esta tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este documento).
- **La atención que recibe se considere médicamente necesaria.** Médicamente necesario2 significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos son necesarios para la prevención, diagnóstico o tratamiento de su condición médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- **Usted recibe su atención de un proveedor que es elegible para proporcionar servicios bajo Original Medicare.** Como miembro de nuestro plan, puede recibir su atención de un proveedor de la red o de un proveedor fuera de la red (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 2 de este capítulo).

Los proveedores de nuestra red se enumeran en el *Directorio de proveedores y farmacias*.

Si usa un proveedor fuera de la red, su parte de los costos por servicios cubiertos puede ser mayor.

Tenga en cuenta: A pesar de que puede obtener su atención de un proveedor fuera de la red, el proveedor debe ser elegible para participar en Medicare. Excepto por la atención de emergencia, no podemos pagarle a un proveedor que no es elegible para participar en Medicare. Si utiliza un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, usted será responsable por el costo completo de los servicios que recibe. Consulte con su proveedor antes de recibir servicios para confirmar que son elegibles para participar en Medicare.

SECCIÓN 2 Usar proveedores de la red y fuera de la red para obtener su atención médica

Sección 2.1 Debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) para proporcionar y supervisar su atención médica

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

Un PCP es un proveedor que lo conoce a usted y su historial médico. Su PCP está capacitado para brindarle atención médica básica. Cuando se convierte en miembro del plan, debe elegir una clínica de atención primaria. Una clínica de atención primaria es una clínica dentro de la red de Aspirus Health Plan Elite. Puede ver a cualquier PCP en esta clínica. Los tipos de proveedores que pueden actuar como PCP son médicos de medicina familiar, médicos generales, internistas, geriatras, médicos en obstetricia/ginecología, enfermeras parteras, asistentes médicos y enfermeras practicantes. Puede obtener su atención básica o de rutina de su PCP, quien también coordinará el resto de los servicios cubiertos que recibe como miembro del plan. Esto incluye, pero no se limita a:

- Pruebas de diagnóstico
- Radiografías
- Pruebas de laboratorio
- Terapias
- Ingresos hospitalarios
- Atención de seguimiento
- Atención de médicos que son especialistas (no necesita una remisión para ver a un especialista dentro de la red)

“Coordinar” sus servicios incluye verificar o consultar con otros proveedores de la red sobre su atención y cómo va. Algunos servicios necesitarán autorización previa (consulte el Capítulo 4 para obtener más detalles). Debido a que su proveedor coordinará su atención médica, debe enviar todos sus registros médicos anteriores al consultorio de su proveedor. El Capítulo 8 le explica cómo protegemos la privacidad de sus registros médicos e información de salud personal.

¿Cómo elige a su PCP?

Cuando usted es un miembro o se convierte en miembro de Aspirus Health Plan Elite, usted elige o se le asigna una clínica de atención primaria. Puede cambiar su clínica de atención primaria en cualquier momento.

Cambio de PCP

Puede cambiar su PCP por cualquier motivo en cualquier momento. Además, es posible que su PCP abandone la red de proveedores de nuestro plan y usted tenga que encontrar un nuevo PCP en nuestro plan. Si se nos notifica que su clínica abandona la red, se lo notificaremos por escrito.

Puede cambiar su proveedor o clínica en cualquier momento. Para cambiar su proveedor o clínica, llame al Servicio de Atención al Cliente.

Sección 2.2 ¿Qué tipo de atención médica puede obtener sin una remisión de su PCP?

Puede recibir los servicios listados abajo sin obtener aprobación por anticipado de su PCP.

- Atención médica de rutina para la mujer, que incluye exámenes de mama, mamografías de detección (radiografías de la mama), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre y cuando los obtenga de un proveedor de la red
- Vacunas contra la gripe, vacunas contra el COVID-19, vacunas contra la hepatitis B y vacunas contra la neumonía, siempre y cuando las reciba de un proveedor de la red
- Servicios de emergencia de proveedores de la red o proveedores fuera de la red
- Los servicios necesarios de urgencia que no son servicios de emergencia, proporcionados cuando los proveedores de la red no están disponibles o accesibles temporalmente o cuando la persona inscrita está fuera del área de servicio. Por ejemplo, usted necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser inmediatamente necesarios y médicamente necesarios.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan. Si es posible, llame a Servicio al Cliente antes de dejar el área de servicio para que podemos ayudar a coordinar su diálisis de mantenimiento mientras está fuera.

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

Un especialista es un médico que brinda servicios de atención médica para una enfermedad o parte del cuerpo específica. Hay muchos tipos de especialistas. Aquí hay algunos ejemplos:

- Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer
- Los cardiólogos atienden a pacientes con afecciones cardíacas.
- Los ortopedistas atienden a pacientes con determinados problemas óseos, articulares o musculares.

Puede consultar a cualquier especialista de la red sin una remisión. Para ver a un médico o especialista **fuera de la red,** su proveedor debe obtener autorización previa de nosotros para que

esos servicios estén cubiertos al nivel de costo compartido **dentro de la red**.

Aspirus Health Plan tiene una línea de triaje de trastornos de salud mental y por abuso de sustancias para ayudar a los miembros con cualquier pregunta sobre cómo obtener atención de un especialista en salud mental, especialista en trastornos por abuso de sustancias u otros proveedores de la red. Nuestra línea de triaje está disponible por teléfono de 8 am a 5 pm, de lunes a viernes al 715-631-7442 o 1-855-931-5264 sin cargo para apoyar las necesidades de salud mental o trastorno por abuso de sustancias de nuestros miembros.

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

Es importante que sepa que podemos hacer cambios a los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que participan en el plan durante el año. Si su médico o especialista abandona 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 requiere que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados
- Le notificaremos que su proveedor dejará el plan para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
  - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual abandona el plan, le notificaremos si ha visto a ese proveedor en los últimos tres años.
  - Si cualquiera de sus otros proveedores abandona el plan, le notificaremos si está asignado al proveedor, recibe atención actualmente de él o ella o si lo ha visto en los últimos tres meses.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado dentro de la red al que pueda acceder para continuar con su atención médica.
- Si está recibiendo actualmente tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a preguntar, y trabajaremos con usted para garantizar que el tratamiento o la terapia médicamente necesario que está recibiendo continúe.
- Le daremos información sobre los diferentes períodos de inscripción disponibles para usted y opciones que podría tener para cambiar de planes.
- Haremos los arreglos para cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedor, pero al costo compartido dentro de la red, cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no está disponible o no sea apropiado para satisfacer sus necesidades médicas. Puede necesitar una autorización previa para costo compartido dentro de la red.
- Si descubre que su proveedor o especialista está dejando nuestro plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor y administrar su atención.
- Si considera que no le brindamos un proveedor calificado para reemplazar su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera adecuada, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención ante la QIO, una queja sobre la calidad de la atención al plan, o a ambos. Consulte el Capítulo 7.

Sección 2.4 Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red

Como miembro del plan, usted puede elegir recibir atención de proveedores fuera de la red. Sin embargo, tenga en cuenta que los proveedores que no tienen contratos con nosotros no tienen la obligación de tratarlo, excepto en situaciones de emergencia. Nuestro plan cubrirá los servicios de proveedores dentro o fuera de la red, siempre y cuando los servicios sean beneficios cubiertos y sean médicamente necesarios. Sin embargo, **si usa un proveedor fuera de la red, su parte de los costos por servicios cubiertos puede ser mayor**. Aquí hay otras cosas importantes que debe saber sobre el uso de proveedores fuera de la red:

- Puede recibir atención de proveedores fuera de la red, sin embargo, en la mayoría de los casos, ese proveedor debe ser elegible para participar en Medicare. Excepto por la 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 confirmar que son elegibles para participar en Medicare.
- No necesita obtener una remisión o autorización previa cuando recibe atención de proveedores fuera de la red. Sin embargo, antes de recibir servicios de proveedores fuera de la red, puede querer pedir una decisión de cobertura previa a la visita para confirmar que los servicios que está recibiendo estén cubiertos y sean médicamente necesarios. (Consulte el Capítulo 7, Sección 4, para obtener información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura). Esto es importante porque:
  - Sin una decisión de cobertura previa a la visita, si más tarde determinamos que los servicios no están cubiertos o que no eran médicamente necesarios, podemos denegar la cobertura y usted será responsable del costo completo. Si decimos que no cubriremos sus servicios, usted tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención. Consulte el Capítulo 7 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja*) para obtener más información.
- Es mejor pedirle a un proveedor fuera de la red que facture primero al plan. Pero, si ya pagó por sus servicios cubiertos, le reembolsaremos nuestra parte del costo por los servicios cubiertos. O, si un proveedor fuera de la red le envía una factura que usted considera que deberíamos pagar, puede enviárnosla para el pago. Consulte el Capítulo 5 (*Pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos cubiertos*) para obtener información sobre qué hacer si recibe una factura o si necesita solicitar un reembolso.
- Si está utilizando un proveedor fuera de la red para atención de emergencia, servicios necesarios de urgencia o diálisis fuera del área, es posible que no tenga que pagar una cantidad más alta de costos compartidos. Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre estas situaciones.

SECCIÓN 3 Cómo recibir servicios cuando tiene una emergencia o necesidad urgente de atención o durante un desastre

Sección 3.1 Recibir atención si tiene una emergencia médica

¿Qué es una emergencia médica y qué debe hacer si tiene una?

Una **emergencia médica** una es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de medicina y salud, considera que usted presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un niño por nacer), la pérdida de una extremidad o la pérdida del funcionamiento de una extremidad, o la pérdida o la generación de una disfunción grave en una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor grave o afección médica que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para obtener ayuda o vaya a la sala de emergencias u hospital más cercano. Llame a una ambulancia si la necesita. *No* necesita obtener la aprobación o una remisión primero de su PCP. No necesita usar un médico de la red. Puede obtener atención médica de emergencia cubierta siempre que la necesite, en cualquier lugar del mundo.

¿Qué está cubierto si tiene una emergencia médica?

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

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

Después de que termine la emergencia, usted tiene derecho a atención de seguimiento para asegurarse de que su condición continúe siendo estable. Sus médicos continuarán tratándolo hasta que sus médicos se comuniquen con nosotros y hagan planes para recibir atención adicional. Su atención de seguimiento estará cubierta por nuestro plan.

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

¿Y si no fuera una emergencia médica?

A veces puede ser difícil saber si tiene una emergencia médica. Por ejemplo, puede ir a recibir atención de emergencia, pensando que su salud está en grave peligro, y el médico puede decir que no fue una emergencia médica después de todo. Si resulta que no era una emergencia, siempre y cuando usted razonablemente pensara que su salud estaba en grave peligro, cubriremos su atención.

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

Sección 3.2 Obtener atención cuando tiene una necesidad urgente de servicios

¿Qué son los servicios necesarios de urgencia?

Un servicio que se necesita con urgencia es una situación que no es de emergencia que requiere atención médica inmediata pero, dadas sus circunstancias, no es posible o no es razonable obtener estos servicios de un proveedor de la red. El plan debe cubrir los servicios necesarios de urgencia proporcionados fuera de la red. Algunos ejemplos de servicios necesarios de urgencia son i) un dolor de garganta severo que ocurre durante el fin de semana, o ii) un brote imprevisto de una afección conocida cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio.

Puede encontrar una lista de proveedores de atención de urgencia en línea en **search.aspirushealthplan.com**, o llamando a Servicio de Atención al Cliente al número que aparece en la contraportada de este manual. Para averiguar cómo acceder a la atención necesaria de urgencia, puede llamar a su proveedor o puede llamar a la línea de enfermería 24/7, que se responde las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (El número de teléfono está en el reverso de la tarjeta de membresía de su plan). La línea de enfermería puede brindarle información sobre cómo acceder a la atención después del horario comercial normal.

Nuestro plan cubre servicios de atención de emergencia y urgencia en todo el mundo fuera de los Estados Unidos bajo las siguientes circunstancias. Si tiene una emergencia o una necesidad urgente de atención fuera de los EE.UU. y sus territorios, es posible que tenga que pagar esos servicios por adelantado. Si esto sucede, entonces tiene que pedirnos que le devolvamos el dinero. Su proveedor también puede optar por presentar un reclamo en su nombre.

Le devolveremos el dinero (o le pagaremos al proveedor si presenta el reclamo) a tarifas no mayores que las tarifas a las que pagaría Original Medicare, si los servicios se hubieran realizado en la localidad donde vive en los EE.UU. Restaremos cualquier cantidad de costo compartido que deba de la cantidad que pagamos. La cantidad que pagamos puede ser menor que la cantidad que usted paga al proveedor extranjero. Esto se debe a que pagaremos a tasas no mayores que las que pagaría Original Medicare, y porque los proveedores extranjeros podrían cobrar más por los servicios que las tarifas a las que pagaría Original Medicare. Debido a esto, es posible que desee considerar la compra de un seguro de viaje cuando planee viajar fuera de los Estados Unidos.

Los servicios de atención de emergencia y urgencia en todo el mundo son un beneficio complementario que generalmente no está cubierto por Medicare. Debe enviar el comprobante de pago a Aspirus Health Plan para que podamos devolverle el dinero. Consulte el Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, lo que está cubierto y lo que usted paga*), para obtener más información. Si ya pagó por los servicios cubiertos, le devolveremos nuestra parte del costo. Puede enviarnos la factura con registros médicos para la consideración del pago. Consulte el Capítulo 5 (*Pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos cubiertos*) para obtener información sobre qué hacer si recibe una factura o si necesita solicitar un reembolso.

Sección 3.3 Recibir atención durante un desastre

Si el Gobernador de su estado, el Secretario de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o el Presidente de los Estados Unidos declara un estado de desastre o emergencia en su área geográfica, usted todavía tiene derecho a recibir atención de su plan.

Visite el siguiente sitio web: **medicare.aspirushealthplan.com** para obtener información sobre cómo obtener la atención necesaria durante un desastre.

SECCIÓN 4 ¿Qué pasa si se le factura directamente el costo total de sus servicios?

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

Si ha pagado más que el costo compartido de su plan por los servicios cubiertos, o si ha recibido una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, vaya al Capítulo 5 (*Pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos cubiertos*) para obtener información sobre qué hacer.

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

Aspirus Health Plan Elite cubre todos los servicios médicamente necesarios que se enumeran en la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios no cubiertos por nuestro plan, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, también paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de haber agotado su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Para los servicios con un límite de beneficios, cualquier costo adicional más allá del límite de beneficios no contará para su máximo de costos de desembolso directo.

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

Sección 5.1 ¿Qué es un estudio de investigación clínica?

Un estudio de investigación clínica (también llamado ensayo clínico) es una forma en que los médicos y científicos evalúan nuevos tipos de atención médica, como qué tan bien funciona un nuevo medicamento contra el cáncer. Ciertos estudios de investigación clínica son aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare generalmente solicitan voluntarios para participar en el estudio.

Una vez que Medicare apruebe el estudio, y usted exprese interés, alguien que trabaje en el estudio se comunicará con usted para explicarle más sobre el estudio y averiguar si cumple con los requisitos establecidos por los científicos que están llevando a cabo el estudio. Puede participar en el estudio siempre y cuando cumpla con los requisitos para el estudio. *y* tenga una comprensión y

aceptación completas de lo que está involucrado si participa en el estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayor parte de los costos de los servicios cubiertos que recibe como parte del estudio. Si nos dice que está en un ensayo clínico calificado, entonces solo es responsable de los costos compartidos dentro de la red por los servicios en ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó el monto de la participación en el costo de Original Medicare, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido dentro de la red. Sin embargo, deberá proporcionar documentación para mostrarnos cuánto pagó. Cuando participa en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su atención (la atención que no está relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* es necesario que nos lo informe ni que obtenga aprobación de nuestra parte o de su PCP. El proveedor que brinda la atención como parte del estudio de investigación *no* tiene que participar en la red de proveedores del plan. Tenga en cuenta que esto no incluye beneficios de los que nuestro plan es responsable, que incluyen, como componente, un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio. Esto incluye determinados beneficios especificados en virtud de las determinaciones de cobertura nacional (NCD) y los ensayos de dispositivos en investigación, y pueden estar sujetos a autorización previa y otras reglas del plan.

Aunque no necesita obtener el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica cubierto por Original Medicare para afiliados de Medicare Advantage, le recomendamos que nos notifique con anticipación cuando elija participar en ensayos clínicos calificados para Medicare.

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

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

Una vez que se une a un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Original Medicare cubre los artículos y servicios que recibe como parte del estudio, incluyendo:

- Alojamiento y comida para una estadía en el hospital que Medicare pagaría incluso si no estuviera en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico, si forma parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de efectos secundarios y complicaciones de la nueva atención.

Después de que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido en Original Medicare y su costo compartido dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que pagará la misma cantidad por los servicios que reciba como parte del estudio como lo haría si recibiera estos servicios de nuestro plan. Sin embargo, debe presentar documentación que demuestre cuánto costo compartido pagó. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre cómo enviar solicitudes de pago.

Aquí hay un ejemplo de cómo funciona el costo compartido: Digamos que tiene una prueba de laboratorio que cuesta $100 como parte del estudio de investigación. También digamos que su

parte de los costos de esta prueba es de $20 bajo Original Medicare, pero la prueba sería de $10 bajo los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría $80 por la prueba y usted pagaría el copago de $20 requerido por Original Medicare. Luego deberá notificar a su plan que recibió un servicio calificado de ensayo clínico y enviar documentación como una factura del proveedor al plan. El plan le pagaría directamente $10. Por lo tanto, su pago neto es de $10, la misma cantidad que pagaría bajo los beneficios de nuestro plan. Tenga en cuenta que para recibir el pago de su plan, debe presentar documentación a su plan, como una factura del proveedor.

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

- En general, Medicare *no* paga por el nuevo artículo o servicio que el estudio está evaluando, a menos que Medicare cubra el artículo o servicio, incluso si usted *no* estuviera en un estudio.
- Artículos o servicios proporcionados solo para recopilar datos y no utilizados en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no pagaría por las tomografías computarizadas mensuales realizadas como parte del estudio si su afección médica normalmente requeriría solo una tomografía computarizada.

¿Quiere obtener más información?

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

SECCIÓN 6 Reglas para obtener atención en una “institución de atención médica religiosa no médica”

Sección 6.1 ¿Qué es una institución de atención médica religiosa no médica?

Una institución de atención médica religiosa no médica es un lugar que brinda atención que normalmente recibiría en un hospital o centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o un centro de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas del miembro, cubriremos la atención en una institución de atención médica religiosa no médica. Este beneficio se proporciona solo para los servicios para pacientes hospitalizados de la Parte A (servicios de atención médica no médicos).

Sección 6.2 Recibir atención de una institución de atención médica religiosa no médica

Para obtener atención de una institución de atención médica religiosa no médica, debe firmar un documento legal que diga que está de manera consciente en contra de recibir tratamiento médico que sea no exceptuado.

- El tratamiento o la atención médica **no exceptuado** es cualquier atención médica o

tratamiento que es *voluntario* y *no exigido* por ninguna ley estatal, federal o local.

- El tratamiento o la atención médica **exceptuado** es la atención médica o el tratamiento que recibe que *no* es voluntario o *es exigido* en virtud de la ley estatal, federal o local.

Para estar cubierto por nuestro plan, la atención que recibe de una institución de atención médica religiosa no médica debe cumplir con las siguientes condiciones:

- El centro que brinda la atención debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de los servicios que recibe de nuestro plan se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución que se le brindan en una instalación, se aplican las siguientes condiciones:
  - Debe tener una afección médica que le permita obtener servicios cubiertos para la atención hospitalaria para pacientes hospitalizados o la atención en un centro de enfermería especializada.

Usted tiene cobertura por días ilimitados en el hospital, siempre y cuando su estadía cumpla las directrices de cobertura de Medicare. Para obtener más información, consulte "Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados" en la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este documento.

SECCIÓN 7 Normas para la propiedad de equipo médico duradero

Sección 7.1 ¿Será usted dueño del equipo médico duradero después de hacer un cierto número de pagos bajo nuestro plan?

El equipo médico duradero (durable medical equipment, DME) incluye artículos como equipo y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones motorizados, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos generadores de voz, bombas de infusión IV, nebulizadores y camas de hospital ordenadas por un proveedor para su uso en el hogar. El miembro siempre será dueño de ciertos artículos, como prótesis. En esta sección, discutimos otros tipos de DME que debe alquilar.

En Original Medicare, las personas con determinados tipos de DME son propietarias del equipo después de pagar copagos por el artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de Aspirus Health Plan Elite, generalmente no adquirirá la propiedad de los artículos de DME alquilados, sin importar cuántos copagos haga por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan, incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el artículo DME bajo Original Medicare antes de unirse a nuestro plan. En ciertas circunstancias limitadas, le transferiremos la propiedad del artículo DME a usted. Llame al Servicio de Atención al Cliente para obtener más información.

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

Si no adquirió la propiedad del artículo DME mientras estaba en nuestro plan, tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos después de cambiar a Original Medicare para poder poseer el artículo. Los pagos realizados mientras estaba inscrito en su plan no cuentan.

Ejemplo 1: Realizó 12 o menos pagos consecutivos por el artículo en Original Medicare y luego

se unió a nuestro plan. Los pagos que realizó en Original Medicare no cuentan. Tendrá que hacer 13 pagos a nuestro plan antes de poseer el artículo.

Ejemplo 2: Realizó 12 o menos pagos consecutivos por el artículo en Original Medicare y luego se unió a nuestro plan. Usted estaba en nuestro plan, pero no obtuvo la propiedad mientras estaba en nuestro plan. Luego regresa a Original Medicare. Tendrá que hacer 13 pagos nuevos consecutivos para poseer el artículo una vez que se una nuevamente a Original Medicare. Todos los pagos anteriores (ya sea a nuestro plan o a Original Medicare) no cuentan.

Sección 7.2 Reglas para equipos, suministros y mantenimiento de oxígeno

¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si califica para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare, Aspirus Health Plan Elite cubrirá:

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

Si deja Aspirus Health Plan Elite o ya no necesita equipo de oxígeno médicamente, entonces el equipo de oxígeno debe ser devuelto.

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

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

CAPÍTULO 4

Tabla de beneficios médicos

(lo que está cubierto y lo que usted paga)

SECCIÓN 1 Comprender sus costos de desembolso directo para los servicios cubiertos

Este capítulo proporciona una Tabla de beneficios médicos que enumera sus servicios cubiertos y muestra cuánto pagará por cada servicio cubierto como miembro de Aspirus Health Plan Elite. Más adelante en este capítulo, puede encontrar información sobre servicios médicos que no están cubiertos. También explica los límites de ciertos servicios.

Sección 1.1 Tipos de costos de desembolso directo que podría pagar por sus servicios cubiertos

Para comprender la información de pago que le brindamos en este capítulo, necesita conocer los tipos de costos de desembolso directo que puede pagar por sus servicios cubiertos.

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

La mayoría de las personas que califican para Medicaid o para el programa de Beneficiarios calificados de Medicare (QMB) nunca deben pagar deducibles, copagos o coseguros. Asegúrese de mostrar su prueba de elegibilidad para Medicaid o QMB a su proveedor, si corresponde.

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

Bajo nuestro plan, hay dos límites diferentes sobre lo que tiene que pagar de su bolsillo por los servicios médicos cubiertos:

- Su **monto de desembolso directo máximo dentro de la red** es $3,200. Esto es lo máximo que paga durante el año calendario por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare recibidos de proveedores de la red. Los montos que usted paga por los copagos y el coseguro por los servicios cubiertos de los proveedores de la red cuentan para este monto máximo de desembolso dentro de la red. (Los montos que paga por sus primas del plan y los servicios de proveedores fuera de la red no cuentan para el monto máximo de desembolso dentro de la red. Además, los montos que paga por algunos servicios no cuentan para el monto máximo de desembolso dentro de la red. Estos servicios están marcados con una marca de verificación en la Tabla de beneficios médicos). Si ha pagado $3,200 por servicios cubiertos de la Parte A y Parte B de proveedores de la red, no tendrá ningún costo de desembolso directo durante el resto del año cuando vea a nuestros proveedores de la red. Sin embargo, debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que su prima de la Parte B la pague Medicaid u otro tercero por usted).
- Su **monto de desembolso directo máximo combinado** es $3,200. Esto es lo máximo que paga durante el año calendario por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare recibidos tanto de proveedores de la red como de proveedores fuera de la red. Los montos que usted paga por los copagos y el coseguro por los servicios cubiertos cuentan para este monto máximo de desembolso directo combinado. Además, los montos que paga por

algunos servicios no cuentan para el monto máximo de desembolso combinado. Estos servicios están marcados con una marca de verificación en la Tabla de beneficios médicos. Si ha pagado $3,200 por servicios cubiertos, tendrá 100% de cobertura y no tendrá ningún costo de desembolso directo durante el resto del año por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, debe continuar pagando la prima del plan y la prima de la Parte B de Medicare (a menos que su prima de la Parte B la pague Medicaid u otro tercero por usted).

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

Como miembro de Aspirus Health Plan Elite, una protección importante para usted es que solo tiene que pagar el monto de su costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden agregar cargos adicionales por separado, llamados **facturación de saldo**. Esta protección se aplica incluso si pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio e incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Así es como funciona esta protección.

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad fija de dólares, por ejemplo, $15.00), entonces usted paga solo esa cantidad por cualquier servicio cubierto de un proveedor de red. Por lo general, tendrá copagos más altos cuando obtenga atención de proveedores fuera de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces nunca paga más de ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor al que acuda:
  - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (según lo determinado en el contrato entre el proveedor y el plan).
  - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa con Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes.
  - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa con Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. Si cree que un proveedor le ha facturado el saldo, llame a Servicio de Atención al Cliente.

SECCIÓN 2 Utilice la *Tabla de beneficios médicos* para averiguar qué está cubierto y cuánto pagará

Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan

La Tabla de beneficios médicos en las siguientes páginas enumera los servicios que cubre Aspirus Health Plan Elite y lo que paga de su bolsillo por cada servicio. Los servicios enumerados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumplen los siguientes requisitos de

cobertura:

- Sus servicios cubiertos por Medicare deben proporcionarse de acuerdo con las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (incluyendo atención médica, servicios, suministros, equipos y medicamentos recetados de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, diagnóstico o tratamiento de su condición médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- Algunos de los servicios enumerados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos como servicios dentro de la red *únicamente* si su médico u otro proveedor de la red obtienen aprobación anticipada (a veces, denominada autorización previa) de Aspirus Health Plan Elite.
- Los servicios cubiertos que necesitan aprobación por adelantado para ser cubiertos como servicios dentro de la red están marcados con un asterisco (*) en la Tabla de beneficios médicos. Además, los siguientes servicios no incluidos en la Tabla de beneficios médicos necesitan aprobación por anticipado: servicios de rehabilitación para pacientes hospitalizados, cirugía de la columna, estimuladores de crecimiento óseo, estimuladores de la médula espinal y pruebas moleculares/genéticas (por ejemplo, pruebas para cáncer).
- Nunca necesita aprobación por adelantado para servicios fuera de la red de proveedores fuera de la red.
- Si bien no necesita aprobación por adelantado para servicios fuera de la red, usted o su médico pueden pedirnos que tomemos una decisión de cobertura por adelantado.

Otras cosas importantes que debe saber sobre nuestra cobertura:

- Para los beneficios en los que su costo compartido es un porcentaje de coseguro, la cantidad que paga depende del tipo de proveedor del que reciba los servicios:
  - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (según lo determinado en el contrato entre el proveedor y el plan).
  - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa con Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes.
  - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa con Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes.
- Al igual que todos los planes Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. Para algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan que lo que pagaría en Original Medicare. Para otros, usted paga *menos*. (Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, busque en su manual *Medicare y usted 2024* (Medicare & You 2024). Puede verlo en línea en www.medicare.gov o puede obtener una copia si llama al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877‑486‑2048).

- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo bajo Original Medicare, también cubrimos el servicio sin costo para usted. Sin embargo, si también recibe tratamiento o monitoreo por una afección médica existente durante la visita cuando recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención recibida para la afección médica existente.
- Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio nuevo durante 2024, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.

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

* Verá un asterisco al lado de los servicios que pueden requerir una autorización previa.

✓ Verá esta marca de verificación junto a los servicios que no se aplican a su máximo de desembolso directo.

Tabla de beneficios médicos

Usted puede ser responsable de más de un pago de costo compartido (copago o coseguro) si se proporciona más de un servicio en una cita. Ejemplos:

- Copago por la visita al consultorio y costo compartido adicional por las pruebas de diagnóstico (incluidas las radiografías) realizadas mientras esté allí.
- El hospital solicitará costos compartidos por separado para los servicios médicos ambulatorios del hospital y cualquier prueba radiológica o medicamentos de la Parte B de Medicare administrados mientras esté allí.
- El costo compartido específico depende de los servicios que reciba. La Tabla de beneficios médicos a continuación detalla el costo compartido que se aplica para cada servicio específico.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios dentro de la red	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios fuera de la red
Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal Una prueba de ultrasonido realizada por única vez para personas en riesgo. El plan solo cubre esta evaluación si tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene una remisión de su médico, asistente médico, enfermera practicante o especialista en enfermería clínica.	No hay coseguro, copago o deducible para los miembros elegibles para esta evaluación preventiva.	No hay coseguro, copago o deducible para los miembros elegibles para esta evaluación preventiva.
Acupuntura para dolor lumbar crónico Los servicios cubiertos incluyen: Hasta 12 visitas en 90 días están cubiertas para los beneficiarios de Medicare bajo las siguientes circunstancias: A los efectos de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como un dolor: • que dura 12 semanas o más; • es inespecífico, ya que no tiene causa sistémica identificable (es decir, no está asociado con enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • no asociado con cirugía; y • no asociado con el embarazo. Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que demuestren una mejoría. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura al año. El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o está retrocediendo. Requisitos del proveedor:	$40 de copago por cada visita cubierta por Medicare.	$40 de copago por cada visita cubierta por Medicare.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios dentro de la red	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios fuera de la red
Acupuntura para dolor lumbar crónico (continuación) Los médicos (como se define en 1861(r)(1) de la Ley del Seguro Social (la Ley)) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables. Los asistentes médicos (PA), las enfermeras practicantes (NP)/especialistas en enfermería clínica (CNS) (como se identifica en 1861(aa)(5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen todos los requisitos estatales aplicables y tienen: • una maestría o doctorado en acupuntura o 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 actual, completa, activa y sin restricciones para practicar acupuntura en un estado, territorio o estado libre asociado (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o Distrito de Columbia. El personal auxiliar que proporciona acupuntura debe estar bajo el nivel apropiado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS requerido por nuestras regulaciones en 42 CFR §§ 410.26 y 410.27.		

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios dentro de la red	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios fuera de la red
Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea en una situación de emergencia o no de emergencia, incluyen servicios de ala fija, ala rotatoria y ambulancia terrestre, al centro apropiado más cercano que puede brindar atención si se proporcionan a un miembro cuya condición médica es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona o si el plan lo autoriza. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, se debe documentar que la condición del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario. Aspirus Health Plan actúa de conformidad con Original Medicare. Original Medicare no cubre los servicios de ambulancia si no es transportado. Esto significa que no pagaremos por los servicios de ambulancia, incluido el tratamiento realizado, si se envía una por usted y no es transportado. Cuando varios proveedores de ambulancias terrestres y/o aéreas responden, solo pagamos por el proveedor de ambulancias que lo transporta.	$200 de copago por cada viaje de ida o vuelta cubierto por Medicare.	$200 de copago por cada viaje de ida o vuelta cubierto por Medicare.
Examen físico anual Además de la visita anual de bienestar o la visita preventiva “Bienvenido a Medicare”, usted tiene cobertura para lo siguiente, una vez por año calendario:	No hay coseguro, copago o deducible para el examen físico anual.	30% de coseguro para este examen físico anual.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios dentro de la red	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios fuera de la red
Examen físico anual (continuación) • Evaluación integral de medicina preventiva que incluye examen e intervenciones de asesoramiento/ orientación anticipatoria/reducción de factores de riesgo. **Nota:** No incluye pruebas de laboratorio o de diagnóstico (por ejemplo: radiografías, análisis de sangre, resonancias magnéticas, etc.). Se pueden aplicar copagos o coseguros adicionales a cualquier prueba de laboratorio o de diagnóstico realizada durante su visita, como se describe para cada servicio por separado en esta Tabla de beneficios médicos.		
Visita anual de bienestar Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede obtener una visita anual de bienestar para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado basado en su salud actual y factores de riesgo. Esto está cubierto una vez cada 12 meses. **Nota:** Su primera visita anual de bienestar puede ser dentro de los 12 meses de su visita preventiva Bienvenido a Medicare. Sin embargo, no es necesario que haya tenido una visita de "Bienvenido a Medicare" para tener cobertura para las visitas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.	No hay coseguro, copago o deducible para la visita anual de bienestar.	No hay coseguro, copago o deducible para la visita anual de bienestar.
Densitometría ósea Para las personas calificadas (generalmente, esto significa personas en riesgo de perder masa ósea o en riesgo de osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con mayor frecuencia si es médicamente necesario: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar la pérdida ósea o determinar la calidad ósea, incluyendo la interpretación de los resultados por parte de un médico.	No hay coseguro, copago ni deducible para la densitometría ósea (medición de la masa ósea) cubierta por Medicare.	No hay coseguro, copago ni deducible para la densitometría ósea (medición de la masa ósea) cubierta por Medicare.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios dentro de la red	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios fuera de la red
Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen: • Una mamografía inicial entre las edades de 35 y 39 años • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres a partir de 40 años • Exámenes clínicos de los senos una vez cada 24 meses	No hay coseguro, copago ni deducible para las mamografías de detección cubiertas.	No hay coseguro, copago ni deducible para las mamografías de detección cubiertas.
Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y asesoramiento están cubiertos para los miembros que cumplen con ciertas condiciones con una orden médica. El plan también cubre los programas intensivos de rehabilitación cardíaca, que por lo general son más rigurosos que los programas de rehabilitación cardíaca.	$40 de copago por cada visita cubierta por Medicare.	30% de coseguro por cada visita cubierta por Medicare.
Visita de reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para la enfermedad cardiovascular) Cubrimos una visita por año con su médico de atención primaria para ayudar a reducir su riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante esta visita, su médico puede hablar sobre el uso de aspirina (si corresponde), controlar su presión arterial y darle consejos para asegurarse de que está comiendo sano.	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de enfermedades cardiovasculares de terapia conductual intensiva.	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de enfermedades cardiovasculares de terapia conductual intensiva.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios dentro de la red	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios fuera de la red
Prueba de enfermedad cardiovascular Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas con un riesgo elevado de enfermedad cardiovascular) una vez cada 5 años (60 meses).	No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de enfermedades cardiovasculares que están cubiertas una vez cada 5 años.	No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de enfermedades cardiovasculares que están cubiertas una vez cada 5 años.
Prueba de detección de cáncer cervical y vaginal Los servicios cubiertos incluyen: • Para todas las mujeres: las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos están cubiertos una vez cada 24 meses • Si usted tiene un alto riesgo de cáncer de cuello uterino o vaginal o está en edad fértil y ha tenido una prueba de Papanicolaou anormal en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses	No hay coseguro, copago ni deducible para los exámenes de Papanicolaou y exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.	No hay coseguro, copago ni deducible para los exámenes de Papanicolaou y exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.
Servicios quiroprácticos* Los servicios cubiertos incluyen: • Cubrimos únicamente la manipulación manual de la columna vertebral a fin de corregir una subluxación	$10 de copago por cada visita cubierta por Medicare.	30% de coseguro por cada visita cubierta por Medicare.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios dentro de la red	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios fuera de la red
Examen de detección de cáncer colorrectal Las siguientes pruebas de detección están cubiertas: • La colonoscopia no tiene límite mínimo ni máximo de edad y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para los pacientes que no presenten un riesgo elevado, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para los pacientes que no presenten un riesgo elevado de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para los pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección o un enema de bario previos. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Uno cada 120 meses para pacientes que no tienen alto riesgo después de que el paciente recibió una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes con alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario. • Pruebas de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años y más. Una cada 12 meses. • AND en heces multiobjetivo para pacientes de 45 a 85 años y que no cumplan determinados criterios. Una cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años y que no cumplan los criterios de alto riesgo. Una cada 3 años.	No hay coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare, excepto enemas de bario, para los cuales aplica coseguro. Si su médico descubre y extrae un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o sigmoidoscopia flexible, el examen de detección se convierte en un examen de diagnóstico. En virtud de Aspirus Health Plan Elite, no hay coseguro, copago ni deducible por un enema de bario.	30% de coseguro por enema de bario cubierto por Medicare. No hay coseguro, copago ni deducible por otra prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios dentro de la red	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios fuera de la red
Examen de detección de cáncer colorrectal (continuación) • Enema de bario como alternativa a colonoscopia para pacientes con alto riesgo y a 24 meses desde la última prueba de detección de enema de bario o de la última colonoscopia de detección. • Enema de bario como alternativa a sigmoidoscopia flexible para pacientes que no tienen alto riesgo y de 45 años o más. Uno cada 48 meses después de la última prueba de detección de enema de bario o sigmoidoscopia flexible de detección. Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal no invasiva basada en heces cubierta por Medicare arroje un resultado positivo.		

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios dentro de la red	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios fuera de la red
Servicios dentales		
En general, los servicios dentales preventivos (como limpieza, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Sin embargo, Medicare actualmente paga por servicios dentales en una cantidad limitada de circunstancias, específicamente cuando el servicio es parte integral de tratamiento específico de una condición médica principal del beneficiario. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la fractura o lesión de la mandíbula, extracciones dentales hechas en la preparación para el tratamiento de radiación para el cáncer que involucre la mandíbula, o exámenes orales previos a trasplante de riñón. Además, cubrimos: • Exámenes bucales: uno por año calendario • Una limpieza de rutina de los dientes, por año calendario • Una limpieza de mantenimiento periodontal (encías) por año calendario • Radiografías de mordida cada 12 meses (un juego; hasta cuatro películas) • Aplicación tópica de fluoruro junto con una limpieza de rutina, o aplicación tópica de barniz de fluoruro junto con un examen dental de rutina, según lo considere necesario un proveedor dental. No hay limitaciones de frecuencia para ningún tipo de aplicación de fluoruro. Puede ver a cualquier proveedor dental en los EE.UU.	$0 de copago Debe consultar a un dentista de la red nacional de Medicare Advantage de Delta Dental de su elección para recibir este beneficio en el nivel de beneficios dentro de la red. Si el proveedor dental no puede presentar el reclamo en su nombre, debe enviarlo a: Delta Dental of Minnesota PO Box 9120 Farmington Hills, MI 48333-9120	Si sus servicios dentales son realizados por un dentista fuera de la red nacional de Medicare Advantage de Delta Dental (debe estar dentro de los Estados Unidos y sus territorios), usted será responsable de pagar la diferencia entre los honorarios del dentista y el programa de tarifas de Aspirus Health Plan. ✓ Si el proveedor dental no puede presentar el reclamo en su nombre, debe enviarlo a: Delta Dental of Minnesota PO Box 9120 Farmington Hills, MI 48333-9120

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios dentro de la red	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios fuera de la red
Prueba de detección de depresión Cubrimos una prueba de detección de depresión por año. La evaluación debe realizarse en un entorno de atención primaria que pueda brindar tratamiento de seguimiento y/o remisiones.	No hay coseguro, copago o deducible para la visita anual de detección de depresión.	No hay coseguro, copago o deducible para la visita anual de detección de depresión.
Prueba de detección de diabetes Cubrimos esta prueba de detección (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de niveles altos de azúcar en la sangre (glucosa). Las pruebas también pueden estar cubiertas si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes. Dependiendo de los resultados de estas pruebas, puede ser elegible para hasta dos exámenes de detección de diabetes cada 12 meses.	No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.	No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.
Capacitación, servicios y suministros para el automanejo de la diabetes Para todas las personas que tienen diabetes (usuarios de insulina y no insulina). Los servicios cubiertos incluyen: • Suministros para controlar su glucosa en la sangre: monitor de glucosa en sangre, tiras reactivas de glucosa en sangre, dispositivos de lanceta y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de tiras reactivas y monitores.	$0 de copago por cada suministro de monitoreo de la diabetes cubierto por Medicare (incluyendo monitor continuo de glucosa).	30% de coseguro por cada suministro de monitoreo de la diabetes cubierto por Medicare (incluyendo monitor continuo de glucosa) .

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios dentro de la red	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios fuera de la red
Capacitación, servicios y suministros para el automanejo de la diabetes (continuación) • Para las personas con diabetes que tienen enfermedad grave del pie diabético: un par por año calendario de zapatos terapéuticos moldeados a medida (incluyendo las plantillas provistas con dichos zapatos) y dos pares adicionales de plantillas, o un par de zapatos de profundidad y tres pares de plantillas (sin incluir las plantillas extraíbles no personalizadas proporcionados con dichos zapatos). La cobertura incluye el ajuste. • La capacitación para el automanejo de la diabetes está cubierta bajo ciertas condiciones.	La cobertura está limitada a marcas de fabricantes específicos. $0 de copago por cada par de zapatos o plantillas terapéuticos cubiertos por Medicare. $0 de copago para la capacitación para el automanejo de la diabetes cubierta por Medicare.	La cobertura está limitada a marcas de fabricantes específicos. 30% de coseguro por cada par de zapatos o plantillas terapéuticos cubiertos por Medicare. 30% de coseguro para la capacitación para el automanejo de la diabetes cubierta por Medicare.
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados* (Para obtener una definición de "equipo médico duradero", consulte el Capítulo 10, y la Sección 7 del Capítulo 3 de este documento). Los artículos cubiertos incluyen, entre otros: sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones motorizados, suministros para diabéticos, camas de hospital ordenadas por un proveedor para su uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa IV, dispositivos generadores de habla, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todos los DME médicamente necesarios cubiertos por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no lleva una marca o fabricante en particular, puede preguntarles si pueden pedirlo especialmente para usted. La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web en **search.aspirushealthplan.com**.	20% de coseguro por beneficios cubiertos por Medicare. Su costo compartido para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare es del 20% de coseguro dentro de la red, todos los meses.	30% de coseguro por beneficios cubiertos por Medicare.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios dentro de la red	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios fuera de la red
Atención de emergencia		
La atención de emergencia se refiere a servicios que son: • Proporcionados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia, y • Necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia. Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona lego prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir la pérdida de la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un feto), la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor grave o afección médica que empeora rápidamente. El costo compartido para los servicios de emergencia necesarios proporcionados fuera de la red es el mismo que para dichos servicios proporcionados dentro de la red.	$100 de copago por cada visita a la sala de emergencias. Usted no paga esta cantidad si es admitido en el hospital como paciente hospitalizado dentro de las 24 horas por la misma condición. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención hospitalaria después de que se estabilice su condición de emergencia, debe recibir su atención como paciente hospitalizado en el hospital fuera de la red autorizado por el plan y su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red. Consulte “Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados” en esta tabla de beneficios para obtener información sobre el costo compartido del hospital para pacientes hospitalizados.	$100 de copago por cada visita a la sala de emergencias. Usted no paga esta cantidad si es admitido en el hospital como paciente hospitalizado dentro de las 24 horas por la misma condición. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención hospitalaria después de que se estabilice su condición de emergencia, debe recibir su atención como paciente hospitalizado en el hospital fuera de la red autorizado por el plan y su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red. Consulte “Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados” en esta tabla de beneficios para obtener información sobre el costo compartido del hospital para pacientes hospitalizados.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios dentro de la red	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios fuera de la red
Atención de emergencia (continuación)		
Atención de emergencia en todo el mundo: La atención de emergencia en todo el mundo aplica a atención de emergencia recibida fuera de los Estados Unidos y sus territorios. La cobertura incluye: • Atención de emergencia: servicios brindados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia y necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia, así como servicios brindados después de la estabilización y para mantener la condición. Los servicios posteriores a la estabilización finalizan cuando el paciente recibe el alta hospitalaria. • Ambulancia terrestre para el traslado de emergencia al hospital adecuado más cercano para recibir atención de emergencia. La ambulancia aérea (ala fija o ala giratoria) no está cubierta. El transporte de regreso a los Estados Unidos o sus territorios tampoco está cubierto. Si tiene una emergencia fuera de los EE.UU. y sus territorios, es posible que tenga que pagar esos servicios por adelantado. Si esto sucede, entonces tiene que pedirnos que le devolvamos el dinero. Su proveedor también puede optar por presentar un reclamo en su nombre. Consulte el Capítulo 5, Sección 2, para obtener información sobre cómo obtener el reembolso por los servicios médicos.	$100 de copago por cada visita de atención de emergencia en todo el mundo. ✓ $100 de copago por cada transporte de emergencia terrestre de ida o vuelta en todo el mundo. ✓	$100 de copago por cada visita de atención de emergencia en todo el mundo. ✓ $100 de copago por cada transporte de emergencia terrestre de ida o vuelta en todo el mundo. ✓

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios dentro de la red	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios fuera de la red
Visitas electrónicas (E-visits)		
Además de la visita al consultorio del médico en persona, Aspirus Health Plan Elite cubre visitas electrónicas sin costo cuando utiliza Virtuwell® en virtuwell.com. Virtuwell® proporciona diagnóstico y tratamiento en línea para afecciones menores (por ejemplo, alergias, infecciones sinusales, erupciones cutáneas) las 24 horas del día, los siete días de la semana, sin una cita. Asegúrese de crear una cuenta y proporcionar su información del seguro en el momento de su visita en línea. Consulte el Capítulo 10 para obtener una definición de visita electrónica (E-visit) y Virtuwell®. (Nota: El uso de clínicas en línea es opcional. Puede seguir yendo a su proveedor directamente).	$0 de copago por cada visita electrónica (E-visit).	$0 de copago por cada visita electrónica (E-visit).

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios dentro de la red	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios fuera de la red
Programas de educación sobre salud y bienestar **One Pass** One Pass es un programa de acondicionamiento físico completo para su cuerpo y mente, disponible para usted sin costo adicional. Tendrá acceso a más de 24,000 lugares de acondicionamiento físico participantes en todo el país, además de: • Miles de clases de acondicionamiento físico a demanda y en vivo • Constructores de entrenamientos para crear sus propios entrenamientos y guiarlo a través de cada ejercicio • Kits de acondicionamiento físico en el hogar disponibles para los miembros que no pueden visitar físicamente o que residen al menos 15 millas fuera de un lugar de acondicionamiento físico participante • Programa de entrenamiento cerebral personalizado en línea para ayudar a mejorar la memoria, atención y enfoque. • Actividades sociales, clases comunitarias y eventos disponibles para la participación en línea o presencial Ingrese a **medicare.aspirushealthplan.com/ahp_onepass** o llame al 1-877-504-6830 o para acceso a TTY, use 711, de 8 am a 9 pm, de lunes a viernes.	$0 de copago	$0 de copago

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios dentro de la red	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios fuera de la red
Tarjeta Aspirus Health Plan Healthy Benefits+ Visa® La tarjeta Aspirus Health Plan Healthy Benefits+ Visa® es una tarjeta recargable que cuenta con: • Flexibilidad, opciones y fácil de usar • Acceso a su precargada anual para anteojos recetados • Acceso a su asignación para productos de venta libre (OTC) • Acceso a descuentos en comestibles • Recompensas e incentivos Su tarjeta se recarga año a año y es válida hasta que venza o hasta que usted ya no sea miembro de Aspirus Health Plan. Asegúrese de conservar su tarjeta, ya que no recibirá una nueva cada año. La tarjeta no funcionará si usted no es miembro de Aspirus Health Plan. Los montos de la asignación y vencimientos varían. **Después del 1 de enero de 2024**, puede visitar HealthyBenefitsPlus.com/aspirus o llamar al 1-833-862-8276 (esta llamada es gratuita); TTY 711 (esta llamada es gratuita) para verificar el saldo de su tarjeta o para obtener más información. Este número de teléfono también figura en el reverso de su tarjeta Aspirus Health Plan Healthy Benefits+ Visa®.	No hay ningún costo para esta tarjeta.	No hay ningún costo para esta tarjeta.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios dentro de la red	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios fuera de la red
Descuentos en comestibles Usted recibe descuentos en comestibles en alimentos saludables precalificados. Esto incluye artículos como leche, pan integral, carne magra, huevos, yogur, frutas, vegetales y más. Los descuentos semanales se precargan en su tarjeta Aspirus Health Plan Healthy Benefits+ Visa®. Simplemente escanee su tarjeta al pagar en tiendas participantes para obtener su descuento. **Después del 1 de enero de 2024**, puede visitar HealthyBenefitsPlus.com/aspirus o llamar al 1-833-862-8276 (esta llamada es gratuita); TTY 711 (esta llamada es gratuita) para obtener más información.	No hay ningún costo para esta tarjeta.	No hay ningún costo para esta tarjeta.
Línea de enfermería 24/7 de Aspirus Health Plan La línea de enfermería le da acceso a información médica las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los fines de semana y días festivos. Este servicio telefónico está disponible sin costo adicional para usted como miembro. Llame al 1-833-968-1769 (esta llamada es gratuita) o TTY: 1-855-931-4852 (esta llamada es gratuita).	No hay ningún costo para este servicio.	No hay ningún costo para este servicio.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios dentro de la red	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios fuera de la red
Servicios de audición		
Las evaluaciones diagnósticas de audición y equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención ambulatoria cuando las proporciona un médico, audiólogo u otro proveedor calificado. • Ofrecemos servicios para la audición adicionales a través de TruHearing. La cobertura incluye: • Examen de audición de rutina una vez por año • Audífonos (hasta dos audífonos de marca TruHearing por año) • El beneficio se limita a audífonos Advanced y Premium de TruHearing, que vienen en varios estilos y colores. • Los audífonos están disponibles por dos copagos diferentes para modelos Advanced y Premium • Sin costo adicional por audífono por audífono opcional recargable en algunos estilos de audífonos Premium • Evaluaciones y ajustes para audífonos **Cómo acceder a los beneficios de audífonos:** • El beneficio solo está disponible a través de TruHearing. • Para obtener más información sobre los audífonos o para programar una cita con un proveedor de TruHearing, llame al 1-844-782-6486 (para TTY, marque 711), de 8 am a 8 pm, de lunes a viernes. Para obtener información general sobre los beneficios de TruHearing, visite: TruHearing.com/Select.	$40 de copago por cada visita cubierta por Medicare. $0 de copago por un examen auditivo de rutina anualmente. $599 de copago por audífonos Advanced. ✓ $899 de copago por audífono para audífonos Premium. ✓ Los beneficios se combinan dentro y fuera de la red: los audífonos deben provenir de TruHearing para que se apliquen estos copagos. $0 de copago para adaptaciones y evaluaciones de audífonos por año.	30% de coseguro por cada visita cubierta por Medicare. 30% de coseguro por un examen auditivo de rutina anualmente. $599 de copago por audífonos Advanced. ✓ $899 de copago por audífono para audífonos Premium. ✓ Los beneficios se combinan dentro y fuera de la red: los audífonos deben provenir de TruHearing para que se apliquen estos copagos. 30% de coseguro para adaptaciones y evaluaciones de audífonos por año.
Ayuda con ciertas afecciones crónicas*		
Beneficio de comida a domicilio para miembros con insuficiencia cardíaca congestiva que han sido dados de alta del hospital. Si es elegible para este beneficio, nos pondremos en contacto con usted después de que haya sido dado de alta. 28 comidas a domicilio durante 14 días.	$0 de copago	$0 de copago

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios dentro de la red	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios fuera de la red
Prueba de detección de VIH Para las personas que solicitan una prueba de detección del VIH o que tienen un mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos: • Un examen de detección cada 12 meses Para las personas embarazadas, cubrimos: • Hasta tres exámenes de detección durante el embarazo	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para la prueba de detección preventiva de VIH.	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para la prueba de detección preventiva de VIH.
Atención de una agencia de salud en el hogar Antes de recibir servicios de salud en el hogar, un médico debe certificar que necesita servicios de salud en el hogar y ordenará que los servicios de salud en el hogar sean proporcionados por una agencia de salud en el hogar. Debe estar confinado en casa, lo que significa que salir de casa es un gran esfuerzo. Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a: • Servicios de asistencia de enfermería especializada y asistencia de salud en el hogar a tiempo parcial o intermitente (para estar cubierto por el beneficio de atención médica en el hogar, sus servicios combinados de enfermería especializada y asistente de salud en el hogar deben totalizar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana) • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipo y suministros médicos	$0 de copago para todas las visitas de salud en el hogar proporcionadas por una agencia de salud en el hogar de la red cuando se cumplen los criterios de Medicare. Hay costo compartido para el equipo médico duradero y los suministros relacionados. Consulte “Equipo médico duradero y suministros relacionados”.	30% de coseguro para todas las visitas de salud en el hogar proporcionadas por una agencia de salud en el hogar de la red cuando se cumplen los criterios de Medicare. Para equipos médicos duraderos y suministros relacionados, consulte “Equipo médico duradero y suministros relacionados”.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios dentro de la red	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios fuera de la red
Terapia de infusión en el hogar La terapia de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a un individuo en el hogar. Los componentes necesarios para realizar la infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, tubos y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a: • Servicios profesionales, incluyendo los servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con el plan de atención • Capacitación y educación del paciente no cubiertas de otra manera por el beneficio de equipo médico duradero • Monitoreo remoto • Servicios de monitoreo para la prestación de terapia de infusión en el hogar y medicamentos de infusión en el hogar suministrados por un proveedor calificado de terapia de infusión en el hogar	Estos servicios estarán cubiertos como se describe en las siguientes secciones que se encuentran en esta Tabla de beneficios médicos: Consulte "Servicios de médicos/profesionales, incluyendo las visitas al consultorio médico", "Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados" y "Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare".	Estos servicios estarán cubiertos como se describe en las siguientes secciones que se encuentran en esta Tabla de beneficios médicos: Consulte "Servicios de médicos/profesionales, incluyendo las visitas al consultorio médico", "Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados" y "Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare".

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios dentro de la red	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios fuera de la red
Atención de un centro de cuidados paliativos		
Usted es elegible para el beneficio del centro de cuidados paliativos (hospicio) cuando su médico y el director médico de hospicio le han dado un pronóstico terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y tiene 6 meses o menos de vida si su enfermedad sigue su curso normal. Puede recibir atención de cualquier programa de centro de cuidados paliativos certificado por Medicare. Su plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de cuidados paliativos certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluyendo aquellos que la organización MA posee, controla o en los que tiene un interés financiero. Su médico del centro de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos para el control de los síntomas y el alivio del dolor • Cuidado de relevo a corto plazo • Atención domiciliaria Cuando usted es admitido en un centro de cuidados paliativos, tiene derecho a permanecer en su plan. Para servicios de un centro de cuidados paliativos y para servicios que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y están relacionados con su pronóstico terminal: Original Medicare (en lugar de nuestro plan) le pagará a su proveedor de hospicio por sus servicios de hospicio y cualquier servicio de la Parte A y Parte B relacionado con su pronóstico terminal.	Cuando se inscribe en un programa de centro de cuidados paliativos certificado por Medicare, Original Medicare, no Aspirus Health Plan Elite, paga por sus servicios del centro de cuidados paliativos y sus servicios de la Parte A y Parte B relacionados con su pronóstico terminal.	Cuando se inscribe en un programa de centro de cuidados paliativos certificado por Medicare, Original Medicare, no Aspirus Health Plan Elite, paga por sus servicios del centro de cuidados paliativos y sus servicios de la Parte A y Parte B relacionados con su pronóstico terminal.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios dentro de la red	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios fuera de la red
Atención de un centro de cuidados paliativos (continuación) Mientras esté en el programa de hospicio, su proveedor de hospicio facturará a Original Medicare por los servicios que paga Original Medicare. Se le facturará el costo compartido de Original Medicare. Para servicios que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y no están relacionados con su pronóstico terminal: si necesita servicios que no sean de emergencia y que no sean necesarios de urgencia y que estén cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no estén relacionados con su pronóstico terminal, su costo de estos servicios depende de si utiliza un proveedor en la red de nuestro plan y sigue las reglas del plan (como si hay un requisito para obtener autorización previa). • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las reglas del plan para obtener el servicio, usted solo paga el monto de los costos compartidos del plan por los servicios dentro de la red. • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, paga el costo compartido del plan para los servicios fuera de la red. Para servicios que están cubiertos por Aspirus Health Plan Elite pero que no están cubiertos por la Parte A o B de Medicare: Aspirus Health Plan Elite continuará cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o B, estén o no relacionados con su pronóstico terminal. Usted paga el monto de los costos compartidos de su plan por estos servicios.		

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios dentro de la red	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios fuera de la red
Atención de un centro de cuidados paliativos (continuación) **Nota:** Si necesita cuidados no paliativos (atención que no está relacionada con su pronóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para organizar los servicios. Nuestro plan cubre los servicios de consulta de cuidados paliativos (una sola vez) para una persona con una enfermedad terminal que no ha elegido el beneficio de cuidados paliativos.		
Vacunas Los servicios cubiertos de la Parte B de Medicare incluyen: • Vacuna contra la neumonía • Vacunas contra la gripe, una vez cada temporada de gripe en el otoño y el invierno, con vacunas adicionales contra la gripe si es médicamente necesario • Vacuna contra la hepatitis B si tiene un riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • Vacuna contra el COVID-19 • Otras vacunas si usted está en riesgo y cumplen con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare	No hay coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B y el COVID-19. Consulte "Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare" en esta Tabla de beneficios médicos.	No hay coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B y el COVID-19. Consulte "Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare" en esta Tabla de beneficios médicos.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios dentro de la red	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios fuera de la red
Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados*		
Incluye atención para pacientes hospitalizados en estado agudo, rehabilitación de pacientes hospitalizados, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados. La atención hospitalaria de paciente hospitalizado comienza el día en que es admitido formalmente en el hospital con una orden del médico. El día antes de que le den de alta es su último día de hospitalización. Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a: • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluyendo dietas especiales • Servicios de enfermería regulares • Costos de las unidades de cuidados especiales (como las unidades de cuidados intensivos o coronarios) • Drogas y medicamentos • Análisis de laboratorio • Radiografías y otros servicios de radiología • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios • Uso de aparatos, como sillas de ruedas • Costos de quirófano y sala de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios por abuso de sustancias para pacientes hospitalizados	$300 de copago por cada hospitalización cubierta por Medicare hasta el alta. Si recibe atención hospitalaria autorizada en un hospital fuera de la red después de que se estabilice su condición de emergencia, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red. Para atención hospitalaria para pacientes hospitalizados, el costo compartido descrito arriba aplica cada vez que es admitido en el hospital. Por cada hospitalización, usted tiene cobertura por días ilimitados, siempre y cuando la estadía en el hospital esté cubierta.	30% de coseguro por cada hospitalización cubierta por Medicare hasta el alta. Para atención hospitalaria para pacientes hospitalizados, el costo compartido descrito arriba aplica cada vez que es admitido en el hospital. Por cada hospitalización, usted tiene cobertura por días ilimitados, siempre y cuando la estadía en el hospital esté cubierta. Sus beneficios para pacientes hospitalizados comenzarán el primer día cada vez que sea admitido o transferido a un tipo de instalación específica, incluidas las instalaciones de rehabilitación para pacientes hospitalizados, las instalaciones de atención aguda a largo plazo (LTAC), centros de atención aguda y

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios dentro de la red	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios fuera de la red
Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados* (continuación)		
• En determinadas circunstancias, los siguientes tipos de trasplantes están cubiertos: córnea, riñón, riñón/páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinal/multivisceral. Si necesita un trasplante, haremos los arreglos para un centro de trasplantes aprobado por Medicare revise su caso, y decidirá si es un candidato para el trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o fuera del área de servicio. Si sus servicios de trasplante dentro de la red están fuera del patrón de atención comunitario, usted podría elegir ir localmente, siempre que los proveedores de trasplante locales estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si Aspirus Health Plan Elite proporciona servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige obtener trasplantes en este lugar distante, organizaremos o pagaremos los costos de alojamiento y transporte apropiados para usted y un acompañante. • Sangre, incluyendo almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y glóbulos rojos empaquetados comienza con la primera pinta de sangre que necesita. Todos los demás componentes de la sangre se cubren a partir de la primera pinta utilizada. • Servicios médicos	Sus beneficios para pacientes hospitalizados comenzarán el primer día de cada vez que es admitido o transferido a un tipo específico de centro, incluyendo centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados, centros de atención aguda a largo plazo (LTAC) y centros psiquiátricos para pacientes hospitalizados.	centros psiquiátricos para pacientes hospitalizados.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios dentro de la red	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios fuera de la red
Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados* (continuación) **Nota:** Para ser un paciente hospitalizado, su proveedor debe escribir una orden para admitirlo formalmente como paciente hospitalizado del hospital. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que se le considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente hospitalizado o ambulatorio, debe preguntar al personal del hospital. También puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare llamada *¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!* (Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!). Esta hoja informativa está disponible en la web en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. a estos números de forma gratuita las 24 horas del día, los 7 días de la semana.		

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios dentro de la red	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios fuera de la red
Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de salud mental que requieren una hospitalización. Hay un límite de por vida de 190 días para los servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico. El límite de por vida de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados que se prestan en una unidad de hospital general.	$300 de copago por cada estadía hospitalaria cubierta por Medicare hasta el alta. Cada estadía se limita a 90 días. Más 60 días adicionales de reserva de por vida. Para atención hospitalaria para pacientes hospitalizados, el costo compartido descrito arriba aplica cada vez que es admitido en el hospital. Sus beneficios como paciente hospitalizado comenzarán el primer día de cada vez que sea admitido o transferido a un tipo específico de centro, incluyendo centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados, centros de atención aguda a largo plazo (LTAC) y centros psiquiátricos para pacientes hospitalizados.	30% de coseguro por cada estadía hospitalaria cubierta por Medicare hasta el alta. Cada estadía se limita a 90 días. Más 60 días adicionales de reserva de por vida. Para atención hospitalaria para pacientes hospitalizados, el costo compartido descrito arriba aplica cada vez que es admitido en el hospital. Sus beneficios como paciente hospitalizado comenzarán el primer día de cada vez que sea admitido o transferido a un tipo específico de centro, incluyendo centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados, centros de atención aguda a largo plazo (LTAC) y centros psiquiátricos para pacientes hospitalizados.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios dentro de la red	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios fuera de la red
Hospitalización: servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una estadía hospitalaria no cubierta Si ha agotado sus beneficios para pacientes hospitalizados o si la estadía como paciente hospitalizado no es razonable y necesaria, no cubriremos su estadía como paciente hospitalizado. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que reciba mientras esté en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a: • Servicios médicos • Pruebas de diagnóstico (como análisis de laboratorio) • Radiografías, radio e isótopos, incluyendo materiales y servicios técnicos • Apósitos quirúrgicos • Férulas yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones • Prótesis y aparatos ortopédicos (que no sean dentales) que reemplazan todo o parte de un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido contiguo), o la totalidad o parte de la función de un órgano interno del cuerpo permanentemente inoperante o que funcione mal, incluyendo la sustitución o reparación de dichos dispositivos • Aparatos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; soportes y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos los ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios por rotura, desgaste, pérdida o cambios en el estado físico del paciente • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla	Cuando su estadía ya no esté cubierta, estos servicios estarán cubiertos como se describe en las siguientes secciones que se encuentran en esta Tabla de beneficios médicos: "Servicios de médicos/profesionales, incluyendo las visitas al consultorio del médico" "Pruebas diagnósticas y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios" "Dispositivos protésicos y suministros relacionados" "Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios"	Cuando su estadía ya no esté cubierta, estos servicios estarán cubiertos como se describe en las siguientes secciones que se encuentran en esta Tabla de beneficios médicos: "Servicios de médicos/profesionales, incluyendo las visitas al consultorio del médico" "Pruebas diagnósticas y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios" "Dispositivos protésicos y suministros relacionados" "Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios"

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios dentro de la red	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios fuera de la red
Terapia de nutrición médica Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedad renal (pero no en diálisis) o después de un trasplante de riñón cuando lo indique su médico. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año en que recibe servicios de terapia de nutrición médica bajo Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage u Original Medicare), y 2 horas cada año después de eso. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, es posible que pueda obtener más horas de tratamiento con la orden de un médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar la orden cada año si su tratamiento es necesario en el próximo año calendario.	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para los servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare.	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para los servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare.
Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) Los servicios del MDPP estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare bajo todos los planes de salud de Medicare. El MDPP es una intervención estructurada de cambio de comportamiento de salud que proporciona capacitación práctica en cambio dietético a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos para mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios dentro de la red	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios fuera de la red
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare*		
Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Original Medicare. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen: • Medicamentos que por lo general no son autoadministrados por el paciente y que se inyectan o infunden mientras recibe servicios del médico, en un hospital como paciente ambulatorio o de un centro quirúrgico ambulatorio • Insulina proporcionada con un artículo de equipo médico duradero (como bomba de insulina médicamente necesaria) • Otros medicamentos que toma con equipo médico duradero (como nebulizadores) que fueron autorizados por el plan • Factores de coagulación que se administra a sí mismo por inyección si tiene hemofilia • Medicamentos inmunosupresores, si estaba inscrito en la Parte A de Medicare en el momento del trasplante de órganos • Los medicamentos inyectables para la osteoporosis, si está confinado, tiene una fractura ósea que un médico certifica que estaba relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede inyectarse el medicamento usted mismo • Antígenos (vacunas contra la alergia) • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y medicamentos contra las náuseas	20% de coseguro por cada medicamento de la Parte B cubierto por Medicare. $35 de copago por cada medicamento de insulina de la Parte B cubierto por Medicare. Usted no pagará más de $35 por un suministro mensual de insulina de la Parte B. No se aplican deducibles. Además, para la administración de ese medicamento, usted pagará el costo compartido que se aplica a los servicios del proveedor de atención primaria o servicios especializados (como se describe en “Servicios para médicos/ profesionales, incluyendo las visitas al consultorio médico” en esta tabla de beneficios). 20% de coseguro por cada medicamento de quimioterapia de la Parte B cubierto por Medicare y la administración de ese medicamento.	30% de coseguro por cada medicamento de la Parte B cubierto por Medicare. $35 de copago por cada medicamento de insulina de la Parte B cubierto por Medicare. Usted no pagará más de $35 por un suministro mensual de insulina de la Parte B. No se aplican deducibles. Además, para la administración de ese medicamento, usted pagará el costo compartido que se aplica a los servicios del proveedor de atención primaria o servicios especializados (como se describe en “Servicios para médicos/ profesionales, incluyendo las visitas al consultorio médico” en esta tabla de beneficios). 30% de coseguro por cada medicamento de quimioterapia de la Parte B cubierto por Medicare y la administración de ese medicamento.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios dentro de la red	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios fuera de la red
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare* (continuación) • Ciertos medicamentos para diálisis en su hogar, incluidos heparina, antídoto para la heparina cuando sea necesario por razones médicas, anestésicos tópicos y agentes estimulantes de la eritropoyesis (como Epogen®, Procit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa) • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en su hogar de enfermedades de inmunodeficiencia primaria El siguiente enlace lo llevará a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a terapia escalonada: **medicare.aspirushealthplan.com/drug-list-search**. También cubrimos algunas vacunas bajo el beneficio de medicamentos recetados de la Parte B de Medicare.		
Detección y terapia de la obesidad para promover la pérdida de peso sostenida Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubriremos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si lo recibe en un entorno de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan de prevención integral. Hable con su médico de atención primaria o profesional para obtener más información.	No hay coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección y terapia preventiva para la obesidad.	No hay coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección y terapia preventiva para la obesidad.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios dentro de la red	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios fuera de la red
Servicios del programa de tratamiento de opioides Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (opioid use disorder, OUD) pueden recibir cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Programa de tratamiento de 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 EE.UU. para el tratamiento asistido con medicamentos agonistas y antagonistas de opioides (medication-assisted treatment, MAT) • Despacho y administración de medicamentos para el MAT (si corresponde) • Consejería sobre el uso de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas toxicológicas • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas	$0 de copago por cada servicio del programa de tratamiento de opioides cubiertos por Medicare.	30% de coseguro por cada servicio del programa de tratamiento de opioides cubierto por Medicare.
Pruebas diagnósticas ambulatorias y servicios e insumos terapéuticos Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a: • Radiografías	20% de coseguro por cada servicio de radiografía estándar cubierto por Medicare.	30% de coseguro por cada servicio de radiografía estándar cubierto por Medicare.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios dentro de la red	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios fuera de la red
• Terapia de radiación (radio e isótopos), incluyendo materiales y suministros técnicos	20% de coseguro por cada servicio de terapia de radiación (radio e isótopos) cubierto por Medicare, incluyendo materiales y suministros del médico.	30% de coseguro por cada servicio de terapia de radiación (radio e isótopos) cubierto por Medicare, incluyendo materiales y suministros del médico.
• Servicios de radiología diagnóstica (por ejemplo, resonancia magnética, tomografía computarizada y tomografías PET)	20% de coseguro por cada servicio de radiología de diagnóstico cubierto por Medicare.	30% de coseguro por cada servicio de radiología de diagnóstico cubierto por Medicare.
• Otras pruebas diagnósticas ambulatorias	$0 de copago por cada otra prueba de diagnóstico cubierto por Medicare. Su costo compartido para rayos X, radioterapia, servicios de radiología de diagnóstico y otros servicios de pruebas de diagnóstico ambulatorio en un solo día no excederá los $125	30% de coseguro por cada otra prueba de diagnóstico cubierto por Medicare.
• Mamografías de diagnóstico	0% de coseguro por cada mamografía de diagnóstico cubierta por Medicare.	30% de coseguro por cada mamografía de diagnóstico cubierta por Medicare.
• Suministros quirúrgicos, como apósitos • Férulas yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones	20% de coseguro por cada suministro médico cubierto por Medicare.	30% de coseguro por cada suministro médico cubierto por Medicare.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios dentro de la red	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios fuera de la red
• Pruebas de laboratorio	$0 de copago por cada prueba de laboratorio cubierta por Medicare.	$0 de copago por cada prueba de laboratorio cubierta por Medicare.
• Sangre, incluyendo almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y glóbulos rojos empaquetados, y todos los otros componentes de la sangre, comienza con la primera pinta de sangre que necesita.	$0 de copago por servicios de la sangre cubiertos por Medicare.	30% de coseguro por servicios de la sangre cubiertos por Medicare.
Observación hospitalaria como paciente ambulatorio Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios que se brindan para determinar si necesita ser admitido como paciente hospitalizado o si puede ser dado de alta. Para que los servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios estén cubiertos, deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo cuando son proporcionados por la orden de un médico u otra persona autorizada por la ley estatal de licencias y los estatutos del personal del hospital para admitir pacientes en el hospital u ordenar pruebas ambulatorias.	$195 de copago por servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare incluidos en una sola estadía.	30% de coseguro por servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare incluidos en una sola estadía.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios dentro de la red	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios fuera de la red
Observación hospitalaria como paciente ambulatorio (continuación) **Nota:** A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente hospitalizado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido por los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que se le considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, debe preguntar al personal del hospital. También puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare llamada *¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!* (Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!). Esta hoja informativa está disponible en la web en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita las 24 horas del día, los 7 días de la semana.		

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios dentro de la red	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios fuera de la red
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios		
Cubrimos los servicios médicamente necesarios que recibe en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a: • Servicios en un departamento de emergencias o clínica ambulatoria, como servicios de observación o cirugía ambulatoria • Pruebas de laboratorio y pruebas diagnósticas facturadas por el hospital • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que se necesitaría tratamiento hospitalario sin esta • Radiografías y otros servicios radiológicos facturados por el hospital • Suministros médicos, como férulas y yesos • Ciertos medicamentos y productos biológicos que no puede administrarse usted mismo	$195 de copago por cada servicio hospitalario ambulatorio cubierto por Medicare, incluyendo observación, cirugía ambulatoria o procedimiento. Además, consulte las siguientes secciones que se encuentran en esta Tabla de beneficios médicos: "Atención de emergencia" o "Cirugía ambulatoria, incluyendo los servicios prestados en instalaciones hospitalarias ambulatorias y centros quirúrgicos ambulatorios".	30% de coseguro por cada servicio hospitalario ambulatorio cubierto por Medicare, incluyendo observación, cirugía ambulatoria o procedimiento. Además, consulte las siguientes secciones que se encuentran en esta Tabla de beneficios médicos: "Atención de emergencia" o "Cirugía ambulatoria, incluyendo los servicios prestados en instalaciones hospitalarias ambulatorias y centros quirúrgicos ambulatorios".

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios dentro de la red	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios fuera de la red
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (continuación)		
Nota: A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente hospitalizado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costos compartidos por los servicios hospitalarios ambulatorios. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que se le considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, debe preguntar al personal del hospital. También puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare llamada *¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!* (Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!). Esta hoja informativa está disponible en la web, en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	"Pruebas diagnósticas y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios". "Atención de salud mental para pacientes ambulatorios" o "Servicios de hospitalización parcial". "Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare".	"Pruebas diagnósticas y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios". "Atención de salud mental para pacientes ambulatorios" o "Servicios de hospitalización parcial". "Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare".

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios dentro de la red	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios fuera de la red
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen: Servicios de salud mental proporcionados por un psiquiatra o médico con licencia estatal, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermera practicante, consejero profesional con licencia (LPC), terapeuta familiar y matrimonial con licencia (LMFT), enfermero profesional (NP), asistente médico (PA) u otro profesional de atención de salud mental calificado por Medicare según lo permitan las leyes estatales aplicables.	$0 de copago por cada visita cubierta por Medicare.	$0 de copago por cada visita cubierta por Medicare.
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen: fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y el lenguaje. Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se proporcionan en diversas instalaciones para pacientes ambulatorios, como departamentos ambulatorios del hospital, oficinas de terapeutas independientes y centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF).	$40 de copago por cada visita cubierta por Medicare.	$40 de copago por cada visita cubierta por Medicare.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios dentro de la red	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios fuera de la red
Servicios para trastorno por consumo de sustancias para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen: servicios para abuso de sustancias proporcionados en un entorno hospitalario ambulatorio por un psiquiatra o médico con licencia estatal, psicólogo clínico, trabajador social clínico, enfermera especialista clínica, enfermera practicante, asistente médico u otro profesional de atención médica calificado por Medicare según lo permitan las leyes estatales aplicables, y realizados bajo la supervisión y dirección de un médico.	$0 de copago por cada visita cubierta por Medicare.	$0 de copago por cada visita cubierta por Medicare.
Cirugía ambulatoria, incluyendo los servicios prestados en instalaciones hospitalarias ambulatorias y centros quirúrgicos ambulatorios* **Nota:** Si se someterá a una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar con su proveedor acerca de si será un paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente hospitalizado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costos compartidos por la cirugía ambulatoria. Incluso si pasa la noche en el hospital, se lo puede considerar un paciente ambulatorio.	$195 de copago por cada procedimiento o cirugía ambulatoria cubierto por Medicare en un centro quirúrgico ambulatorio o centro hospitalario.	30% de coseguro por cada procedimiento o cirugía ambulatoria cubierto por Medicare en un centro quirúrgico ambulatorio o centro hospitalario ambulatorio.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios dentro de la red	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios fuera de la red
Asignación para artículos de venta libre (OTC) **<u>El beneficio OTC incluye</u>** • Una asignación cargada en su tarjeta Aspirus Health Plan Healthy Benefits+ Visa® dos veces por año. • Los dólares que no use vencerán el 30 de junio y el 31 de diciembre. Los artículos elegibles pueden incluir: pastillas para la tos, suministros de primeros auxilios, alivio del dolor, medicamentos para los senos paranasales, pasta de dientes y mucho más. **<u>Cómo utilizar el beneficio OTC</u>** **A partir del 1 de enero de 2024,** usted puede usar la tarjeta Aspirus Health Plan Healthy Benefits+ Visa® para comprar: • En las tiendas minoristas participantes. • En línea en <u>Walmart.com</u> • Por teléfono al 1-844-529-5877 (TTY 711). Si está interesado, contamos con una aplicación móvil para que su experiencia de compra sea más fácil. La aplicación incluye: • El localizador de tiendas • Una tarjeta digital • Acceso en tiempo real a su saldo de beneficios e historial de transacciones Descargue la aplicación Healthy Benefits+ de Apple App Store o Google Play™. Se pueden aplicar tarifas de datos **<u>Obtenga más información</u>** **A partir del 1 de enero de 2024**, puede visitar <u>HealthyBenefitsPlus.com/aspirus o llamar al</u> 1-833-862-8276 (esta llamada es gratuita); TTY 711 (esta llamada es gratuita) para obtener más información o consultar el saldo de su tarjeta. Este número de teléfono también figura en el reverso de su tarjeta Aspirus Health Plan Healthy Benefits+ Visa®.	$75 de asignación para usar semestralmente. Asignación disponible para los miembros a través de pedidos por correo, pedidos en línea o compras en la tienda en tiendas minoristas participantes.	$75 de asignación para usar semestralmente. Asignación disponible para los miembros a través de pedidos por correo, pedidos en línea o compras en la tienda en tiendas minoristas participantes.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios dentro de la red	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios fuera de la red
Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos Hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo proporcionado como un servicio ambulatorio hospitalario o por un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización. El servicio ambulatorio intensivo es un programa estructurado de tratamiento de terapia de salud conductual (mental) brindado en un departamento para pacientes ambulatorios de un hospital, un centro de salud mental comunitario, un centro de salud calificado a nivel federal o una clínica de salud rural que es más intense que la atención recibida en el consultorio de su médico o terapeuta, pero menos intenso que la hospitalización parcial.	$0 de copago por beneficios cubiertos por Medicare.	30% de coseguro por beneficios cubiertos por Medicare.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios dentro de la red	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios fuera de la red
Servicios de médicos/profesionales, incluyendo las visitas al consultorio del médico		
Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios de atención médica o cirugía médicamente necesarios proporcionados en el consultorio de un médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento ambulatorio del hospital o cualquier otro lugar • Consulta, diagnóstico y tratamiento por un especialista • Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su PCP o especialista, si su médico se lo ordena para ver si necesita tratamiento médico	$0 de copago por atención médica proporcionada por un proveedor de atención primaria. O, bajo ciertas circunstancias, por una enfermera practicante o asistente médico u otros profesionales de la salud no médicos (según lo permitan las reglas de Medicare).	$0 de copago por atención médica proporcionada por un proveedor de atención primaria. O, bajo ciertas circunstancias, por una enfermera practicante o asistente médico u otros profesionales de la salud no médicos (según lo permitan las reglas de Medicare).
• Ciertos servicios de telesalud, incluidos los destinados a: – Servicios aprobados por Medicare, incluidos los servicios que se necesitan con urgencia, visitas al proveedor de atención primaria y al especialista, sesiones de salud mental individuales y grupales, servicios de podología, procedimientos y pruebas de diagnóstico, servicios de diálisis, servicios de educación sobre enfermedades renales y exámenes oculares	$40 de copago por servicios obtenidos de un especialista. O, bajo ciertas circunstancias, por una enfermera practicante o asistente médico u otros profesionales de la salud no médicos (según lo permitan las reglas de Medicare).	$40 de copago por servicios obtenidos de un especialista. O, bajo ciertas circunstancias, por una enfermera practicante o asistente médico u otros profesionales de la salud no médicos (según lo permitido por las reglas de Medicare).

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios dentro de la red	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios fuera de la red
Servicios del médico/profesional, incluyendo las visitas al consultorio del médico (continuación)		
– Usted tiene la opción de obtener estos servicios a través de una visita en persona o por telesalud. Si elige obtener uno de estos servicios por telesalud, debe usar un proveedor de la red que ofrezca el servicio por telesalud. • Servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con enfermedad renal en etapa terminal para diálisis en el hogar para miembros en un hospital o centro de diálisis renal de acceso crítico, centro de diálisis renal o el hogar del miembro • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por uso de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación • Servicios de telesalud para diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental **si**: – Tiene una visita en persona dentro de los 6 meses anteriores a su primera visita de telesalud – Tiene una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud – Se pueden hacer excepciones a lo anterior para ciertas circunstancias.	NOTA: Los servicios de telesalud cubiertos por Medicare estarán sujetos a los mismos costos compartidos que los servicios que recibiría en persona. Si se somete a una cirugía o procedimientos realizados en un centro quirúrgico ambulatorio certificado o en un entorno ambulatorio hospitalario, consulte "Cirugía ambulatoria, incluyendo los servicios prestados en instalaciones hospitalarias ambulatorias y centros quirúrgicos ambulatorios" y/o las secciones "Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios" en esta tabla de beneficios para los copagos o los montos de coseguro aplicables.	NOTA: Los servicios de telesalud cubiertos por Medicare estarán sujetos a los mismos costos compartidos que los servicios que recibiría en persona. Si se somete a una cirugía o procedimientos realizados en un centro quirúrgico ambulatorio certificado o en un entorno ambulatorio hospitalario, consulte "Cirugía ambulatoria, incluyendo servicios proporcionados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios" y/o las secciones "Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios" en esta tabla de beneficios para los copagos o los montos de coseguro aplicables.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios dentro de la red	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios fuera de la red
Servicios del médico/profesional, incluyendo las visitas al consultorio del médico (continuación) • Servicios de telesalud para visitas de salud mental proporcionados por clínicas de salud rurales y centros de salud calificados federalmente • Registros virtuales (por ejemplo, por teléfono o video chat) con su médico durante 5-10 minutos **si**: − Usted no es un paciente nuevo, **y** − El registro no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos 7 días, **y** − El registro no deriva en una visita al consultorio dentro de las 24 horas o la cita más temprana disponible • Evaluación del video y/o imágenes que envíe a su médico e interpretación y seguimiento por parte de su médico dentro de las 24 horas **si**: − Usted no es un paciente nuevo, **y** − La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días, **y** − La evaluación no deriva en una visita al consultorio dentro de las 24 horas o la cita disponible más próxima • Consulta que su médico tiene con otros médicos por teléfono, Internet o registro de salud electrónico • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía		

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios dentro de la red	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios fuera de la red
• Además de la visita al consultorio del médico en persona, Elite cubre visitas electrónicas sin costo cuando utiliza Virtuwell® en virtuwell.com, disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana, sin una cita. Consulte la sección de Visitas electrónicas en el Capítulo 10 para obtener una definición de visita electrónica (E-visit) y Virtuwell®. (Nota: El uso de clínicas en línea es opcional. Puede seguir yendo a su proveedor directamente).	$0 de copago por cada visita electrónica (E-visit).	$0 de copago por cada visita electrónica (E-visit).
• Atención dental que no es de rutina (los servicios cubiertos se limitan a la cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, el establecimiento de fracturas de la mandíbula o los huesos faciales, la extracción de dientes para preparar la mandíbula para los tratamientos de radiación de la enfermedad del cáncer neoplásico o los servicios que estarían cubiertos cuando los proporciona un médico)	$0 de copago por cada visita cubierta por Medicare.	30% de coseguro por cada visita cubierta por Medicare.
Servicios de podiatría Los servicios cubiertos incluyen: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie (como espolones en martillo o talón) • Atención de rutina de los pies para miembros que padecen determinadas afecciones médicas que afectan a los miembros inferiores	$40 de copago por cada visita cubierta por Medicare.	$40 de copago por cada visita cubierta por Medicare.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios dentro de la red	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios fuera de la red
Exámenes 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: • Examen rectal digital • Prueba de antígeno prostático específico (PSA)	No hay coseguro, copago ni deducible para un examen rectal digital y PSA anual.	30% de coseguro para un examen rectal digital anual cubierto por Medicare. No hay coseguro, copago ni deducible para un examen rectal digital y PSA anual.
Dispositivos protésicos y suministros relacionados Dispositivos (que no sean dentales) que reemplazan la totalidad o parte de una parte o función del cuerpo. Estos incluyen, pero no se limitan a: bolsas y suministros de colostomía directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, zapatos protésicos, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluyendo un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con dispositivos protésicos y reparación y/o reemplazo de dispositivos protésicos. También incluye cierta cobertura después de la extirpación de cataratas o la cirugía de cataratas; consulte "Atención de la vista" más adelante en esta sección para obtener más detalles.	20% de coseguro para dispositivos protésicos y ortopédicos cubiertos por Medicare, incluyendo la reparación y/o el reemplazo. 20% de coseguro por suministros cubiertos por Medicare.	30% de coseguro para dispositivos protésicos y ortopédicos cubiertos por Medicare, incluyendo la reparación y/o el reemplazo. 30% de coseguro por suministros cubiertos por Medicare.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios dentro de la red	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios fuera de la red
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para los miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave y una orden de rehabilitación pulmonar del médico que trata la enfermedad respiratoria crónica.	$20 de copago por cada visita cubierta por Medicare.	30% de coseguro por cada visita cubierta por Medicare.
Detección y asesoramiento para reducir el uso de alcohol Cubrimos una evaluación de abuso de alcohol para adultos con Medicare (incluidas las personas embarazadas) que abusan del alcohol, pero que no son dependientes del alcohol. Si su evaluación da positivo para abuso del alcohol, puede recibir hasta 4 breves sesiones de asesoramiento en persona por año (si usted está alerta y es competente durante el asesoramiento) provistas por un médico de atención primaria o profesional médico acreditado, en un entorno de atención médica primaria	No hay coseguro, copago o deducible para la evaluación y el asesoramiento cubiertos por Medicare para reducir el beneficio preventivo del abuso de alcohol.	No hay coseguro, copago o deducible para la evaluación y el asesoramiento cubiertos por Medicare para reducir el beneficio preventivo del abuso de alcohol.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios dentro de la red	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios fuera de la red
Prueba de detección del cáncer de pulmón con tomografía computarizada de dosis baja (LDCT) Para las personas que califican, un LDCT está cubierto cada 12 meses. **Los miembros elegibles son:** personas de 50 a 77 años que no tienen signos o síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de tabaquismo de al menos 20 paquetes-año y que actualmente fuman o han dejado de fumar en los últimos 15 años, que reciben una orden por escrito para LDCT durante un asesoramiento de detección de cáncer de pulmón y una visita compartida de toma de decisiones que cumple con los criterios de Medicare para tales visitas y que sea proporcionada por un médico o un profesional calificado que no sea médico. *Para los exámenes de detección de cáncer de pulmón LDCT después de los exámenes de detección iniciales de LDCT:* el miembro debe recibir una orden por escrito para la detección del cáncer de pulmón LDCT, que se puede proporcionar durante cualquier visita apropiada con un médico o un profesional calificado que no sea médico. Si un médico o un profesional calificado no médico elige proporcionar un asesoramiento sobre la detección del cáncer de pulmón y toma de decisiones compartida para pruebas de detección de cáncer de pulmón posteriores con LDCT, la visita debe cumplir los criterios de Medicare para dichas visitas.	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida cubierta por Medicare o para el LDCT.	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida cubierta por Medicare o para el LDCT.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios dentro de la red	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios fuera de la red
Prueba de detección para infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento para prevenir las ITS Cubrimos exámenes de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) para clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las personas embarazadas y para ciertas personas que tienen un mayor riesgo de contraer una ITS cuando las pruebas son ordenadas por un proveedor de atención primaria. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo. También cubrimos hasta 2 sesiones de 20 a 30 minutos de asesoramiento conductual cara a cara y de alta intensidad cada año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de ITS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son proporcionadas por un proveedor de atención primaria y se llevan a cabo en un entorno de atención primaria, como el consultorio de un médico.	No hay coseguro, copago o deducible para la detección de ITS cubierta por Medicare y el beneficio preventivo de asesoramiento para ITS.	No hay coseguro, copago o deducible para la detección de ITS cubierta por Medicare y el beneficio preventivo de asesoramiento para ITS.
Servicios para tratar la enfermedad renal Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios de educación sobre la enfermedad renal para enseñar el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar buenas decisiones sobre su atención. Para los miembros con enfermedad renal crónica en estadio IV cuando son remitidos por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal por vida.	$0 de copago por beneficios cubiertos por Medicare.	30% de coseguro por beneficios cubiertos por Medicare.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios dentro de la red	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios fuera de la red
Servicios para tratar la enfermedad renal (continuación)		
• Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluyendo los tratamientos de diálisis cuando están temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor de este servicio está temporalmente no disponible o inaccesible).	20% de coseguro para los beneficios cubiertos por Medicare recibidos de un proveedor dentro de la red en su área de servicio o de cualquier proveedor cuando usted se encuentre temporalmente fuera del área de servicio.	20% de coseguro por beneficios cubiertos por Medicare.
• Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si ingresa como paciente hospitalizado en un hospital para recibir atención especial)	Consulte la sección "Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados" que se encuentra en esta Tabla de beneficios médicos.	Consulte la sección "Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados" que se encuentra en esta Tabla de beneficios médicos.
• Capacitación en autodiálisis (incluyendo la capacitación para usted y cualquier persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar) • Equipos y suministros de diálisis en el hogar • Ciertos servicios de apoyo en el hogar (como por ejemplo, cuando sea necesario, las visitas necesarias de trabajadores de diálisis capacitados para verificar su diálisis en el hogar, para ayudar en emergencias y para revisar su equipo de diálisis y suministro de agua) Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, vaya a la sección *Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare*.	20% de coseguro por beneficios cubiertos por Medicare.	20% de coseguro por beneficios cubiertos por Medicare.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios dentro de la red	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios fuera de la red
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)*		
(Para obtener una definición de "atención en un centro de enfermería especializada", consulte el Capítulo 10 de este documento. Los centros de enfermería especializada a veces se llaman "SNF"). No se requiere hospitalización previa. Usted está cubierto por hasta 100 días cada período de beneficios para servicios de hospitalización en un SNF, de acuerdo con las pautas de Medicare. Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a: • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluyendo dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Medicamentos que se le administran como parte de su plan de atención (esto incluye las sustancias que se encuentran naturalmente en el cuerpo, como los factores de coagulación de la sangre). • Sangre, incluyendo almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y glóbulos rojos empaquetados, y todos los otros componentes de la sangre, comienza con la primera pinta de sangre que necesita.	$0 de copago por día para los días 1-20; $203 de copago por día para los días 21-43; $0 de copago por los días 44-100, por período de beneficios. Un período de beneficios comienza el primer día en que ingresa a un hospital o centro de enfermería especializada como paciente hospitalizado cubierto por Medicare. El período de beneficios termina cuando no ha sido un paciente hospitalizado en ningún hospital o SNF por 60 días consecutivos. Si va al hospital (o SNF) después de que haya finalizado un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. No hay límite para el número de períodos de beneficios que puede tener.	30% de coseguro por cada estadía cubierta por Medicare. Un período de beneficios comienza el primer día en que ingresa a un hospital o centro de enfermería especializada como paciente hospitalizado cubierto por Medicare. El período de beneficios termina cuando no ha sido un paciente hospitalizado en ningún hospital o SNF por 60 días consecutivos. Si va al hospital (o SNF) después de que haya finalizado un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. No hay límite para el número de períodos de beneficios que puede tener.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios dentro de la red	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios fuera de la red
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)* (continuación) • Suministros médicos y quirúrgicos normalmente proporcionados por un SNF • Pruebas de laboratorio normalmente proporcionadas por un SNF • Rayos X y otros servicios de radiología normalmente proporcionados por un SNF • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, comúnmente ordenados por los SNF • Servicios del médico/profesional Por lo general, recibirá su atención de SNF de instalaciones de la red. Sin embargo, bajo ciertas condiciones que se enumeran a continuación, es posible que pueda pagar los costos compartidos dentro de la red para una instalación que no es un proveedor de la red, si la instalación acepta los montos de pago de nuestro plan. • Un hogar de ancianos o una comunidad de jubilados de atención continua donde vivía antes de ir al hospital (siempre y cuando brinde atención en un centro de enfermería) • Un SNF donde vive su cónyuge en el momento en que usted sale del hospital		

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios dentro de la red	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios fuera de la red
Dejar de fumar y de consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco)		
Si usted consume tabaco, pero no presenta signos o síntomas de enfermedad relacionada con el tabaco: cubrimos dos intentos para dejar de fumar o consumir tabaco con asesoramiento dentro de un período de 12 meses como un servicio preventivo sin costo para usted. Cada intento de consejería incluye hasta cuatro visitas cara a cara. Si consume tabaco y le han diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando medicamentos que pueden verse afectados por el tabaco: cubrimos servicios de asesoramiento para dejar de fumar. Cubrimos dos intentos de consejería para dejar de fumar dentro de un período de 12 meses; sin embargo, usted pagará el costo compartido aplicable. Cada intento de consejería incluye hasta cuatro visitas cara a cara.	No hay coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos cubiertos por Medicare para dejar de fumar y consumir tabaco.	No hay coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos cubiertos por Medicare para dejar de fumar y consumir tabaco.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios dentro de la red	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios fuera de la red
Recursos para dejar de fumar o vapear Obtenga información sobre cómo dejar de fumar, vapear o masticar tabaco. Los miembros de Aspirus Health Plan pueden recibir ayuda sin costo para dejar de consumir tabaco a través de la línea para dejar de fumar y consumir nicotina. Los parches, goma de mascar o pastillas de nicotina también están disponibles para miembros elegibles de Aspirus Health Plan. Obtenga ayuda para dejar el hábito desde la comodidad de su hogar: • Llame a Línea para dejar de fumar y consumir nicotina al 1-855-260-9713 (esta llamada es gratuita), disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana • Visite http://www.myquitforlife.com/aspirus • Descargue la aplicación móvil Rally Coach Quit For Life	$0 de copago Los productos de terapia de reemplazo de nicotina de venta libre (OTC) (chicles, pastillas, parches sin receta) están disponibles para los miembros que participan en la Línea para dejar de fumar y consumir nicotina.	$0 de copago Los productos de terapia de reemplazo de nicotina de venta libre (OTC) (chicles, pastillas, parches sin receta) están disponibles para los miembros que participan en la Línea para dejar de fumar y consumir nicotina.
Terapia de ejercicio supervisada (Supervised exercise therapy, SET) La SET está cubierta para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica (EAP) sintomática. Se cubren hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa SET. El programa SET debe: • Consistir en sesiones de 30-60 minutos de duración, que comprendan un programa terapéutico de entrenamiento con ejercicios para la EAP en pacientes con claudicación	$30 de copago por cada visita cubierta por Medicare.	30% de coseguro por cada visita cubierta por Medicare.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios dentro de la red	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios fuera de la red
Terapia de ejercicio supervisada (SET) (continuación) • Ser realizada en un entorno ambulatorio hospitalario o en el consultorio de un médico • Ser brindado por personal calificado que se asegura de que el beneficio exceda el daño y que esté capacitado en terapia de ejercicio para la EAP • Bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico o enfermero practicante/enfermero clínico especialista que debe estar capacitado en técnicas básicas y avanzadas de soporte vital La SET puede estar cubierta más allá de 36 sesiones durante 12 semanas para 36 sesiones adicionales durante un período prolongado de tiempo si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.		
Servicios necesarios de urgencia Los servicios necesarios de urgencia se brindan para tratar una enfermedad, lesión o afección médica imprevista que no sea de emergencia y que requiera atención médica inmediata, pero dadas sus circunstancias, no es posible, o no es razonable, obtener servicios de proveedores de la red. Los servicios deben ser inmediatamente necesarios y médicamente necesarios. Ejemplos de servicios urgentes que el plan debe cubrir fuera de la red son: Si está temporalmente fuera del área de servicio del plan y requiere servicios inmediatos médicamente necesarios para una condición imprevista, pero no es una emergencia médica; o si no es razonable dadas sus circunstancias que obtenga atención médica inmediata de un proveedor de la red. El costo compartido para servicios necesarios de urgencia brindados fuera de la red es el mismo que para dichos servicios brindados dentro de la red.	$25 de copago por visita. $100 de copago por cada visita de atención de urgencia en todo el mundo. ✓	$25 de copago por visita. $100 de copago por cada visita de atención de urgencia en todo el mundo. ✓

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios dentro de la red	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios fuera de la red
Servicios necesarios de urgencia (continuación) <u>Atención de urgencia en todo el mundo:</u> La atención de urgencia en todo el mundo aplica a atención de urgencia recibida fuera de los Estados Unidos y sus territorios. La cobertura incluye: • Servicios necesarios de urgencia que sean médicamente necesarios e inmediatamente requeridos como consecuencia de una enfermedad, lesión o afección El transporte de regreso a los Estados Unidos o sus territorios no está cubierto. Si necesita servicios necesarios de urgencia fuera de los EE.UU. y sus territorios, es posible que tenga que pagar esos servicios por adelantado. Si esto sucede, entonces tiene que pedirnos que le devolvamos el dinero. Su proveedor también puede optar por presentar un reclamo en su nombre. Consulte el Capítulo 5, Sección 2, para obtener información sobre cómo obtener el reembolso por los servicios médicos.		

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios dentro de la red	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios fuera de la red
Atención de la vista		
Los servicios cubiertos incluyen:		
• Servicios médicos ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones del ojo, incluyendo el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes oculares de rutina (refracciones oculares) para anteojos/lentes de contacto	$40 de copago por cada visita cubierta por Medicare.	30% de coseguro por cada visita cubierta por Medicare.
• Un examen de rutina de la vista (ojo) y hasta dos refracciones al año	$0 de copago por un examen de la vista de rutina y hasta dos refracciones anualmente.	30% de coseguro por un examen de la vista de rutina y hasta dos refracciones anualmente.
• Para las personas con alto riesgo de glaucoma, el plan pagará una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas con alto riesgo de glaucoma incluyen: personas con antecedentes familiares de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos de 50 años o más e hispanoamericanos de 65 años o más	$0 de copago por cada prueba de detección de glaucoma cubierta por Medicare.	30% de coseguro por cada prueba de detección de glaucoma cubierta por Medicare.
• Para las personas con diabetes, la detección de retinopatía diabética está cubierta una vez al año	$0 de copago por cada examen de retinopatía diabética cubierto por Medicare.	30% de coseguro por cada examen de retinopatía diabética cubierto por Medicare.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios dentro de la red	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios fuera de la red
Atención de la vista (continuación)		
• Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la inserción de una lente intraocular (si tiene dos operaciones de cataratas separadas, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos anteojos después de la segunda cirugía).	$0 de copago por un par de anteojos o lentes de contacto estándar cubiertos por Medicare. Los lentes progresivos, los lentes bifocales o trifocales sin línea, el tinte (excepto ciertos recubrimientos de detección ultravioleta), los recubrimientos resistentes a los arañazos o los lentes de gran tamaño no están cubiertos a menos que lo exijan las pautas de cobertura de Medicare.	30% de coseguro por un par de anteojos o lentes de contacto estándar cubiertos por Medicare. Los lentes progresivos, los lentes bifocales o trifocales sin línea, el tinte (excepto ciertos recubrimientos de detección ultravioleta), los recubrimientos resistentes a los arañazos o los lentes de gran tamaño no están cubiertos a menos que lo exijan las pautas de cobertura de Medicare.
• Asignación anual para anteojos recetados y lentes de contacto, de cualquier proveedor de anteojos, incluyendo: • marcos o lentes • mejoras a recetas existentes • mejoras a anteojos cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas	$175 de asignación de beneficios por año (combinado dentro y fuera de la red).	$175 de asignación de beneficios por año (combinado dentro y fuera de la red).

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios dentro de la red	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios fuera de la red
Atención de la vista (continuación) Su asignación anual para anteojos recetados se carga en su tarjeta Aspirus Health Plan Healthy Benefits+ Visa®. Puede usar su tarjeta Aspirus Health Plan Healthy Benefits+ Visa® para compras de lentes hasta el monto permitido en el minorista de lentes. Si no usa su tarjeta Aspirus Health Plan Healthy Benefits+ Visa® por error o si la tienda minorista no acepta la tarjeta Aspirus Health Plan Healthy Benefits+ Visa®, puede enviar su recibo de servicios dentales detallados a Aspirus Health Plan, a: **Attn: DMR Department** Aspirus Health Plan PO Box 22 Minneapolis, MN 55440-9975 Si el recibo es aceptable, se enviará un cheque de reembolso a la dirección que figura en el archivo y el saldo de la asignación se eliminará cuando se canjee de la tarjeta Aspirus Health Plan Healthy Benefits+ Visa®.		
Visita preventiva "Bienvenido a Medicare" El plan cubre la visita preventiva por única vez Bienvenido a Medicare. La visita Incluye una revisión de su salud, así como educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluyendo ciertos exámenes y vacunas), y remisiones para otros cuidados si es necesario. **Importante:** Cubrimos la visita preventiva Bienvenido a Medicare solo dentro de los primeros 12 meses que tenga la Parte B de Medicare. Cuando programe su cita, informe al consultorio de su médico que le gustaría programar su visita preventiva Bienvenido a Medicare.	No hay coseguro, copago, ni deducible por la visita preventiva "Bienvenido a Medicare".	No hay coseguro, copago, ni deducible por la visita preventiva "Bienvenido a Medicare". 30% de coseguro para una prueba de ECG cubierta por Medicare por única vez si se ordena como resultado de su visita preventiva "Bienvenido a Medicare". Consulte la sección "Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios" que se encuentra en esta Tabla de beneficios médicos para otros ECG.

Sección 2.2 Beneficios opcionales complementarios adicionales que puede comprar

Nuestro plan ofrece algunos beneficios adicionales que no están cubiertos por Original Medicare y no están incluidos en su paquete de beneficios. Estos beneficios adicionales se llaman **Beneficios complementarios opcionales**. Si desea estos beneficios complementarios opcionales, debe inscribirse en ellos y es posible que tenga que pagar una prima adicional por ellos. Los beneficios suplementarios opcionales descritos en esta sección están sujetos al mismo proceso de apelación que cualquier otro beneficio.

Como miembro del plan, usted tiene la opción de comprar el paquete de beneficios de Choice Dental. Puede seleccionar esta opción (a) al momento de su inscripción inicial en el plan, (b) dentro de los primeros 30 días de la inscripción en el plan, o (c) durante el Período de elección anual de cada año. La prima mensual en 2024 es de $25. Esto es adicional a sus primas de las Partes A y/o B de Medicare, si corresponde. El deducible y el coseguro de estos servicios cubiertos no se aplican a su máximo de costos de desembolso directo descrito en este Capítulo 4. Los servicios dentales son administrados por Delta Dental of Minnesota (Delta Dental) ("administrador").

Consulte el Certificado dental Medicare Advantage de Aspirus Health Plan 2024 para obtener un resumen de los beneficios del plan dental, cómo acceder a los beneficios, exclusiones y limitaciones, y otros detalles. Si no tiene el Certificado dental Aspirus Health Plan Medicare Advantage 2024, puede verlo en línea en **medicare.aspirushealthplan.com/member-resources** o llame al Servicio de Atención al Cliente para solicitar uno.

Pagar su prima dental complementaria opcional

Opción 1: Pago con cheque

Puede pagar la prima del beneficio complementario opcional con cheque. Le enviaremos un estado de cuenta mensual. Envíenos un cheque por correo a nombre de:

Aspirus Health Plan
PO Box 855129
Minneapolis, MN 55485-5129

Los pagos de la prima vencen el día 1 de cada mes.

Opción 2: Pago en línea

Puede pagar su prima del beneficio complementario opcional en línea con tarjeta de crédito. Regístrese para tener una cuenta segura en línea, en **medicare.aspirushealthplan.com/member-login**. Con su Cuenta de miembro, puede realizar un pago único con tarjeta de crédito. De todas maneras, le enviaremos un estado de cuenta cada mes.

Opción 3: Pago por teléfono

Puede pagar su prima del beneficio complementario opcional por teléfono. Llame al Servicio de Atención al Cliente y siga las indicaciones. Con este método, puede pagar con una tarjeta de crédito/débito o una cuenta corriente/de ahorros. De todas maneras, le enviaremos un estado de cuenta cada mes.

Opción 4: Pago por transferencia electrónica de fondos (EFT)

Puede hacer que la prima del beneficio complementario opcional se debite automáticamente de su cuenta corriente o de ahorros. Llame al Servicio de Atención al Cliente para obtener un formulario de pago automático. Complete el formulario y envíenoslo de vuelta para configurar sus pagos mensuales. También puede encontrar el formulario en línea en **medicare.aspirushealthplan.com/member-resources**.

Debitaremos sus pagos de la prima del beneficio complementario opcional entre el día 7 y el 10 de cada mes. No recibirá un estado de cuenta mensual por correo.

Opción 5: Haga que su prima del beneficio complementario opcional se debite de su cheque mensual del Seguro Social

Puede hacer que su prima del beneficio complementario opcional se debite de su cheque mensual del Seguro Social. Comuníquese con Servicio de Atención al Cliente para obtener más información sobre cómo pagar la prima de su plan de esta manera. Nos complacerá poder ayudarlo a organizar esto.

Opción 6: Haga que su prima del beneficio complementario opcional se debite de su cheque mensual de la Junta de Jubilación Ferroviaria

Puede hacer que su prima del beneficio complementario opcional se debite de su cheque mensual de la Junta de Jubilación Ferroviaria. Comuníquese con Servicio de Atención al Cliente para obtener más información sobre cómo pagar la prima de su plan de esta manera. Nos complacerá poder ayudarlo a organizar esto.

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?

Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones)

Esta sección le informa qué servicios están “excluidos” de la cobertura de Medicare y, por lo tanto, no están cubiertos por este plan.

La siguiente tabla enumera los servicios y artículos que no están cubiertos bajo ninguna condición o están cubiertos solo bajo condiciones específicas.

Si obtiene servicios que están excluidos (no cubiertos), debe pagarlos usted mismo, excepto bajo las condiciones específicas que se enumeran a continuación. Incluso si recibe los servicios excluidos en un centro de emergencia, los servicios excluidos no están cubiertos y nuestro plan no los pagará. La única excepción es si el servicio es apelado y se decide después de la apelación que es un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hemos tomado de no cubrir un servicio médico, consulte el Capítulo 7, Sección 5.3 de este documento).

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubierto bajo ninguna condición	Cubierto solo bajo condiciones específicas
Acupuntura		• Disponible para personas con dolor lumbar crónico bajo ciertas circunstancias.
Atención dental integral (como servicios restaurativos importantes)		• La atención dental integral está cubierta cuando compra el beneficio dental complementario opcional descrito en la Sección 2.2 del Capítulo 4 de la *Evidencia de cobertura*.
Cirugía o procedimientos cosméticos		• Cubiertos en casos de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de una parte del cuerpo malformada. • Cubiertos para todas las etapas de reconstrucción de una mama luego de una mastectomía, así como los procedimientos en la mama no afectada para lograr un aspecto simétrico
Atención de custodia La atención de custodia (asistencia de apoyo) es la asistencia personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como la asistencia que lo ayuda en las actividades cotidianas, como bañarse o vestirse	**No cubierto bajo ninguna condición**	

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubierto bajo ninguna condición	Cubierto solo bajo condiciones específicas
Procedimientos médicos y quirúrgicos experimentales, equipos y medicamentos Los procedimientos y elementos experimentales son aquellos artículos y procedimientos que nuestro plan y Original Medicare determinan que no tienen aceptación general de la comunidad médica		• Pueden estar cubiertos por Original Medicare bajo 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).
Cargos cobrados por la atención brindada por familiares directos o miembros del hogar	**No cubierto bajo ninguna condición**	
Atención de enfermería a tiempo completo en su hogar	**No cubierto bajo ninguna condición**	
Comidas con entrega en el hogar		• Para miembros con insuficiencia cardíaca congestiva que han sido dados de alta del hospital. (Consulte Ayuda con ciertas afecciones crónicas en la Tabla de beneficios médicos).
Servicios domésticos, que incluyen asistencia básica con las tareas del hogar, incluidos limpieza y mantenimiento leves o preparación ligera de comidas.	**No cubierto bajo ninguna condición**	
Servicios de naturópata (utiliza tratamientos naturales o alternativos)	**No cubierto bajo ninguna condición**	

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubierto bajo ninguna condición	Cubierto solo bajo condiciones específicas
Atención dental que no es de rutina		• La atención dental requerida para tratar enfermedades o lesiones puede estar cubierta como atención hospitalaria o ambulatoria.
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies		• Zapatos que forman parte de un aparato ortopédico para la pierna y están incluidos en el costo del aparato ortopédico. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad del pie diabético.
Artículos personales en su habitación de un hospital o centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor	**No cubierto bajo ninguna condición**	
Habitación privada en un hospital		• Cubierto solo cuando sea médicamente necesario.
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otras ayudas para la baja visión		• Se cubre un examen de la vista y un par de anteojos (o lentes de contacto) para las personas que se han sometido a una cirugía de cataratas.
Procedimientos de reversión de esterilización y suministros anticonceptivos no recetados	**No cubierto bajo ninguna condición**	
Atención quiropráctica de rutina		• La manipulación manual de la columna vertebral a fin de corregir una subluxación está cubierta.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubierto bajo ninguna condición	Cubierto solo bajo condiciones específicas
Atención dental de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras postizas		• Los servicios preventivos y de diagnóstico están cubiertos como se describe en la sección Servicios dentales de la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 de esta *Evidencia de cobertura*.
Cuidado de los pies de rutina		• Algo de cobertura limitada brindada conforme a las pautas de Medicare (por ejemplo, si tiene diabetes).
Servicios considerados no razonables y necesarios, de acuerdo con los estándares de Original Medicare	**No cubierto bajo ninguna condición**	

CAPÍTULO 5

Pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos

A veces, cuando recibe atención médica, es posible que deba pagar el costo total. Otras veces, es posible que haya pagado más de lo que esperaba según las reglas de cobertura del plan o que reciba una factura de un proveedor. En estos casos, puede pedirle a nuestro plan que le pague (devolverle el dinero a menudo se llama "reembolsarle"). Tiene derecho a ser reembolsado por nuestro plan siempre que haya pagado más de su parte del costo de los servicios médicos que están cubiertos por nuestro plan. Puede haber plazos que deba cumplir para recibir el reembolso. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

También puede haber ocasiones en las que reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que ha recibido o posiblemente por más de su parte de los costos compartidos como se discute en el documento. Primero trate de resolver la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla. Examinaremos la factura y decidiremos si los servicios deben estar cubiertos. Si decidimos que deben estar cubiertos, pagaremos directamente al proveedor. Si decidimos no pagarlo, se lo notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más del costo compartido permitido por el plan. Si este proveedor es contratado, usted todavía tiene derecho al tratamiento.

Aquí hay ejemplos de situaciones en las que es posible que necesite pedirle a nuestro plan que le reembolse o pague una factura que recibió:

1. **Cuando ha recibido atención de emergencia o atención médica necesaria de urgencia de un proveedor que no está en la red de nuestro plan**

   Cuando recibe atención de un proveedor que no forma parte de nuestra red, solo es responsable de pagar su parte del costo. (Su parte del costo puede ser mayor para un proveedor fuera de la red que para un proveedor de la red). Pídale al proveedor que facture al plan nuestra parte del costo.

   - Si paga el costo completo en el momento en que recibe la atención, pídanos que le reembolsemos nuestra parte del costo. Envíenos la factura, junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado.
   - Es posible que reciba una factura del proveedor solicitando un pago que usted cree que no debe. Envíenos esta factura, junto con la documentación de cualquier pago que ya haya realizado.
     - Si se le debe algo al proveedor, le pagaremos al proveedor directamente.
     - Si ya pagó más que su parte del costo por el servicio, determinaremos cuánto debe y le reembolsaremos nuestra parte del costo.
   - Tenga en cuenta: A pesar de que puede obtener su atención de un proveedor fuera de la red, el proveedor debe ser elegible para participar en Medicare. Excepto por la atención de emergencia, no podemos pagarle a un proveedor que no es elegible para participar en Medicare. Si el proveedor que no es elegible para participar en Medicare, usted será responsable por el costo completo de los servicios que recibe.

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

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

- Solo tiene que pagar el monto de su costo compartido cuando recibe servicios cubiertos. No permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales por separado, llamados facturación de saldo. Esta protección (que nunca pague más que su monto de costo compartido) se aplica incluso si pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio e incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red que usted cree que es más de lo que debería pagar, envíenos la factura. Nos pondremos en contacto directamente con el proveedor y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya ha pagado una factura a un proveedor de la red, pero considera que pagó demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado y pídanos que le devolvamos la diferencia entre el monto que pagó y el monto que debía bajo el plan.

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

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

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo por cualquiera de sus servicios cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que le devolvamos nuestra parte de los costos. Deberá enviar documentos como recibos y facturas para que podamos manejar el reembolso.

4. Cuando utiliza sus servicios de emergencia en todo el mundo, servicios necesarios de urgencia o beneficios de transporte de emergencia

Si tiene una emergencia, necesidad urgente de servicios o transporte de emergencia, fuera de los Estados Unidos y sus territorios, pagará por esos servicios por adelantado. Luego tendrá que pedirnos que le reembolsemos.

Le devolveremos el dinero a tarifas no mayores que las tarifas a las que pagaría Original Medicare, si los servicios se hubieran realizado en la localidad donde vive en los EE.UU. Restaremos cualquier cantidad de costo compartido que deba de la cantidad que pagamos. La cantidad que le reembolsemos puede ser menor que la cantidad que usted paga al proveedor extranjero. Esto se debe a que pagaremos a tasas no mayores que las que pagaría Original Medicare, y porque los proveedores extranjeros podrían cobrar más por los servicios que las tarifas a las que pagaría Original Medicare.

Guarde sus recibos y envíenos copias cuando nos pida que le paguemos. Sus recibos deben mostrar que es para un servicio de emergencia o necesario de urgencia. También necesitaremos una copia de los registros médicos por los servicios que recibió. Dependiendo del idioma, es posible que no podamos traducir la factura al inglés para procesar el reclamo. En algunas situaciones, es posible que necesitemos obtener más información de usted o de su

proveedor para pagarle nuestra parte del costo. Consulte el Capítulo 7, Sección 2.1, para saber cómo y a dónde enviarnos su solicitud de pago.

Todos los ejemplos anteriores son tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que, si denegamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 7 *(Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas))* de este documento contiene información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo pedirnos que le devolvamos el dinero o que paguemos una factura que haya recibido

Puede solicitarnos que le devolvamos el dinero enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíe su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es una buena idea hacer una copia de su factura y recibos para sus registros. **Debe enviarnos su reclamo en un plazo de 12 meses** a partir de la fecha en que recibió el servicio o artículo.

Para asegurarse de que nos está dando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamo para realizar su solicitud de pago.

- No tiene que usar el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápido.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (**medicare.aspirushealthplan.com/member-resources)** o llame al Servicio de Atención al Cliente y solicite el formulario.

Envíenos por correo su solicitud de pago junto con cualquier factura o recibos pagados a esta dirección:

Para solicitudes de pago por atención médica:

Attn: DMR Department
Aspirus Health Plan
PO Box 22
Minneapolis, MN 55440-9975

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

Sección 3.1 Verificamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento y cuánto debemos

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

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

- Si decidimos que la atención médica *no* está cubierta o usted *no* siguió todas las reglas, pagaremos nuestra parte del costo. Le enviaremos una carta explicando las razones por las que no estamos enviando el pago y su derecho a apelar esa decisión.

Sección 3.2 Si le decimos que no pagaremos la totalidad o parte de la atención médica o el medicamento, puede presentar una apelación.

Si cree que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o la cantidad que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago. El proceso de apelación es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 7 de este documento.

CAPÍTULO 6

Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan.

Sección 1.1 Debemos proporcionar información de una manera que funcione para usted y de acuerdo con sus sensibilidades culturales (en idiomas que no sean inglés, en braille, en letra grande u otros formatos alternativos, etc.)

Se requiere que su plan garantice que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de una manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los inscritos, incluidos aquellos con dominio limitado del inglés, habilidades de lectura limitadas, incapacidad auditiva o aquellos con diversos orígenes culturales y étnicos. Ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la prestación de servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teléfono de teletipo).

Nuestro plan tiene servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder preguntas de miembros que no hablan inglés. También podemos darle 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 de nosotros de una manera que funcione para usted, llame a Servicio de Atención al Cliente.

Nuestro plan está obligado a dar a las mujeres inscritas la opción de acceso directo a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para los servicios de atención médica preventiva y de rutina para 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 proporcionarán la atención necesaria. En este caso, usted solo pagará costos compartidos dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que necesita, llame al plan para obtener información sobre dónde ir para obtener este servicio en el costo compartido dentro de la red.

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, ver a un especialista en salud de la mujer o encontrar un especialista de la red, llame para presentar una queja ante Servicio de Atención al Cliente. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente con la Oficina de Derechos Civiles 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Sección 1.2 Debemos garantizar que usted reciba acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos

Usted tiene derecho a elegir un proveedor en la red del plan. También tiene derecho a ir a un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin una remisión y aún pagar el monto de costo compartido dentro de la red.

Usted tiene derecho a obtener citas y servicios cubiertos de proveedores *dentro de un período de tiempo razonable*. Esto incluye el derecho a obtener servicios oportunos de especialistas cuando necesite esa atención.

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

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

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus registros médicos e información de salud personal. Protegemos su información de salud personal como lo exigen estas leyes.

- Su información de salud personal incluye la información personal que nos proporcionó cuando se inscribió en este plan, así como sus registros médicos y otra información médica y de salud.
- Usted tiene derechos relacionados con su información y el control de cómo se utiliza su información de salud. Le damos un aviso por escrito, llamado **Aviso de prácticas de privacidad**, que informa sobre estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no tengan acceso a ni cambien sus registros.
- Excepto por las circunstancias que se indican a continuación, si tenemos la intención de dar su información de salud a cualquier persona que no esté brindando su atención o pagando por su atención, *estamos obligados a obtener un permiso por escrito de usted o de alguien a quien haya dado poder legal para tomar decisiones por usted primero*.
- Hay ciertas excepciones en las que no tenemos que obtener su permiso por escrito primero. Estas excepciones están permitidas o requeridas por la ley.
  - Estamos obligados a divulgar información de salud a las agencias gubernamentales que están verificando la calidad de la atención.
  - Debido a que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, estamos obligados a darle a Medicare su información médica. Si Medicare divulga su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con los estatutos y regulaciones federales; por lo general, esto requiere que no se comparta la información que lo identifica de manera individual.

Puede revisar la información en sus registros y saber cómo se ha compartido con otros.

Usted tiene el derecho a revisar sus registros médicos que mantiene el plan y a obtener una copia de sus registros. Se nos permite cobrarle una tarifa por hacer copias. También tiene derecho a solicitarnos que hagamos agregados o correcciones a sus registros médicos. Si nos pide que hagamos esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si se deben realizar los cambios.

Usted tiene derecho a saber cómo su información de salud ha sido compartida con otros para cualquier propósito que no sea rutinario.

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

Sección 1.4 Debemos darle información sobre el plan, su red de proveedores, sus servicios cubiertos y sus derechos y responsabilidades como miembro

Como miembro de Aspirus Health Plan Elite, tiene derecho a obtener distintos tipos de información de nosotros.

Si desea cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicio de Atención al Cliente:

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la organización, sus servicios, sus profesionales y proveedores, y los derechos y responsabilidades de los miembros. También incluye información sobre el número de apelaciones hechas por los miembros y las calificaciones de estrellas del plan, incluyendo la forma en que ha sido calificado por los miembros del plan y cómo se compara con otros planes de salud de Medicare.
- **Información sobre nuestros proveedores de la red.** Tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores de nuestra red y cómo pagamos a los proveedores de nuestra red.
  - Para ver una lista de los proveedores en la red del plan, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias.*
  - Para obtener información más detallada sobre nuestros proveedores, puede llamar al Servicio de Atención al Cliente o visitar nuestro sitio web en **search.aspirushealthplan.com**.
- **Información sobre su cobertura y las reglas que debe seguir al usar su cobertura.** Los Capítulos 3 y 4 proporcionan información sobre los servicios médicos.
- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.** El Capítulo 7 proporciona información sobre cómo solicitar una explicación por escrito sobre por qué un servicio médico no está cubierto o si su cobertura está restringida. El Capítulo 7 también proporciona información sobre cómo pedirnos que cambiemos una decisión, también llamada apelación.

- Si no está satisfecho o si no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre qué atención médica está cubierta para usted, tiene derecho a pedirnos que cambiemos la decisión. Puede pedirnos que cambiemos la decisión si presenta una apelación. Para obtener detalles sobre qué hacer si algo no está cubierto para usted de la manera que cree que debería estar cubierto, consulte el Capítulo 7 de este documento. Le brinda los detalles sobre cómo presentar una apelación si desea que cambiemos nuestra decisión. (El Capítulo 7 también informa sobre cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y otras inquietudes).

- **Información sobre cómo Aspirus Health Plan evalúa la nueva tecnología para su inclusión como un beneficio cubierto.**
  - Cuando las nuevas tecnologías ingresan al mercado (dispositivos, procedimientos o medicamentos), los líderes médicos de Aspirus Health Plan evalúan cuidadosamente su eficacia. Utilizamos información recopilada de muchas fuentes y organizaciones de establecimiento de estándares en nuestra evaluación.
  - Los comités clínicos y de calidad de Aspirus Health Plan y los directores médicos investigan y revisan cuidadosamente las nuevas tecnologías antes de determinar su necesidad médica o idoneidad.
  - Aspirus Health Plan utiliza información de muchas fuentes en nuestros esfuerzos de evaluación, incluyendo Hayes, Inc. Technology Assessment Reports, literatura médica revisada por pares publicada, declaraciones de consenso y pautas de asociaciones nacionales y sociedades de médicos especializados, al Administración de Alimentos y Medicamentos de EE.UU. (FDA), otros organismos regulatorios y fuentes de expertos externas.

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

Tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a participar en decisiones sobre su atención médica

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

También tiene derecho a participar en la toma de decisiones sobre su atención médica. Para ayudarlo a tomar decisiones con sus médicos sobre qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos incluyen lo siguiente:

- **Para conocer todas sus opciones.** Usted tiene derecho a que se le informe sobre los tipos de opciones de tratamiento que se recomiendan para su condición, sin importar lo que cuesten o si están cubiertas por nuestro plan.

- **Conocer los riesgos.** Usted tiene derecho a que se le informe sobre cualquier riesgo involucrado en su atención. Se le debe informar con anticipación si alguna atención médica o tratamiento es parte de un experimento de investigación. Siempre tiene derecho a rechazar tratamientos experimentales.
- **El derecho a decir "no".** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a abandonar un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja que no lo haga. Por supuesto, si rechaza el tratamiento, acepta toda la responsabilidad por lo que le suceda como consecuencia.

Tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacer si no es capaz de tomar decisiones médicas por sí mismo.

A veces las personas se vuelven incapaces de tomar decisiones de atención médica por sí mismas debido a accidentes o enfermedades graves. Tiene derecho a decir lo que quiere que suceda si se encuentra en esta situación. Esto significa que, *si quiere*, puede:

- Complete un formulario escrito para **darle a alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** si alguna vez se vuelve incapaz de tomar decisiones por sí mismo.
- **Dar instrucciones escritas a sus médicos** sobre cómo desea que maneje su atención médica si no puede tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede usar para dar sus instrucciones en estas situaciones se llaman **directivas anticipadas**. Hay diferentes tipos de directivas anticipadas y diferentes nombres para ellas. Los documentos llamados **testamento vital** y **poder notarial para atención médica** son ejemplos de directivas anticipadas.

Si desea utilizar una **directiva anticipada** para dar sus instrucciones, esto es lo que debe hacer:

- **Obtener el formulario.** Puede obtener un formulario de directivas anticipadas de su abogado, de un trabajador social o de algunas tiendas de suministros de oficina. A veces puede obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que brindan a las personas información sobre Medicare. En Minnesota, puede comunicarse con Senior LinkAge Line® al 1-800-333-2433.
- **Complete y firme el formulario.** Independientemente de dónde obtenga este formulario, tenga en cuenta que es un documento legal. Debe considerar que un abogado lo ayude a prepararlo.
- **Entregue copias a las personas apropiadas.** Debe entregar una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario que puede tomar decisiones por usted si usted no puede hacerlo. Es posible que desee dar copias a amigos cercanos o familiares. Guarde una copia en casa.

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

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

Recuerde, es su elección si desea completar una directiva anticipada (incluso si desea firmar una si está en el hospital). De acuerdo con la ley, nadie puede negarle atención o discriminarlo en función de si ha firmado o no una directiva anticipada.

¿Qué hacer si no se siguen sus instrucciones?

Si ha firmado una directiva anticipada y cree que un médico u hospital no siguió las instrucciones en ella, puede presentar una queja ante el Departamento de Seguridad y Servicios Profesionales de Wisconsin (Wisconsin Department of Safety and Professional Services), al 608-266-2112 o al 1-877-617-1565. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

Si cree que un plan de salud no siguió los requisitos de las directivas anticipadas, puede presentar una queja ante la Oficina del Comisionado de Seguros de Wisconsin al 1-800-236-8517. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos decisiones que tomamos

Usted tiene derecho a expresar quejas o presentar apelaciones sobre la organización por la atención que brinda.

Si tiene algún problema, inquietud o queja y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, el Capítulo 7 de este documento le dice lo que puede hacer. Haga lo que haga (solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja), **estamos obligados a tratarlo de manera justa**.

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si considera que ha sido tratado de manera injusta o que sus derechos no se han respetado?

Tiene derecho a ser tratado con respeto y dignidad. Si siente que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no están siendo respetados, hay acciones que puede tomar.

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

Si cree que ha sido tratado injustamente o que sus derechos no han sido respetados debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, etnia, credo (creencias), edad, orientación sexual u origen nacional, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697 o llame a su Oficina de Derechos Civiles local.

¿Se trata de otra cosa?

Si cree que ha sido tratado injustamente o que no se han respetado sus derechos, *y* no *es* acerca de discriminación, puede obtener ayuda para resolver con el problema que está teniendo:

- Puede llamar a Servicio de Atención al Cliente.
- Puede **llamar al SHIP**. Para obtener más información, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- O puede **llamar al Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227, las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos y responsabilidades

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

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

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

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

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las reglas que debe seguir para obtener estos servicios cubiertos.** Utilice esta *Evidencia de cobertura* para saber qué está cubierto para usted y las reglas que debe seguir para obtener sus servicios cubiertos.
  - Los Capítulos 3 y 4 dan los detalles sobre sus servicios médicos.
- **Si tiene alguna otra cobertura de seguro de salud además de nuestro plan, debe informarnos.** El Capítulo 1 le informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de membresía del plan cada vez que reciba su atención médica.
- **Ayude a sus médicos y otros proveedores a ayudarlo brindándoles información, haciendo preguntas y haciendo un seguimiento de su atención.**
  - Para ayudar a obtener la mejor atención, proporcione información a sus médicos y otros proveedores de salud sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus médicos acuerden.
  - Aprenda todo lo que pueda sobre sus problemas de salud para que pueda participar en el desarrollo de objetivos de tratamiento mutuamente acordados con su proveedor.
  - Asegúrese de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
  - Si tiene alguna pregunta, asegúrese de preguntar y obtener una respuesta que pueda entender.

- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que actúe de una manera que ayude al buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otros consultorios.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
  - Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
  - Para algunos servicios médicos cubiertos por el plan, debe pagar su parte del costo cuando reciba el servicio.
- **Si se muda *dentro de* nuestra área de servicio, necesitamos saberlo** para que podamos mantener al día su registro de membresía y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Si se muda *fuera* de nuestra área de servicio del plan, no puede seguir siendo miembro del plan.**
- Si se muda, también es importante informar al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación Ferroviaria).

SECCIÓN 3 Si desea más información o tiene sugerencias sobre la información en este capítulo

Sección 3.1 Si tiene preguntas o inquietudes acerca de la información de este capítulo

Llame a Servicio de Atención al Cliente si tiene alguna pregunta o inquietud. También agradecemos cualquier sugerencia que pueda tener para mejorar nuestro plan.

Los números de teléfono y horarios para llamar a Servicio de Atención al Cliente están impresos en la contraportada de este documento.

Sección 3.2 Usted tiene el derecho de hacer recomendaciones con respecto a los derechos y responsabilidades de los miembros

Llame al Servicio de Atención al Cliente para proporcionarnos esa información. Agradecemos sus comentarios.

Los números de teléfono y horarios para llamar están impresos en la contraportada de este documento.

CAPÍTULO 7

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

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué hacer si tiene un problema o inquietud

Este capítulo explica dos tipos de procesos para manejar problemas e inquietudes:

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

Ambos procesos han sido aprobados por Medicare. Cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y plazos que debemos seguir nosotros y usted.

La guía en la Sección 3 le ayudará a identificar el proceso correcto a utilizar y lo que debe hacer.

Sección 1.2 ¿Qué pasa con los términos legales?

Existen términos legales para algunas de las reglas, procedimientos y tipos de plazos

explicados en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender. Para facilitar las cosas, este capítulo:

- Utiliza palabras más simples en lugar de ciertos términos legales. Para simplificar, en este capítulo se explican los procedimientos y normas legales mediante palabras más sencillas en lugar de utilizar ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo generalmente se habla de presentar una queja en lugar de presentar una queja formal, decisión de cobertura en lugar de determinación de la organización y organización de revisión independiente en lugar de Entidad de revisión independiente.
- Además, se utiliza la menor cantidad de abreviaturas posible.

Sin embargo, puede ser útil, y a veces bastante importante, que conozca los términos legales correctos. Saber qué términos usar le ayudará a comunicarse con mayor precisión para obtener la ayuda o información adecuada para su situación. Para ayudarlo a saber qué términos usar, incluimos términos legales cuando proporcionamos los detalles para manejar tipos específicos de situaciones.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos disponibles para ayudarlo. Incluso si tiene una queja sobre nuestro trato hacia usted, estamos obligados a respetar su derecho a presentar una queja. Por lo tanto, siempre debe comunicarse con el servicio al cliente para obtener ayuda. Pero en algunas situaciones, es posible que también desee ayuda u orientación de alguien que no esté conectado con nosotros. A continuación hay dos entidades que pueden ayudarlo.

Programa de Asistencia sobre Seguros de Salud del Estado (SHIP)

Cada estado tiene un programa gubernamental con consejeros capacitados. El programa no está conectado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los consejeros de este programa pueden ayudarlo a comprender qué proceso debe usar para manejar un problema que está teniendo. También pueden responder a sus preguntas, darle más información y ofrecer orientación sobre qué hacer.

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

Medicare

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

- Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877‑486‑2048.
- También puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

SECCIÓN 3 Para tratar de resolver un problema, ¿qué proceso debe usar?

Si tiene un problema o inquietud, solo necesita leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación. La guía que sigue le ayudará.

¿Es su problema o preocupación acerca de sus beneficios o cobertura?

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

Sí.

Continúe con la siguiente sección de este capítulo, **Sección 4, Una guía de los conceptos básicos de las decisiones y apelaciones de cobertura.**

No.

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

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

SECCIÓN 4 Una guía de los conceptos básicos de las decisiones de cobertura y apelaciones

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

Las decisiones de cobertura y las apelaciones se ocupan de problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de atención médica (servicios, artículos, medicamentos de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar, generalmente nos referimos a los servicios, artículos, medicamentos de la Parte B como **atención médica**. Puede usar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones para cuestiones como si algo está cubierto o no y la forma en que algo está cubierto.

Solicitar decisiones de cobertura antes de recibir servicios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si su médico de la red de su plan lo remite a un especialista médico que no está en la red, esta remisión se considera una decisión de cobertura favorable, a menos que su médico de la red pueda mostrar que usted recibió un aviso de denegación estándar para este especialista médico, o la Evidencia de cobertura deje claro que el servicio para el que se remite nunca está cubierto bajo ninguna condición. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico en particular o se niega a proporcionar la atención médica que cree que necesita. En otras palabras, si desea saber si cubriremos atención médica antes de recibirla, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura por usted. En circunstancias limitadas, una solicitud de decisión de cobertura será desestimada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted solicita que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de decisión de cobertura, enviaremos un aviso explicando por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Tomamos una decisión de cobertura para usted cada vez que decidimos qué está cubierto para usted y cuánto pagamos. En algunos casos, podríamos decidir que la atención médica no está cubierta o ya no está cubierta por Medicare para usted. Si no está de acuerdo con nuestra decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de recibir un servicio, y usted no está satisfecho, puede apelarla decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. Bajo ciertas circunstancias, que discutiremos más adelante, puede solicitar una apelación acelerada o rápida de una decisión de

cobertura. Su apelación es manejada por revisores diferentes a los que tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si estábamos siguiendo adecuadamente las reglas. Cuando completamos la revisión, le damos nuestra decisión por escrito.

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

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

- Usted no tiene que hacer nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las reglas de Medicare requieren que enviemos automáticamente su apelación para atención médica al Nivel 2 si no estamos de acuerdo totalmente con su apelación de Nivel 1.

- Consulte la **Sección 5.4** de este capítulo para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2.

Si no está satisfecho con la decisión en la apelación de Nivel 2, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación (la Sección 8 de este capítulo explica los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5).

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

Aquí hay recursos si decide solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Puede **llamar a Servicio de Atención al Cliente**.
- Puede **obtener ayuda gratuita** del Programa de Asistencia sobre Seguros de Salud del Estado.
- **Su médico puede hacer una solicitud por usted.** Si su médico ayuda con una apelación más allá del Nivel 2, deberá ser designado como su representante. Llame al Servicio de Atención al Cliente y solicite el formulario Designación de representante. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en **medicare.aspirushealthplan.com/member-resources**.
  - Para atención médica o medicamentos recetados de la Parte B, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación es denegada en el Nivel 1, se enviará automáticamente al Nivel 2.
- **Puede pedirle a alguien que actúe en su nombre.** Si lo desea, puede nombrar a otra persona para que actúe por usted como su representante para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.

- Si desea que un amigo, pariente u otra persona sea su representante, llame al Servicio de Atención al Cliente y solicite el formulario Designación de representante. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en **medicare.aspirushealthplan.com/member-resources**. El formulario le da permiso a esa persona para actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que le gustaría que actuara en su nombre. Debe darnos una copia del formulario firmado.
- Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar o completar nuestra revisión hasta que la recibamos. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de apelación (nuestra fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será desestimada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito explicando su derecho a solicitar a la organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.

- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede contactar a su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de referencia. También hay grupos legales le darán servicios legales gratuitos si califica. Sin embargo, **no está obligado a contratar un abogado** para solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión.

Sección 4.3 ¿Qué sección de este capítulo da los detalles de su situación?

Hay tres situaciones diferentes que involucran decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene diferentes reglas y plazos, damos los detalles de cada uno en una sección separada:

- **Sección 5** de este capítulo: Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 6** de este capítulo: Cómo solicitar que se cubra una estadía hospitalaria como paciente hospitalizado más larga si considera que el médico le está dando el alta demasiado pronto
- **Sección 7** de este capítulo: Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura está terminando demasiado pronto (*se aplica solo a estos servicios:* atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y servicios del Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF)

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

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

Sección 5.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le devolvamos nuestra parte del costo de su atención

Esta sección trata sobre sus beneficios de atención médica. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este documento: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*. En algunos casos, se aplican reglas diferentes a una solicitud de un medicamento recetado de la Parte B. En esos casos, explicaremos cómo las reglas para los medicamentos recetados de la Parte B son diferentes de las reglas para artículos y servicios médicos.

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

1. Usted no está recibiendo determinada atención médica que desea, y cree que nuestro plan cubre esta atención. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
2. Nuestro plan no aprobará la atención médica que su médico u otro proveedor médico desean brindarle, y usted cree que esta atención está cubierta por el plan. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
3. Ha recibido atención médica que cree que debería estar cubierta por el plan, pero hemos dicho que no pagaremos por esta atención. **Presente una apelación. Sección 5.3.**
4. Ha recibido y pagado por atención médica que cree que debería estar cubierta por el plan, y desea solicitar a nuestro plan que le reembolse esta atención. **Envíenos la factura. Sección 5.5.**
5. Se le está diciendo que la cobertura para cierta atención médica que ha estado recibiendo que previamente aprobamos se reducirá o se detendrá, y cree que reducir o detener esta atención podría perjudicar su salud. **Presente una apelación. Sección 5.3.**

NOTA: Si la cobertura que se detendrá es para atención hospitalaria, atención médica en el hogar, atención en centros de enfermería especializada o servicios de un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF), debe leer las Secciones 6 y 7 de este capítulo porque se aplican reglas especiales a estos tipos de atención. Se aplican reglas especiales a estos tipos de atención.

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

Términos legales
Cuando una decisión de cobertura involucra su atención médica, se denomina **determinación de la organización.** Una decisión de cobertura rápida se denomina una **determinación expedita.**

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

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

- Usted solo puede *pedir* la cobertura de artículos o servicios médicos (no solicitudes de pago de artículos o servicios que ya recibió).
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *únicamente* si usar los plazos estándar p*rovocaría un grave daño a su salud o perjudicaría su capacidad de funcionar*.
- **Si su médico nos dice que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, aceptaremos automáticamente darle una decisión de cobertura rápida.**
- Si solicita una decisión de cobertura rápida por sí mismo, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere o no que le demos una decisión de cobertura rápida. Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
  - Explica que usaremos los plazos estándar.
  - Explica que, si su médico solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.
  - Explica que puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de una decisión de cobertura rápida.

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

- Comience llamando, escribiendo o enviando un fax a nuestro plan para hacer su solicitud para que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. Usted, su médico o su representante pueden hacer esto. El Capítulo 2 contiene la información de contacto.

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

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

Esto significa que le daremos una respuesta dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de un artículo o servicio médico. Si su solicitud es por un **medicamento recetado de la Parte B de Medicare**, le daremos una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud.

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

Para las decisiones de cobertura rápida, utilizamos un marco de tiempo acelerado.

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

- **Sin embargo**, si solicita más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos tardar hasta 14 días más**. Si tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos un tiempo extra para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si cree que *no* debemos tomar días adicionales, puede presentar una queja rápida. (Consulte la Sección 9 de este capítulo para obtener información sobre quejas). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Si nuestra respuesta es No a parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración escrita explicando por qué dijimos que no.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura para atención médica, puede apelar.

- Si decimos que no, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión mediante una apelación. Esto significa solicitar nuevamente la cobertura de atención médica que desea. Si decide presentar una apelación, significa que está pasando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

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

Términos legales
Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de atención médica se llama **reconsideración** del plan**.** Una apelación rápida también se denomina **reconsideración expedita.**

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

Una apelación estándar generalmente se hace dentro de los 30 días. Una apelación rápida generalmente se hace dentro de las 72 horas.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre cobertura de atención que aún no ha recibido, usted o su médico deberán decidir si 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 figuran en la Sección 5.2 de este capítulo.

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

- **Si está solicitando una apelación estándar, presente su apelación estándar por escrito.** El Capítulo 2 contiene la información de contacto.
- **Si está solicitando una apelación rápida, haga su apelación por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 contiene la información de contacto.
- **Usted debe solicitar una apelación dentro de los 60 días calendario** a partir de la fecha en el aviso escrito que enviamos para informarle nuestra respuesta a la decisión de cobertura. Si no cumple con esta fecha límite y tiene una buena razón para perderla, explique el motivo por el cual su apelación se presenta tarde cuando haga su apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de buena causa pueden incluir una enfermedad grave que le impidió contactarnos o si le dimos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información sobre su decisión médica. Usted y su médico pueden darnos más información para respaldar su apelación.**

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

- Cuando nuestro plan está revisando su apelación, analizamos cuidadosamente toda la información. Verificamos si seguimos todas las reglas cuando dijimos que no a su solicitud.
- Recopilaremos más información si es necesario, posiblemente poniéndonos en contacto con usted o su médico.

Plazos para una apelación rápida

- Para apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación**. Le daremos una respuesta antes, si su salud requiere que lo hagamos.
  - Sin embargo, si solicita más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos tardar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos un tiempo extra si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
  - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas (o al final del período de tiempo extendido si tomamos días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 5.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es sí a todo o parte de lo que solicitó,** debemos autorizar o proporcionar la cobertura que acordamos proporcionarle dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.
- **Si nuestra respuesta es no a una parte o a la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos nuestra decisión por escrito y enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación estándar

- Para apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Si su solicitud es por un medicamento recetado de la Parte B de Medicare que aún no ha recibido, le daremos una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su solicitud. Le daremos nuestra decisión antes si su condición de salud nos lo requiere.
  - Sin embargo, si solicita más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos tardar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos un tiempo extra para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
  - Si cree que *no* debemos tomar días adicionales, puede presentar una queja rápida. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja dentro de las 24 horas. (Consulte la Sección 9 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).
  - Si no le damos una respuesta antes de la fecha límite (o al final del período de tiempo extendido), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2, donde una organización de revisión independiente revisará la apelación. La Sección 5.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o a la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o proporcionar la cobertura **en un plazo de 30 días calendario** si su solicitud es para un artículo o servicio médico, o **en un plazo de 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

- **Si nuestro plan dice que no aparte o la totalidad de su apelación,** automáticamente enviaremos su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

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

Términos legales
El nombre formal de la Organización de revisión independiente es E**ntidad de revisión independiente.** A veces se le llama **IRE.**

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

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

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

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

- Para la apelación rápida, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** a partir de que recibe su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es por un artículo médico o servicio y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario más**. La organización de revisión independiente no puede tomarse tiempo extra para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

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

- Para la apelación estándar, si su solicitud es por un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 30 días calendario** a partir de que recibe su apelación. Si su "apelación rápida" es para un medicamento recetados de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** a partir de que recibe su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es por un artículo médico o servicio y la Organización de revisión independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario más**. La organización de revisión independiente no puede tomarse tiempo extra para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

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

La organización de revisión independiente le dirá su decisión por escrito y le explicará las razones de esta.

- **Si la organización de revisión dice que sí a una parte o a la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de atención médica dentro de las 72 horas o proporcionar el servicio dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión 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.
- **Si la organización de revisión dice que sí a una parte o a la totalidad de una solicitud de un medicamento recetado de la Parte B**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento recetado de la Parte B de Medicare dentro de las **72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión para las **solicitudes estándar**. Para **solicitudes aceleradas**, tenemos **24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si esta organización dice que no a una parte o a la totalidad de su apelación**, significa que están de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura para atención médica no debe ser aprobada. (Esto se llama mantener la decisión o rechazar su apelación). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:
  - Explicando su decisión
  - Notificándole el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica cumple un cierto mínimo. La notificación por escrito que reciba de la organización de revisión independiente le indicará el monto en dólares que debe cumplir para continuar con el proceso de apelación.
  - Diciéndole cómo presentar una apelación de Nivel 3

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

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez de derecho administrativo o un mediador independiente (adjudicador). La Sección 8 de este capítulo explica los Niveles 3, 4 y 5 de los procesos de apelación.

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

El Capítulo 5 describe cuándo es posible que deba solicitar un reembolso o pagar una factura que ha recibido de un proveedor. También informa cómo enviarnos la documentación que nos pide el pago.

Pedir un reembolso es pedirnos una decisión de cobertura

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

- **Si decimos que sí a su solicitud**: Si la atención médica está cubierta y usted siguió todas las reglas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud. Si aún no ha pagado los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si decimos que no a su solicitud:** Si la atención médica no está cubierta, o si no siguió todas las reglas, no le enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta que dice que no pagaremos por la atención médica y las razones.

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

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelación que describimos en la Sección 5.3. Para las apelaciones relativas al reembolso, tenga en cuenta:

- Debemos darle nuestra respuesta dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de su apelación. Si nos está pidiendo que le devolvamos la atención médica que ya recibió y pagó, 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 Sí en cualquier etapa del proceso de apelación después del Nivel 2, debemos enviar el pago que solicitó a usted o al proveedor dentro de los 60 días calendario.

SECCIÓN 6 Cómo solicitar que se cubra una estadía hospitalaria como paciente hospitalizado más larga si considera que se le está dando el alta demasiado pronto

Cuando usted es admitido en un hospital, tiene el derecho de obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que son necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

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

- El día que sale del hospital se llama su **fecha de alta**.
- Cuando se decide su fecha de alta, su médico o el personal del hospital se lo informarán.
- Si cree que se le está pidiendo que abandone el hospital demasiado pronto, puede solicitar una estadía hospitalaria más larga y su solicitud se considerará.

Sección 6.1 Durante su hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare que informa sobre sus derechos

Dentro de los dos días posteriores a su ingreso en el hospital, recibirá un aviso llamado *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos (An Important Message from Medicare about Your Rights)*. Todas las personas con 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), pídale a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, puede llamar a Servicio de Atención al Cliente o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

1. **Lea este aviso detenidamente y haga preguntas si no lo entiende.** Le informa sobre:
   - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo ordenado por su médico. Esto incluye su derecho a saber cuáles son estos servicios, quién los pagará y dónde puede obtenerlos.
   - Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su estadía en el hospital.
   - Dónde reportar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
   - Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darle de alta si cree que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto. Esta es una forma formal y legal de solicitar un retraso en la fecha de alta para que cubramos su atención hospitalaria durante más tiempo.

2. **Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que la recibió y comprende sus derechos.**
   - Se le pedirá a usted o a alguien que actúe en su nombre que firme el aviso.
   - La firma del aviso muestra *solamente* que ha recibido la información sobre sus derechos.

El aviso no indica su fecha de alta. Firmar el aviso **no *significa* que** está de acuerdo con una fecha de alta.

3. **Guarde su copia** del aviso a mano para que tenga disponible la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud sobre la calidad de la atención) si la necesita.
   - Si firma el aviso más de dos días antes del día en que salga del hospital, recibirá otra copia antes de que se programe su alta.
   - Para ver una copia de este aviso con anticipación, puede llamar a Servicio de Atención al Cliente o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. También puede consultar el aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

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

Si desea solicitar que cubramos los servicios de su hospital para pacientes hospitalizados durante más tiempo, deberá utilizar el proceso de apelación para realizar esta solicitud. Antes de empezar, sepa lo que necesita hacer y cuáles son los plazos:

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

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la Mejora de la Calidad revisa su apelación. Verifica si su fecha de alta planificada es médicamente apropiada para usted.

La **Organización para la Mejora de la Calidad e**s un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagado por el gobierno federal para supervisar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta hospitalaria para las personas con Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Póngase en contacto con la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado y solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede ponerse en contacto con esta organización?

- La notificación escrita que recibió *(Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos)* le dice cómo contactar a esta organización. O busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápidamente:

- Para presentar una apelación, debe comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad *antes* de dejar el hospital y **no después de la medianoche de su día de alta**.
  - **Si cumple este plazo,** puede permanecer en el hospital *después* de su fecha de alta s*in pagar por esto* mientras espera a obtener la decisión de la Organización para la Mejora de la Calidad.
  - **Si *no* cumple este plazo,** y decide permanecer en el hospital después de la fecha prevista de alta, *es posible que tenga que pagar todos los costos* por la atención hospitalaria que reciba después de la fecha de alta planificada.
- Si no cumple con la fecha límite para ponerse en contacto con la Organización para la Mejora de la Calidad, y aún desea apelar, debe presentar su apelación directamente a nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 6.4.
- Una vez que solicita 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 nos contacten, le daremos un **Aviso detallado de alta**. Este aviso da su fecha de alta planificada y explica en detalle las razones por las cuales su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (médicamente apropiado) que usted sea dado de alta en esa fecha.
- Puede obtener una muestra del **Aviso detallado de alta** llamando a Servicio de Atención al Cliente o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048). O puede ver una muestra del aviso en línea, en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad hace 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 la cobertura de servicios debería continuar. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores también examinarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital les dio.

- Al mediodía del día después de que los revisores nos informen sobre su apelación, recibirá un aviso escrito de nosotros que indica la fecha de alta planificada. Este aviso también explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (médicamente apropiado) que usted sea dado de alta en esa fecha.

Paso 3: Dentro de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización para la Mejora de la Calidad le dará su respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es sí?

- Si la organización de revisión dice *sí*, debemos seguir proporcionándole sus servicios cubiertos hospitalarios como paciente hospitalizado por el tiempo en que estos servicios sean médicamente necesarios.
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos si corresponden). Además, puede haber limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la respuesta es no?

- Si la organización de revisión dice *no*, están diciendo que su fecha de alta planificada es médicamente apropiada. Si esto sucede, **nuestra cobertura para sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados terminará** al mediodía del día *después de que* la Organización de Mejora de la Calidad le dé su respuesta a la apelación.
- Si la organización de revisión dice *no* a su apelación y decide permanecer en el hospital, entonces **es posible que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día después de que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dé su respuesta a su apelación.

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

- Si la Organización para la Mejora de la Calidad dice *no* a su apelación *y* usted permanece en el hospital después de la fecha de alta planificada, entonces puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que está pasando al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

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

Durante una apelación de Nivel 2, le pide a la Organización para la Mejora de la Calidad que revise su decisión sobre su primera apelación. Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que tenga que pagar el costo total de su estadía después de su fecha planificada de alta.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad de nuevo y pida otra revisión.

- Solicite la revisión **dentro de los 60 días calendario** después del día en que la Organización para la Mejora de la Calidad dijo que *no* a su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si se quedó en el hospital después de la fecha en que finalizó su cobertura para la atención.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad hace una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad examinarán detenidamente otra vez toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario a partir de la recepción de su solicitud de apelación de Nivel 2, los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán la decisión.

Si la organización de revisión dice que sí:

- **Debemos reembolsarle** por nuestra parte de los costos de atención hospitalaria que ha recibido desde el mediodía del día después de la fecha en que su primera apelación fue rechazada por la Organización para la Mejora de la Calidad. **Debemos continuar brindando cobertura para su atención hospitalaria como paciente hospitalizado durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Debe continuar pagando su parte de los costos pueden aplicarse limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión dice que no:

- Esto significa que están de acuerdo con la decisión tomada en su apelación de Nivel 1. Esto se denomina “mantener la decisión”.
- El aviso que recibirá le dirá por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la respuesta es no, deberá decidir si desea llevar su apelación a otro nivel, pasando al Nivel 3.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran 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 de derecho administrativo o un mediador independiente (adjudicador). La Sección 8 de este capítulo le informa más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 6.4 ¿Qué sucede si no cumple con la fecha límite para presentar su apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria?

Términos legales
Una revisión rápida (o apelación rápida) también se denomina **apelación acelerada**.

En su lugar, puede apelar ante nosotros

Como se explicó anteriormente, debe actuar rápidamente para comenzar su apelación de Nivel 1 de su alta hospitalaria. Si no cumple el plazo para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad, hay otra forma de presentar su apelación.

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

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

Paso 1: Póngase en contacto con nosotros y solicite una revisión rápida.

- **Solicite una revisión rápida.** Esto significa que nos está pidiendo que le demos una respuesta utilizando los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar. El Capítulo 2 contiene la información de contacto.

Paso 2: Hacemos una revisión rápida de su fecha de alta planificada, verificando si fue médicamente apropiada.

- Durante esta revisión, echamos un vistazo a toda la información sobre su estadía en el hospital. Revisamos para ver si su fecha de alta planificada era médicamente apropiada. Comprobamos si la decisión sobre cuándo debe abandonar el hospital fue justa y si siguió todas las reglas.

Paso 3: Le daremos nuestra decisión dentro de las 72 horas posteriores a que solicite una revisión rápida.

- **Si decimos *sí* a su apelación,** significa que estamos de acuerdo en que aún debe estar en el hospital después de la fecha de alta. Seguiremos proporcionando sus servicios hospitalarios como paciente hospitalizado durante el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que acordamos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que recibió desde la fecha en que dijimos que su cobertura terminaría. (Debe pagar su parte de los costos y pueden aplicarse limitaciones de cobertura).
- **Si decimos *no* a su apelación,** estamos diciendo que su fecha de alta planificada fue médicamente apropiada. Nuestra cobertura para sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados termina el día en que dijimos que la cobertura terminaría.
  - Si se quedó en el hospital *después* de la fecha de alta planificada, **es posible que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha de alta planificada.

Paso 4: Si decimos que *no* a su apelación, su caso pasará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de apelación *alternativa d*e Nivel 2

Términos legales
El nombre formal de la organización de revisión independiente es **Entidad de revisión independiente.** A veces se le llama **IRE.**

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No está conectada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe ser cambiada. Medicare supervisa su trabajo.

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

- Estamos obligados a enviar la información de su apelación de Nivel 2 a la organización de revisión independiente dentro de las 24 horas posteriores a la fecha en que le informamos que estamos diciendo que no a su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo u otros plazos, puede presentar una queja. La Sección 9 de este capítulo indica cómo presentar una queja).

Paso 2: La organización de revisión independiente hace una revisión rápida de su apelación. Los revisores le dan una respuesta dentro de las 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación sobre su fecha de alta hospitalaria.
- **Si la organización de revisión independiente dice sí a su apelación**, entonces debemos pagarle nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde la fecha de su alta planificada. También debemos continuar brindando cobertura del plan para sus servicios hospitalarios como paciente hospitalizado durante el tiempo que sea médicamente necesario. Debe continuar pagando su parte de los costos. Si hay limitaciones de cobertura, estas limitan cuánto reembolsaríamos o por cuánto tiempo seguiríamos cubriendo sus servicios.
- **Si la organización dice no a su apelación**, significa que están de acuerdo en que su fecha de alta hospitalaria planificada fue médicamente apropiada.
  - El aviso escrito que reciba de la organización de revisión independiente le dirá cómo iniciar una apelación de Nivel 3 con el proceso de revisión, que es manejado por un juez de derecho administrativo o un mediador independiente (adjudicador).

Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, usted elige si desea llevar su apelación más allá.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, usted

decide si acepta su decisión o pasa a la apelación de Nivel 3.

- La Sección 8 de este capítulo le informa más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura está terminando demasiado pronto

Sección 7.1 *Esta sección es solo sobre tres servicios:* atención de salud en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y servicios del Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF)

Cuando está recibiendo **servicios de salud en el hogar, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios)**, usted tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios cubiertos para ese tipo de atención durante el tiempo que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

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

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

Sección 7.2 Le informaremos con anticipación cuándo terminará su cobertura

Término legal
Aviso de no cobertura de Medicare. Le dice cómo puede solicitar una **apelación por vía rápida.** Solicitar una apelación por vía rápida es una forma formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura sobre cuándo suspender su atención.

1. **Recibe un aviso por escrito** al menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. El aviso le indica:
   - La fecha en que dejaremos de cubrir la atención para usted.
   - Cómo solicitar una apelación por vía rápida para pedirnos que sigamos cubriendo su atención por un período de tiempo más largo.
2. **Se le pedirá a usted o a alguien que actúe en su nombre que firme el aviso escrito para confirmar que lo recibió.** Firmar el aviso *únicamente* muestra que ha recibido la información sobre cuándo terminará su cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con la decisión del plan de suspender la atención.

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

Si desea solicitarnos que cubramos su atención por un período de tiempo más largo, deberá utilizar el proceso de apelación para realizar esta solicitud. Antes de empezar, sepa lo que necesita hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicio de Atención al Cliente. O llame a su Programa de Asistencia sobre Seguros de Salud del Estado, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada.

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 expertos en atención médica pagados por el gobierno federal para verificar y mejorar la atención brindada a los pacientes de Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan sobre cuándo es el momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Haga que su apelación de Nivel 1: póngase en contacto con la Organización para la Mejora de la Calidad y solicite un *Apelación acelerada*. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede ponerse en contacto con esta organización?

- La notificación escrita que recibió (*Aviso de no cobertura de Medicare*) le dice cómo contactar a esta organización. O busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápidamente:

- Debe comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad para iniciar su apelación **antes del mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigor que figura** en el Aviso de no cobertura de Medicare.
- Si no cumple el plazo para comunicarse con la Organización de Mejora de la Calidad, y aún desea presentar una apelación, debe apelar directamente ante nosotros. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 7.5.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad hace una revisión independiente de su caso.

Término legal
Explicación detallada de no cobertura. Aviso que proporciona detalles sobre las razones para finalizar 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 la cobertura de servicios debería continuar. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- La organización de revisión también examinará su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que nuestro plan les dio.
- Al final del día, los revisores nos informarán de su apelación, usted obtendrá la **Explicación detallada de no cobertura** de nosotros que explica en detalle nuestras razones para terminar nuestra cobertura para sus servicios.

Paso 3: Dentro de un día completo después de que los revisores tengan toda la información que necesitan, le dirán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores dicen que sí?

- Si los revisores dicen que sí a su apelación, debemos seguir proporcionando sus servicios cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos si corresponden). Puede haber limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores dicen que no?

- Si los revisores dicen que no, entonces su cobertura terminará en la fecha que le dijimos.
- Si decide seguir recibiendo atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o servicios del Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) después de la fecha en que finaliza su cobertura, entonces **tendrá que pagar el costo** total de esta atención usted mismo.

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

- Si los revisores que *no* a la apelación de Nivel 1, y usted elige continuar recibiendo atención después de que su cobertura para la atención haya terminado, puede presentar una apelación de Nivel 2.

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

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la Mejora de la Calidad que revise su decisión sobre su primera apelación. Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que tenga que pagar el costo completo de sus servicios de salud en el hogar, o atención de un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que dijimos que su cobertura terminaría.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad de nuevo y pida otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días** después del día en que la Organización para la Mejora de la Calidad dijo que *no* a su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si siguió recibiendo atención después de la fecha en que finalizó su cobertura para la atención.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad hace una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad examinarán detenidamente otra vez toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días a partir de la recepción de su apelación, los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán la decisión.

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

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención que recibió desde la fecha en que dijimos que su cobertura terminaría. **Debemos continuar brindando cobertura** para su atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Usted debe seguir pagando su parte de los costos y pueden aplicarse limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión dice que no?

- Esto significa que están de acuerdo con la decisión tomada en su apelación de Nivel 1.
- El aviso que recibirá le dirá por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, que es manejado por un juez de derecho administrativo o un mediador independiente (adjudicador).

Paso 4: Si la respuesta es *no*, deberá decidir si desea o no llevar su apelación a otro nivel.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran 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 de derecho administrativo o un mediador independiente (adjudicador). La Sección 8 de este capítulo le informa más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 7.5 ¿Qué sucede si no cumple con la fecha límite para presentar su apelación de Nivel 1?

En su lugar, puede apelar ante nosotros

Como se explicó anteriormente, debe actuar rápidamente para ponerse en contacto con la Organización para la Mejora de la Calidad para iniciar su primera apelación (dentro de un día o dos, como máximo). Si no cumple el plazo para comunicarse con la organización, hay otra forma de presentar su apelación. Si usa esta otra forma para presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes.*

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

Términos legales
Una revisión rápida (o apelación rápida) también se denomina **apelación acelerada**.

Paso 1: Póngase en contacto con nosotros y solicite una revisión rápida.

- **Solicite una revisión rápida.** Esto significa que nos está pidiendo que le demos una respuesta utilizando los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar. El Capítulo 2 contiene la información de contacto.

Paso 2: Hacemos una revisión rápida de la decisión que tomamos sobre cuándo finalizar la cobertura de sus servicios.

- Durante esta revisión, echamos otro vistazo a toda la información sobre su caso. Verificamos si estábamos siguiendo todas las reglas cuando establecimos la fecha para finalizar la cobertura del plan para los servicios que estaba recibiendo.

Paso 3: Le daremos nuestra decisión dentro de las 72 horas posteriores a que solicite una revisión rápida.

- **Si decimos que sí a su apelación,** esto significa que estamos de acuerdo con usted en que necesita servicios por más tiempo, y seguiremos brindado sus servicios cubiertos por el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que acordamos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que recibió desde la fecha en que dijimos que su cobertura terminaría. (Debe pagar su parte de los costos y pueden aplicarse limitaciones de cobertura).
- **Si decimos que no a su apelación,** entonces su cobertura finalizará en la fecha que le dijimos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esta fecha.
- Si sigue recibiendo atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o servicios del Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que finaliza su cobertura, entonces **tendrá que pagar el costo total** de esta atención usted mismo.

Paso 4: Si decimos que no a su apelación rápida, su caso pasará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Término legal
El nombre formal de la organización de revisión independiente es **Entidad de revisión independiente.** A veces se le llama **IRE.**

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

Durante la apelación de Nivel 2, la **organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos para su "apelación rápida". Esta organización decide si la decisión debe ser cambiada. **La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare.**

Esta organización no está conectada con este plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía elegida por Medicare para administrar el trabajo de ser la organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.

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

- Estamos obligados a enviar la información de su apelación de Nivel 2 a la organización de revisión independiente dentro de las 24 horas posteriores a la fecha en que le informamos que estamos diciendo que no a su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo u otros plazos, puede presentar una queja. La Sección 9 de este capítulo indica cómo presentar una queja).

Paso 2: La organización de revisión independiente hace una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores le dan una respuesta dentro de las 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- **si esta organización dice *sí* a su apelación,** entonces debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que recibió a partir de la fecha en que dijimos que su cobertura terminaría. Debemos continuar cubriendo la atención durante el tiempo que sea médicamente necesario. Debe continuar pagando su parte de los costos. Si hay limitaciones de cobertura, estas limitan cuánto reembolsaríamos o por cuánto tiempo seguiríamos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización dice *no* a su apelación,** significa que están de acuerdo con la decisión que nuestro plan tomó para su primera apelación y no la cambiarán.
  - El aviso que reciba de la organización de revisión independiente le dirá por escrito lo que puede hacer si desea pasar a una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, usted elige si desea llevar su apelación más allá.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre

cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.

- Una apelación de Nivel 3 es revisada por un juez de derecho administrativo o un mediador independiente (adjudicador). La Sección 8 de este capítulo le informa más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Llevar su apelación al Nivel 3 y más allá

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

Esta sección puede ser apropiada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico que ha apelado cumple ciertos niveles mínimos, es posible que pueda pasar a niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede apelar más. La respuesta por escrito que reciba a su apelación de Nivel 2 explicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan de la misma manera. Aquí está quien maneja la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3	**Un juez de derecho administrativo o un mediador independiente (adjudicador) que trabaja para el gobierno federal** revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez de derecho administrativo o un mediador independiente (adjudicador) dice que sí a su apelación, el proceso de apelación *puede* o *no* haber terminado.** A diferencia de una decisión en una apelación de Nivel 2, tenemos el derecho de apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted. Si decidimos apelar, irá a una apelación de Nivel 4.
  - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o proporcionarle la atención médica dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de la decisión del juez de derecho administrativo o un mediador independiente (adjudicador).
  - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos adjuntos. Podemos esperar la decisión de apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proporcionar el servicio en disputa.

- **Si el juez de derecho administrativo o un mediador independiente (adjudicador) dice que no a su apelación, el proceso de apelación *puede* o *no* haber terminado.**
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación ha terminado.
  - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le dirá qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4	El **Consejo de Apelaciones** (Consejo) de Medicare revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- Si la respuesta es sí, o si el Consejo niega nuestra solicitud de revisar una decisión de apelación favorable de Nivel 3, el proceso de apelación *puede* o *no* haber terminado. A diferencia de una decisión en el Nivel 2, tenemos el derecho de apelar una decisión de Nivel 4 que sea favorable para usted. Decidiremos si apelamos esta decisión al Nivel 5.
  - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle la atención médica dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de la decisión del Consejo.
  - Si decidimos apelar la decisión, se lo haremos saber por escrito.
- **Si la respuesta es no, o si el Consejo niega la solicitud de revisión, el proceso de apelación *puede* o *no* haber terminado.**
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación ha terminado.
  - Si no desea aceptar la decisión, podría continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo dice que no a su apelación, el aviso que reciba le dirá si las reglas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo continuar con una apelación de Nivel 5.

Apelación de Nivel 5	Un juez en el **Tribunal Federal de Distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá *sí* o *no* sobre su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Distrito

PRESENTACIÓN DE QUEJAS

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

Sección 9.1 ¿Qué tipo de problemas maneja el proceso de queja?

El proceso de queja es *únicamente* para determinados tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. Aquí hay ejemplos de los tipos de problemas manejados por el proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• ¿No está satisfecho con la calidad de la atención que ha recibido (incluyendo 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 otros comportamientos negativos	• ¿Alguien ha sido grosero o irrespetuoso con usted? • ¿No está satisfecho con nuestro Servicio de Atención al Cliente? • ¿Siente que lo están animando a abandonar el plan?
Tiempos de espera	• ¿Tiene problemas para obtener una cita o debe esperar demasiado tiempo obtenerla? • ¿Ha estado esperando demasiado tiempo por médicos u otros profesionales de la salud? ¿O por nuestro Servicio de Atención al Cliente u otro personal del plan? – Los ejemplos incluyen esperar demasiado tiempo en el teléfono, en la sala de espera o en la sala de examen.
Limpieza	• ¿No está satisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio médico?
Información que recibe de nosotros	• ¿No le dimos un aviso requerido? • ¿Es difícil entender nuestra información escrita?

Queja	Ejemplo
Puntualidad (Todos estos tipos de quejas están relacionados con la puntualidad de nuestras acciones relacionadas con las decisiones y apelaciones de cobertura)	Si ha solicitado una decisión de cobertura o ha presentado una apelación, y cree que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, puede presentar una queja sobre nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos: • Nos pidió una "decisión de cobertura rápida" o una "apelación rápida", y dijimos que no; puede presentar una queja. • Usted cree que no estamos cumpliendo con los plazos para darle una decisión de cobertura o apelaciones; puede presentar una queja. • Usted cree que no estamos cumpliendo con los plazos para cubrir o reembolsarle ciertos servicios médicos que fueron aprobados; puede presentar una queja. • Usted 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 llama **queja formal**.
- **Presentar una queja** también se llama **presentar una queja formal**.
- **Usar el proceso de quejas** también se llama **Usar el proceso para presentar una queja formal**.
- Una **queja rápida** también se llama una **queja expedita**.

Sección 9.3 Paso a paso: Presentar una queja

Paso 1: Póngase en contacto con nosotros de inmediato, ya sea por teléfono o por escrito.

- **Por lo general, llamar al Servicio de Atención al Cliente es el primer paso.** Si hay algo más que deba hacer, el Servicio de Atención al Cliente se lo dirá.
- **Si no desea llamar (o llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presenta su queja por escrito, responderemos a su queja por escrito.
- Nuestro procedimiento de queja incluye procesos de queja orales y escritos como se describe a continuación.

Queja oral

- Si no podemos resolver su queja oral de inmediato por teléfono, analizaremos su queja y le daremos una respuesta tan pronto como su situación lo requiera en función de su estado de salud, pero a más tardar 30 días calendario a partir de la fecha en que nos llamó.
- Llamaremos y le diremos qué podemos hacer con respecto a su queja o le diremos nuestra decisión. Si solicita una respuesta por escrito a su queja oral, le responderemos por escrito.
- Podemos extender el plazo para resolver su queja oral por 14 días calendario adicionales si solicita la extensión o si justificamos la necesidad de información adicional y el retraso es en su mejor interés. Si extendemos el plazo, debemos notificarle inmediatamente por escrito las razones del retraso.
- Si no podemos resolver su queja oral por teléfono, o si no está de acuerdo o no está satisfecho con nuestra respuesta, tenemos un procedimiento formal para que presente una queja por escrito.

Reclamo por escrito

- Puede **escribirnos** sobre su queja. Envíe su carta de queja por escrito a:

  Attn: Member Appeals and Grievances
  Aspirus Health Plan
  PO Box 51
  Minneapolis, MN 55440-9972
- O **envíenos un correo electrónico** a cagMA@aspirushealthplan.com.
- También puede enviarnos su queja escrita por **fax** al 715-631-7439 o al 1-855-931-4857.
- Podemos ayudarlo a presentar su queja por escrito. Si necesita ayuda, llame a Servicio de Atención al Cliente.
- Le notificaremos dentro de los diez (10) días calendario que hemos recibido su queja por escrito.
- Dentro de los 30 días, le enviaremos una carta sobre nuestros hallazgos o decisión.
- Podemos extender el plazo para resolver su queja por escrito por 14 días calendario adicionales si solicita la extensión o si justificamos la necesidad de información adicional y el retraso es en su mejor interés. Si extendemos el plazo, debemos notificarle inmediatamente por escrito las razones del retraso.

Si su queja se refiere a nuestra denegación de una reconsideración acelerada, determinación de la organización o determinación de cobertura, le daremos una decisión dentro de las 24 horas.

- El **plazo** para hacer una queja es **60 días calendario** desde el momento en que tuvo el problema del que desea quejarse.

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

- **Si es posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama con una queja, es posible que podamos darle una respuesta en la misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responden en un plazo de 30 días calendario.** Si necesitamos más información y el retraso es en su mejor interés, o si solicita más tiempo, podemos tomar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder a su queja. Si decidimos tomarnos días adicionales, se lo informaremos por escrito.
- **Si está presentando una queja porque denegamos su solicitud de una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida, le daremos automáticamente una queja rápida.** Si tiene una queja rápida, significa que le daremos una **respuesta en 24 horas**.
- **Si no estamos de acuerdo** con parte o la totalidad de su queja o no asumimos la responsabilidad por el problema del que se queja, incluiremos nuestras razones en nuestra respuesta a usted.

Sección 9.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la Mejora de la Calidad.

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

- **Puede presentar su queja ante la Organización para la Mejora de la Calidad.** La Organización para la Mejora de la Calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica pagados por el gobierno federal para verificar y mejorar la atención brindada a los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 contiene la información de contacto.

  O bien,

- **Puede presentar su queja ante la Organización para la Mejora de la Calidad y a nosotros al mismo tiempo.**

Sección 9.5 También puede informar a Medicare sobre su queja

Puede presentar una queja sobre Aspirus Health Plan Elite directamente a Medicare. Para enviar una queja a Medicare, ingrese a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 8

Finalización de su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción a la finalización de su membresía en nuestro plan

La finalización de su membresía en Aspirus Health Plan Elite puede ser **voluntaria** (a su elección) o **involuntaria** (no es su propia elección):

- Puede abandonar nuestro plan porque ha decidido que *quiere* dejar el plan. Las Secciones 2 y 3 proporcionan información sobre cómo finalizar su membresía voluntariamente.
- También hay situaciones limitadas en las que estamos obligados a finalizar su membresía. La Sección 5 le informa sobre situaciones en las que debemos cancelar su membresía.

Si deja nuestro plan, nuestro plan debe continuar brindando su atención médica y usted continuará pagando su costo compartido hasta que finalice su membresía.

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

Sección 2.1 Puede finalizar su membresía durante el Período de inscripción anual

Puede finalizar su membresía durante el **Período de inscripción anual** (también conocido como el **Período de inscripción abierta anual**). Este es el momento en que debe revisar su cobertura de salud y medicamentos y tomar una decisión sobre su cobertura para el próximo año.

- **El período de inscripción anual** 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 planes:
  - Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura de medicamentos recetados.
  - Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos recetados de Medicare.
  - Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos recetados de Medicare.
- **Su membresía en nuestro plan finalizará** cuando la cobertura de su nuevo plan comience el 1 de enero.

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

Tiene la oportunidad de hacer *un* cambio a su cobertura de salud durante el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

- **El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage** es del 1 de enero al 31 de marzo.
- **Durante el Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage,** puede:
  - Cambiar a otro plan Medicare Advantage con o sin cobertura sin medicamentos recetados.
  - Cancelar la inscripción de nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiar a Original Medicare durante este período, también puede unirse a un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado en ese momento.
- **Su membresía finalizará** el primer día del mes después de inscribirse en un plan Medicare Advantage diferente o de que recibamos su solicitud para cambiar a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.3 En determinadas situaciones, puede finalizar su membresía durante un Período de inscripción especial

En ciertas situaciones, los miembros de Aspirus Health Plan Elite pueden ser elegibles para finalizar su membresía en otras épocas del año. Esto se conoce como un **Período de inscripción especial**.

Puede ser elegible para cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial si alguna de las siguientes situaciones se aplica a usted. Estos son solo ejemplos, para obtener la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):

- Por lo general, cuando se muda.
- Si tiene Medicaid.
- Si violamos nuestro contrato con usted.
- Si está recibiendo atención en una institución, como un centro de enfermería o un hospital de atención a largo plazo (LTC).
- Si se inscribe en el Programa de Atención Integral para Personas Mayores (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

Los períodos de tiempo de inscripción varían según su situación.

Para averiguar si es elegible para un Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía debido a una

situación especial, puede optar por cambiar tanto su cobertura de salud de Medicare como la cobertura de medicamentos recetados. Puede elegir:

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

Su membresía por lo general terminará el primer día del mes posterior a que su solicitud de cambio de plan se reciba.

Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede terminar su membresía?

Si tiene alguna pregunta sobre la finalización de su membresía, puede:

- **Llamar a Servicio de Atención al Cliente.**
- Encontrar la información en el manual ***Medicare y usted*** 2024.
- Comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede finalizar su membresía en nuestro plan?

La siguiente tabla explica cómo debe finalizar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
• Otro plan de salud de Medicare.	• Inscríbase en el nuevo plan de salud de Medicare. • Usted será dado de baja automáticamente de Aspirus Health Plan Elite cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
• Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos recetados de Medicare.	• Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. • Usted será dado de baja automáticamente de Aspirus Health Plan Elite cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
• Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos recetados de Medicare.	• **Envíenos una solicitud para cancelar la inscripción** o visite nuestro sitio web para cancelar la inscripción en línea. Comuníquese con Servicio de Atención al Cliente si necesita más información sobre cómo hacer esto. • También puede comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y pedir que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877‑486‑2048. • Se cancelará su inscripción en Aspirus Health Plan Elite cuando comience su cobertura en Original Medicare.

Nota: Si también tiene cobertura de medicamentos recetados acreditable (por ejemplo, PDP por separado) y cancela la inscripción de esa cobertura, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía si se une a un plan de medicamentos de Medicare más adelante después de estar sin cobertura acreditable de medicamentos recetados por 63 días o más consecutivos.

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

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

- **Continúe utilizando nuestros proveedores de la red para recibir atención médica.**

- **Si está hospitalizado el día en que termine su membresía, su estadía hospitalaria estará cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta** (incluso si le dan el alta después de que comience su nueva cobertura de salud).

SECCIÓN 5 Aspirus Health Plan Elite debe finalizar su membresía en el plan en ciertas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos terminar su membresía en el plan?

Aspirus Health Plan Elite debe finalizar su membresía en el plan si ocurre cualquiera de los siguientes:

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si está fuera de nuestra área de servicio por más de seis meses.
  - Si se muda o realiza un viaje largo, llame a Servicio de Atención al Cliente para averiguar si el lugar al que se muda o viaja está en el área de servicio de nuestro plan.
- Si lo encarcelan (va a prisión).
- Si ya no es un ciudadano estadounidense o no tiene presencia legal en los Estados Unidos.
- Si intencionalmente nos proporciona información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por esta razón a menos que primero obtengamos permiso de Medicare).
- Si se comporta continuamente de una manera que es perjudicial y nos dificulta proporcionar la atención médica para usted y otros miembros de nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por esta razón a menos que primero obtengamos permiso de Medicare).
- Si permite que otra persona use su tarjeta de membresía para obtener atención médica. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por esta razón a menos que primero obtengamos permiso de Medicare).
  - Si terminamos su membresía debido a esta razón, Medicare puede hacer que su caso sea investigado por el Inspector general.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cuándo podemos finalizar su membresía, llame a Servicio de Atención al Cliente.

Sección 5.2 No <u>podemos</u> pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud

Aspirus Health Plan Elite no puede pedirle que abandone nuestro plan por razones relacionadas con la salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si siente que se le está pidiendo que abandone nuestro plan por una razón relacionada con la salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

Sección 5.3 Usted tiene derecho a presentar una queja si terminamos su membresía en nuestro plan

Si terminamos su membresía en nuestro plan, debemos decirle nuestras razones por escrito para terminar su membresía. También debemos explicar cómo puede presentar una queja o presentar una queja sobre nuestra decisión de finalizar su membresía.

CAPÍTULO 9

Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley aplicable

La ley principal que se aplica a este documento *Evidencia de cobertura* es el Título XVIII de la Ley de Seguro Social y los reglamentos creados en el marco de la Ley de Seguro Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Además, se pueden aplicar otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, también pueden aplicarse las leyes del estado donde usted vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, aunque las leyes no se incluyan ni se expliquen en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre la no discriminación

No discriminamos a las personas por su raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia de reclamos, antecedentes médicos, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que proveen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir 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 de Cuidado de Salud a Bajo Precio, todas las otras leyes correspondientes a organizaciones que reciben subsidios federales, y demás leyes y reglamentos que se apliquen por cualquier otro motivo.

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

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llame a Servicio de Atención al Cliente. Si tiene una queja, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, el Servicio de Atención al Cliente 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 de Medicare para los cuales Medicare no es el pagador primario. Según los reglamentos de CMS en las secciones 422.108 y 423.462 de 42 CFR, Aspirus Health Plan Elite, como Organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce la Secretaría bajo los reglamentos de CMS en las subpartes B a D de la parte 411 de 42 CFR y las reglas establecidas en esta sección sustituyen a las leyes estatales

SECCIÓN 4 Aviso sobre el plazo de cobertura del miembro

Su cobertura bajo esta *Evidencia de cobertura* comenzará en la fecha de vigencia confirmada por los CMS y finalizará en la fecha de cancelación de la inscripción, o el 31 de diciembre. Los servicios deben ser recibidos (se debe incurrir en gastos) durante el plazo de su cobertura. En ningún caso hay cobertura bajo el plan antes de su fecha de vigencia o después de su fecha de cancelación de la inscripción con una excepción. Si el 31 de diciembre usted es un paciente hospitalizado en un hospital, un hospital de rehabilitación o una parte distinta de un hospital utilizado como unidad de rehabilitación para pacientes hospitalizados, su cobertura para los gastos de hospitalización de la Parte A de Medicare continuará hasta que sea dado de alta de ese lugar de confinamiento.

SECCIÓN 5 Aviso sobre modificaciones

De vez en cuando, esta *Evidencia de cobertura* puede ser enmendada. Si eso sucede, se le enviará una nueva Evidencia de cobertura o páginas de enmienda relevantes. Cualquier cambio o cualquier cláusula añadida a esta *Evidencia de cobertura* entra en vigor en su propia fecha de vigencia específica.

No se realizará ningún cambio a esta *Evidencia de cobertura* a menos que sea hecho por una enmienda o una cláusula adicional que haya recibido la aprobación previa de CMS. Nadie tiene la autoridad para hacer cambios orales o enmiendas a esta *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 6 Aviso sobre cesión de derechos

No hay derechos bajo esta *Evidencia de cobertura* que sean asignables por usted o su representante. Cualquier intento de cesión será nulo. Sin embargo, puede asignar el pago de los servicios cubiertos a su médico u otro proveedor.

SECCIÓN 7 Aviso sobre la conformidad con los estatutos

Cualquier disposición de esta *Evidencia de cobertura* que esté en conflicto con los requisitos de los estatutos y reglamentos federales, o los estatutos y reglamentos aplicables de la jurisdicción en la que se entrega, en la medida en que no esté precedido por la ley federal, se modifica por la presente para cumplir con los requisitos de dichos estatutos y reglamentos. Si durante la vigencia de esta *Evidencia de cobertura* cualquier ley o reglamento federal o estatal es enmendado, esta *Evidencia de cobertura* se modifica para ajustarse a los requisitos mínimos de dichos cambios, a partir de sus fechas de entrada en vigor legislativa.

SECCIÓN 8 Aviso sobre error administrativo

Un error administrativo no lo privará de cobertura ni creará un derecho a beneficios no cubiertos por esta *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 9 Representantes designados

Puede nombrar (designar) a alguien para que actúe como su representante personal. Puede nombrar a un pariente, amigo, defensor, médico u otra persona para que actúe en su nombre. Es posible que algunas otras personas ya estén autorizadas bajo la ley estatal para actuar en su nombre. Si actualmente tiene un poder notarial, deberá enviarnos una copia de los documentos para que esta información se guarde en su archivo. Si desea que alguien actúe en su nombre, entonces usted y la persona que desea que actúe por usted deben firmar y fechar una declaración que le dé permiso legal a esta persona para actuar como su representante. Esta declaración debe enviarse a la dirección que se muestra en el Capítulo 2. Puede llamar al número de Servicio de Atención al Cliente en el Capítulo 2 para saber cómo nombrar a su representante y para recibir el formulario de Declaración de representante. Tenga en cuenta que no podemos discutir información específica del miembro con alguien que no sea el miembro o el representante del miembro a menos que la ley permita lo contrario.

SECCIÓN 10 Exclusión voluntaria de Medicare por parte del proveedor

Un médico u otro proveedor puede optar por no participar en el programa Medicare al proporcionar la mayoría de los servicios que de otro modo estarían cubiertos por Medicare a cualquier beneficiario de Medicare a través de un contrato privado. Los servicios proporcionados por dichos médicos y proveedores no estarán cubiertos por este plan ni por Original Medicare. La atención de emergencia, la atención de urgencia y los servicios proporcionados como beneficio suplementario por un médico o profesional son excepciones a esta regla. Usted es responsable de preguntar a los médicos o proveedores fuera de la red si han optado por no participar en el programa de Medicare.

SECCIÓN 11 Responsabilidad civil

Si sufre una lesión o enfermedad por la cual un tercero es responsable debido a un acto u omisión negligente o intencional que le cause dicha enfermedad o lesión, debe notificarnos de inmediato de la enfermedad o lesión. Un "tercero" es cualquier persona que no sea usted o Aspirus Health Plan, e incluye cualquier aseguradora que proporcione cobertura disponible para usted, incluyendo, pero no limitado a: responsabilidad civil, conductor sin seguro, motorista con seguro insuficiente, cobertura sombrilla personal, compensación de trabajadores y todos los demás tipos de cobertura de partes principales. Le enviaremos una declaración de los montos que pagamos por los servicios prestados en relación con la lesión o enfermedad. Si recupera cualquier suma de un tercero en relación con la enfermedad o lesión, se nos reembolsará dicha recuperación por los pagos que hicimos en su nombre, sujeto a las limitaciones en los siguientes párrafos:

1. **Nuestros pagos son menores que el monto del fallo o acuerdo.** Si nuestros pagos son menores que el monto total de la recuperación de cualquier tercero (el "monto de recuperación de terceros"), nuestro reembolso se calculará de la siguiente manera:

   Paso uno: Determine la relación entre los costos de adquisición y el monto de recuperación de terceros. "Costos de adquisición" significa honorarios de abogados y otros costos y gastos incurridos para obtener un acuerdo o sentencia en relación con el monto de recuperación de terceros.

   Paso dos: Aplique la proporción calculada en el Paso uno a nuestros pagos. El resultado es nuestra parte de los costos de adquisición.

   Paso tres: Reste nuestra parte de los costos de adquisición de nuestros pagos. El resto es el monto de nuestro reembolso.

2. **Nuestros pagos son iguales a o exceden el monto del fallo o acuerdo.** Si nuestros pagos igualan o exceden el monto de recuperación de terceros, nuestro monto de reembolso es el monto total de recuperación de terceros menos los costos totales de adquisición.
3. **Incurrimos en costos de adquisición debido a la oposición a su recuperación.** Si debemos presentar una demanda contra la parte que recibió el monto de recuperación de terceros porque esa parte se opone a nuestro reembolso, nuestro monto de reembolso es el menor de los siguientes:
   a. Nuestros pagos realizados en su nombre por servicios; o
   b. El monto de recuperación de terceros, menos el costo total de adquisición de la parte.

Sujeto a las limitaciones establecidas anteriormente, usted acepta otorgarnos una asignación de, y un reclamo y un gravamen contra, cualquier monto recuperado a través de un acuerdo, juicio o veredicto. Es posible que le solicitemos que ejecute documentos y proporcione la información necesaria para establecer la asignación, reclamo o gravamen para determinar nuestro derecho al reembolso.

CAPÍTULO 10

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 10. Definiciones de palabras importantes

Año calendario: un período de doce (12) meses que comienza el 1 de enero y termina doce (12) meses consecutivos después, el 31 de diciembre.

Apelación: una apelación es algo que usted hace si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar una solicitud de cobertura de servicios de atención médica o el pago de servicios que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de suspender los servicios que está recibiendo.

Área de servicio: un área geográfica donde debe vivir para unirse a un plan de salud en particular. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede usar, generalmente también es el área donde puede obtener servicios de rutina (que no sean de emergencia). El plan debe cancelar su inscripción si se muda permanentemente fuera del área de servicio del plan.

Asistente de salud en el hogar: una persona que proporciona servicios que no necesitan las habilidades de una enfermera o terapeuta con licencia, como ayuda con el cuidado personal (como bañarse, usar el baño, vestirse o realizar los ejercicios prescritos).

Atención de custodia (o asistencia de apoyo): la atención de custodia es la atención personal brindada en un hogar de ancianos, centro de cuidados paliativos u otro centro cuando no necesita atención médica especializada o atención de enfermería especializada. La atención de custodia, proporcionada por personas que no tienen habilidades profesionales o capacitación, incluye ayuda con las actividades de la vida diaria como bañarse, vestirse, comer, entrar o salir de una cama o silla, moverse y usar el baño. También puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas hacen por sí mismas, como el uso de gotas para los ojos. Medicare no paga por la atención de custodia.

Atención de emergencia: servicios cubiertos que son: 1) brindados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia; y 2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia.

Atención en un centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) atención de enfermería especializada y servicios de rehabilitación proporcionados de forma continua, diariamente, en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser administradas por un enfermero registrado o médico.

Autorización previa: aprobación anticipada para obtener servicios o ciertos medicamentos. En la parte de la red de una PPO, algunos servicios dentro de la red solo están cubiertos si su médico u otro proveedor obtiene "autorización previa" de nuestro plan. En una PPO, no necesita autorización previa para obtener servicios fuera de la red. Sin embargo, es posible que desee consultar con el plan antes de obtener servicios de proveedores fuera de la red para confirmar que el servicio está cubierto por su plan y cuál es su responsabilidad de costo compartido. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la Tabla de beneficios en el Capítulo 4.

Ayuda adicional: es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos de los medicamentos recetados de Medicare, como primas, deducibles y coseguro.

Beneficios complementarios opcionales: beneficios no cubiertos por Medicare que se pueden comprar por una prima adicional y no están incluidos en su paquete de beneficios. Debe elegir voluntariamente Beneficios complementarios opcionales para obtenerlos.

Cancelación de la inscripción: el proceso de finalizar su membresía en nuestro plan.

Centro de cuidados paliativos (hospicio): un beneficio que proporciona un tratamiento especial para un miembro que ha sido certificado médicamente como enfermo terminal, lo que significa tener una esperanza de vida de 6 meses o menos. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si elige un centro de cuidados paliativos y continúa pagando primas, seguirá siendo miembro de nuestro plan. Aún puede obtener todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF): una instalación que proporciona principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, incluyendo 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.

Centro quirúrgico ambulatorio: un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que opera exclusivamente con el propósito de proporcionar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y cuya estancia prevista en el centro no excede las 24 horas.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS): la agencia federal a cargo de Medicare.

Cobertura acreditable de medicamentos recetados: cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando son elegibles para Medicare generalmente pueden mantener esa cobertura sin pagar una multa, si deciden inscribirse en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare más adelante.

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Parte D de Medicare): seguro que ayuda a los pacientes ambulatorios a pagar medicamentos recetados, vacunas, productos biológicos y algunos suministros no cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare.

Copago: una cantidad que se le puede exigir que pague como parte del costo de un servicio o suministro médico, como una visita al médico, una visita ambulatoria al hospital o un medicamento recetado. Un copago es una cantidad fija (por ejemplo, $10), en lugar de un porcentaje.

Coseguro: un monto que usted debe pagar, expresado como un porcentaje (por ejemplo, 20%) como su parte del costo por servicios .

Costo compartido: el costo compartido se refiere a las cantidades que un miembro tiene que pagar cuando se reciben servicios. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier cantidad de deducible que un plan pueda imponer antes de que los servicios estén cubiertos; (2) cualquier monto de *copago* que un plan exija cuando se reciba un servicio específico; o (3) cualquier monto de *coseguro*, un porcentaje del monto total pagado por un servicio, que un plan requiere cuando se recibe un servicio específico.

Costos de desembolso directo: consulte la definición de “costo compartido” arriba. El requisito de costos compartidos de un miembro para pagar una parte de los servicios recibidos también se conoce como el requisito de costo “de desembolso directo” del miembro.

Deducible: el monto que usted paga por atención médica o medicamentos antes de que nuestro plan empiece a pagar.

Determinación de la organización: una decisión que nuestro plan acerca de si artículos o servicios están cubiertos o cuánto debe pagar usted por servicios o artículos cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan "decisiones de cobertura" en este documento.

Días de reserva de por vida: en Original Medicare, estos son días adicionales que Medicare pagará cuando esté en un hospital por más de 90 días. Tiene un total de 60 días de reserva que puede utilizar durante su vida. Por cada día de reserva de por vida, Medicare paga todos los costos cubiertos, excepto un coseguro diario.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de medicina y salud, considera que usted presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un niño por nacer), la pérdida de una extremidad o la pérdida del funcionamiento de una extremidad, o la pérdida o la generación de una disfunción grave en una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor grave o afección médica que empeora rápidamente.

Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME): cierto equipo médico que es indicado por su médico para su uso en el hogar. Algunos ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, bastones, sistemas de colchones motorizados, suministros para diabéticos, bombas de infusión IV´, dispositivos generadores de voz, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital ordenadas por un proveedor para su uso en el hogar.

Estadía hospitalaria como paciente hospitalizado (hospitalización): una estadía hospitalaria u hospitalización es cuando usted ha sido admitido formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Incluso si pasa la noche en el hospital, se lo puede considerar un "paciente ambulatorio".

Evidencia de cobertura **(EOC) e Información de divulgación:** este documento, junto con el formulario de inscripción y cualquier otro anexo, cláusulas u otra cobertura opcional seleccionada, que explica su cobertura, lo que debemos hacer y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Facturación de saldo: cuando un proveedor (como un médico u hospital) factura a un paciente más que el monto de costo compartido por el plan. Como miembro de Aspirus Health Plan Elite, usted solo tiene que pagar los montos de costo compartido del plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores facturen el saldo o le cobren más que la cantidad de costos compartidos que su plan dice que debe pagar.

Medicaid (o Medical Assistance): un programa federal y estatal conjunto que ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid del Estado varían, pero la mayoría de los costos de atención médica están cubiertos si califica para Medicare y Medicaid.

Médicamente necesario: servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o tratamiento de su condición médica y cumplen los estándares de la práctica médica.

Medicare: el programa federal de seguro de salud para personas de 65 años de edad o más, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (por lo general, aquellos con insuficiencia renal permanente que requieren diálisis o un trasplante de riñón).

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

Monto de desembolso directo máximo combinado: esto es lo máximo que pagará en un año por todos los servicios de la Parte A y la Parte B tanto de proveedores de la red (preferidos) como de proveedores fuera de la red (no preferidos).

Monto de desembolso directo máximo dentro de la red: lo máximo que pagará por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B recibidos de proveedores de la red (preferidos). Una vez que haya alcanzado este límite, no tendrá que pagar nada cuando obtenga servicios cubiertos de proveedores de la red por el resto del año del contrato. Sin embargo, hasta que alcance su monto de desembolso directo combinado, debe continuar pagando su parte de los costos cuando busque atención de un proveedor fuera de la red (no preferido).

Nivel de costos compartidos: cada medicamento en la lista de medicamentos cubiertos está en uno de los cinco niveles de costos compartidos. Por lo general, cuanto más alto el nivel de costo compartido, más alto será su costo por el medicamento.

Organización para la Mejora de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO): un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica pagados por el gobierno federal para verificar y mejorar la atención brindada a los pacientes de Medicare.

Original Medicare (Medicare tradicional o Medicare de pago por servicio): Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no por un plan de salud privado, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. Bajo Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos por el pago a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica a montos que son establecidos por el Congreso. Usted puede usar cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Debe pagar el deducible. Medicare paga su parte de la cantidad aprobada por Medicare y usted paga su parte. Original Medicare tiene dos partes: Parte A (seguro hospitalario) y Parte B (seguro médico), y está disponible en cualquier lugar de los Estados Unidos.

Parte C: consulte Plan "Medicare Advantage (MA)".

Parte D: el Programa de beneficios de medicamentos recetados voluntario de Medicare.

Período de beneficios: la forma en que Original Medicare mide su uso de los servicios hospitalarios y de centros de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficios comienza el día en que ingresa a un hospital o centro de enfermería especializada. El período de beneficios termina cuando no ha recibido atención hospitalaria para pacientes hospitalizados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Un nuevo período de beneficios solo puede comenzar después de que finalice cualquier período de beneficios existente y no hay límite para el número de períodos de beneficios. Tanto para nuestro plan como para Original Medicare, se utiliza un período de beneficios para determinar la cobertura de las estadías de pacientes hospitalizados en centros de enfermería especializada. Para atención hospitalaria para pacientes hospitalizados, el costo compartido descrito en la Tabla de beneficios en el Capítulo 4 aplica cada vez que es admitido en el hospital.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: el período de tiempo desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo cuando los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y cambiar a otro plan Medicare Advantage u obtener cobertura a través

de Original Medicare. Si elige cambiar a Original Medicare durante este período, también puede unirse a un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado en ese momento. La inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible por un período de 3 meses después de que una persona es elegible por primera vez para Medicare.

Período de inscripción anual: el período de tiempo del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año cuando los miembros pueden cambiar sus planes de salud o cambiar a Original Medicare.

Período de inscripción especial: un momento establecido en el que los miembros pueden cambiar su plan de salud o regresar a Original Medicare. Las situaciones en las que puede ser elegible para un Período de inscripción especial incluyen: si se muda fuera del área de servicio, si se muda a un hogar de ancianos o si violamos nuestro contrato con usted.

Período de inscripción inicial: cuando es elegible por primera vez para Medicare, el período de tiempo en el que puede inscribirse en la Parte A y Parte B de Medicare. Si es elegible para Medicare cuando cumpla 65 años, su 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 finaliza 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Plan de costo de Medicare (Medicare Cost Plan): un Plan de costo de Medicare es un plan operado por una Organización de mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO) o un Plan médico competitivo (Competitive Medical Plan, CMP) de acuerdo con un contrato reembolsado por el costo en virtud de la sección 1876 (h) de la Ley.

Plan de necesidades especiales: un tipo especial de Plan Medicare Advantage que proporciona atención médica más enfocada para grupos específicos de personas, como aquellos que tienen Medicare y Medicaid, que residen en un hogar de ancianos o que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO): un plan de 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 PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, ya sea que se reciban de proveedores de la red o fuera de la red. Los costos compartidos de los miembros generalmente serán más altos cuando los beneficios del plan se reciban de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual en sus costos de desembolso directo para los servicios recibidos de los proveedores de la red (preferidos) y un límite más alto en sus costos totales combinados de desembolso para servicios de proveedores de la red (preferidos) y fuera de la red (no preferidos).

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare es ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para proporcionar beneficios de la Parte A y Parte B a las personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, Planes de costo de Medicare, Planes para necesidades especiales, Programas piloto/de demostración (Demonstration/Pilot Programs) y Programas de atención integral para personas mayores (Programs of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

Plan Medicare Advantage (MA): a veces llamado la Parte D de Medicare. Un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para proporcionarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser un plan i) HMO, ii) PPO, un iii) plan privado de pago por servicio (Private Fee-for-Service, PFFS), o un iv) plan de Cuenta de ahorros médicos (Medical Savings Account, MSA) de Medicare. Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan HMO o PPO de Medicare Advantage también puede ser un Plan para necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare

Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se llaman **Planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados**.

Plan PACE: un plan PACE (Programas de atención integral para personas mayores) combina servicios médicos, sociales y de atención a largo plazo (LTC) para personas frágiles para ayudar a las personas a mantenerse independientes y vivir en su comunidad (en lugar de mudarse a un hogar de ancianos) el mayor tiempo posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben sus beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

Plan para necesidades especiales de atención crónica: los C-SNP son SNP que restringen la inscripción a personas elegibles para MA que tienen una o más afecciones crónicas específicas graves o incapacitantes, definidas en 42 CFR 422.2, incluida la restricción de la inscripción basada en las múltiples agrupaciones de afecciones comúnmente comórbidas y clínicamente vinculadas especificadas en 42 CFR 422.4(a)(1)(iv).

Póliza "Medigap" (Seguro complementario de Medicare): seguro complementario de Medicare vendido por compañías de seguros privadas para llenar brechas o "vacíos" en Original Medicare. Las pólizas de Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza de Medigap).

Prima: el pago periódico a Medicare, una compañía de seguros o un plan de atención médica para la cobertura de salud.

Programa de tarifas de Medicare: una lista de las tarifas utilizadas por Original Medicare para pagar a los proveedores u otros vendedores.

Prótesis y órtesis: los dispositivos médicos incluyen, pero no se limitan a, aparatos ortopédicos para el brazo, la espalda y el cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y los dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función interna del cuerpo, incluidos los suministros de ostomía, y la terapia de nutrición enteral y parenteral.

Proveedor de atención primaria (PCP): el médico u otro proveedor al que acude para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe usar a su proveedor de atención primaria antes de usar cualquier otro proveedor de atención médica.

Proveedor de red: proveedor es el término general para médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica que están autorizados o certificados por Medicare y por el Estado para proporcionar servicios de atención médica. Los **proveedores de la red** tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago en su totalidad, y en algunos casos para coordinar y proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan **proveedores del plan**.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: un proveedor o centro que no es empleado, dueño ni operado por nuestro plan y que no está bajo contrato para proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados, propiedad u operados por nuestro plan.

Queja: el nombre formal para hacer una queja es presentar una queja formal. El proceso de queja se usa *únicamente* para determinados tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También incluye quejas si su plan no sigue los períodos de tiempo en el proceso de apelación.

Reclamo: un tipo de queja que usted hace sobre nuestro plan, proveedores, incluyendo una queja sobre la calidad de su atención. Esto no involucra las disputas de cobertura o pago.

Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI): un beneficio mensual pagado por el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que están discapacitadas, ciegas o son mayores de 65 años. Los beneficios de SSI no son lo mismo que los beneficios del Seguro Social.

Servicio de Atención al Cliente: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas y apelaciones.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare cubren todos los servicios que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. El término Servicios cubiertos por Medicare no incluye beneficios adicionales, como beneficios de la vista, dentales o de la audición que un plan Medicare Advantage pueda ofrecer.

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

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y el lenguaje y terapia ocupacional.

Servicios de telesalud: visitas virtuales interactivas en tiempo real que permiten a los proveedores evaluar, diagnosticar y tratarlo sin una visita al consultorio en persona. A menudo se utilizan para visitas de seguimiento, para controlar afecciones crónicas y medicamentos, para consultar con especialistas y otros servicios clínicos.

Servicios necesarios de urgencia: servicios cubiertos que no son servicios de emergencia, proporcionados cuando los proveedores de la red no están disponibles o accesibles temporalmente o cuando la persona inscrita está fuera del área de servicio. Por ejemplo, usted necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser inmediatamente necesarios y médicamente necesarios.

Subsidio para personas de bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS): Consulte “Ayuda adicional”.

virtuwell ®: un servicio en línea 24/7 que se puede utilizar para recibir un diagnóstico y tratamiento para condiciones simples y comunes. Estas condiciones incluyen: resfriados, tos, alergias, dolor de oído, sinusitis, conjuntivitis, afecciones menores de la piel e infecciones por hongos y del tracto urinario. Access virtuwell® en www.virtuwell.com.

Visita electrónica (E-visit): acceso web seguro y encriptado a través de tecnología remota, que proporciona intercambio en línea de información médica no urgente entre un proveedor de atención médica y un paciente establecido. Las visitas electrónicas siguen los protocolos médicos establecidos y las recomendaciones de prescripción o tratamiento siguen las leyes estatales y están dentro del alcance de la práctica del proveedor.

Servicio de Atención al Cliente de Aspirus Health Plan Elite

Método	Servicio de Atención al Cliente: información de contacto
LLAME	715-631-7411 1-855-931-4850 (esta llamada es gratuita), de 8 am a 8 pm, los siete días de la semana El Servicio de Atención al Cliente también tiene servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para personas que no hablan inglés.
TTY	715-631-7413 1-855-931-4852 (esta llamada es gratuita), de 8 am a 8 pm, los siete días de la semana Estos números requieren equipo telefónico especial y son solo para personas que tienen dificultades de audición o del habla.
FAX	715-787-7322
ESCRIBA	**Attn: Customer Service** Aspirus Health Plan PO Box 51 Minneapolis, MN 55440-9972
SITIO WEB	**aspirushealthplan.com/medicare**

Wisconsin Board on Aging and Long Term Care

Wisconsin Board on Aging and Long Term Care es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito sobre seguros de salud locales a personas con Medicare.

Método	Información de contacto
LLAME	1-800-242-1060 (esta llamada es gratuita)
TTY	Llame al Servicio de retransmisión de Wisconsin al 711 o use su servicio de retransmisión preferido. (La llamada es gratuita).
ESCRIBA	Board on Aging and Long Term Care 1402 Pankratz Street, Suite 111 Madison, Wisconsin 53704-4001
SITIO WEB	longtermcare.wi.gov

Declaración de divulgación de la PRA *De acuerdo con la Ley de Reducción de Papeles de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control válido de la OMB. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, por favor escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*