2026

Evidencia de Cobertura

ConnectiCare Choice Plan 2 (HMO-POS)

Connecticut H3528-003-000

Con efecto a partir del 1 de enero al 31 de diciembre de 2026

H3528_26_003_CT_EOC_C
CT-H3528-3-EC-ES-26-S-V2

ConnectiCare®

ConnectiCare

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2026

Evidencia de Cobertura para 2026:

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

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

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

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

Si tiene preguntas sobre este documento, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 224-2273. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es del 1.º de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. Esta llamada es gratuita.

Este plan, ConnectiCare Choice Plan 2*,* es se ofrece a través de ConnectiCare, Inc.. (Cuando en esta *Evidencia de Cobertura* se mencionan las palabras “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se hace referencia a ConnectiCare, Inc.. Cuando se dice “plan” o “nuestro plan”, se hace referencia a ConnectiCare Choice Plan 2*).*

Este documento está disponible de forma gratuita en inglés.

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

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

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

ConnectiCare, Inc. es un plan HMO-POS con un contrato con Medicare. La inscripción en ConnectiCare depende de la renovación del contrato.

H3528_26_003_CT_EOC_C

OMB Approval 0938-1051 (Expires: August 31, 2026)

Evidencia de Cobertura 2026

Índice

CAPÍTULO 1: Empezar a ser miembro 3
SECCIÓN 1 Actualmente, está inscrito como miembro de ConnectiCare Choice Plan 2 3
SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan 3
SECCIÓN 3 Material importante para la membresía 4
SECCIÓN 4 Resumen de costos importantes 5
SECCIÓN 5 Más información sobre la prima mensual de su plan 6
SECCIÓN 6 Cómo mantener actualizado el registro de membresía de nuestro plan 7
SECCIÓN 7 Funcionamiento de un seguro médico adicional con nuestro plan 7

CAPÍTULO 2: Números telefónicos y recursos 9
SECCIÓN 1 Contactos de ConnectiCare Choice Plan 2 9
SECCIÓN 2 Cómo obtener ayuda de Medicare 12
SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP) 13
SECCIÓN 4 Organización de Mejoramiento de la Calidad (QIO) 13
SECCIÓN 5 Seguro Social 14
SECCIÓN 6 Medicaid 15
SECCIÓN 7 Junta de Trabajadores Ferroviarios Jubilados (RRB) 15
SECCIÓN 8 Si tiene un seguro grupal o algún otro seguro médico de un empleador 16

CAPÍTULO 3: Uso del plan para sus servicios médicos 17
SECCIÓN 1 Cómo obtener su atención médica como miembro de nuestro plan 17
SECCIÓN 2 Utilizar proveedores de la red de nuestro plan para obtener atención médica 18
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios en caso de emergencia, desastre o necesidad urgente de atención 22
SECCIÓN 4 Cómo proceder si se le factura directamente el costo total de sus servicios cubiertos 24
SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica 24
SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una institución religiosa no médica de atención de la salud 26
SECCIÓN 7 Normas para la adquisición de propiedad de equipo médico duradero 26

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar) 28
SECCIÓN 1 Explicación de los gastos de su bolsillo por servicios cubiertos 28
SECCIÓN 2 La tabla de Beneficios Médicos muestra sus beneficios médicos y costos 29
SECCIÓN 3 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones) 70

CAPÍTULO 5: Solicitar que paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos cubiertos 73

Índice

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos el pago de nuestra parte del costo de sus servicios cubiertos ... 73
SECCIÓN 2 Cómo solicitar el reintegro o pago de una factura que ha recibido ... 74
SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y le responderemos de manera afirmativa o negativa ... 75

CAPÍTULO 6: Sus derechos y responsabilidades ... 76
SECCIÓN 1 En nuestro plan se deben respetar sus derechos y sensibilidades culturales ... 76
SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan ... 81

CAPÍTULO 7: Si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos) .. 82
SECCIÓN 1 Qué hacer si tiene algún problema o inquietud ... 82
SECCIÓN 2 Dónde puede obtener más información y asistencia personalizada ... 82
SECCIÓN 3 Qué proceso se puede aplicar para su problema ... 83
SECCIÓN 4 Una guía de decisiones de cobertura y apelaciones ... 83
SECCIÓN 5 Atención médica: ¿Cómo pedir una decisión de cobertura o hacer una apelación? ... 86
SECCIÓN 6 ¿Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si considera que se le está dando el alta demasiado pronto? ... 92
SECCIÓN 7 ¿Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que la cobertura finaliza demasiado pronto? ... 96
SECCIÓN 8 Cómo llevar su apelación al Nivel 3, 4 y 5 ... 99
SECCIÓN 9 ¿Cómo presentar un reclamo por la calidad de atención, tiempos de espera, el servicio de atención al cliente u otras inquietudes? ... 100

CAPÍTULO 8: Finalización de la membresía a nuestro plan ... 104
SECCIÓN 1 Finalización de su membresía en nuestro plan ... 104
SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan? ... 104
SECCIÓN 3 Cómo finalizar su membresía en nuestro plan ... 106
SECCIÓN 4 Hasta que su membresía finalice, usted debe continuar recibiendo sus artículos y servicios médicos a través de nuestro plan ... 106
SECCIÓN 5 ConnectiCare Choice Plan 2 debe finalizar la membresía de nuestro plan en ciertas situaciones ... 107

CAPÍTULO 9: Avisos legales ... 108
SECCIÓN 1 Aviso de leyes aplicables ... 108
SECCIÓN 2 Aviso de no discriminación ... 108
SECCIÓN 3 Aviso sobre sus derechos de subrogación para pagadores secundarios de Medicare ... 108

CAPÍTULO 10: Definiciones ... 109

CAPÍTULO 1:
Empezar a ser miembro

SECCIÓN 1 Actualmente, está inscrito como miembro de ConnectiCare Choice Plan 2

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

Usted cuenta con cobertura de Medicare y eligió obtener su cobertura de salud de Medicare mediante nuestro plan, ConnectiCare Choice Plan 2. Nuestro plan cubre todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, la distribución de costos y el acceso a los proveedores en este plan son diferentes de los de Medicare Original.

ConnectiCare Choice Plan 2 es un plan Medicare Advantage HMO ("HMO" significa Health Maintenance Organization, Organización de Mantenimiento de la Salud) aprobado por Medicare y administrado por una compañía privada. ConnectiCare Choice Plan 2 *no* incluye la cobertura de medicamentos de la Parte D.

Sección 1.2 Información legal sobre la *Evidencia de Cobertura*

Esta *Evidencia de Cobertura* es parte de nuestro contrato con usted acerca de cómo ConnectiCare Choice Plan 2 cubre su atención. Las demás partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción y los avisos que le enviamos acerca de cambios en su cobertura o en las condiciones que afectan su cobertura. Estos avisos a veces se llaman *cláusulas adicionales o enmiendas.*

El contrato está vigente durante los meses en los que esté inscrito en ConnectiCare Choice Plan 2, entre el 1 de enero 2026 y el 31 de diciembre de 2026.

Medicare nos permite hacer cambios en los planes que ofrecemos cada año calendario. Esto significa que podemos modificar los costos y los beneficios de ConnectiCare Choice Plan 2 después del 31 de diciembre de 2026. También podemos optar por dejar de ofrecer nuestro plan en su área de servicio después del 31 de diciembre de 2026.

Cada año, Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar ConnectiCare Choice Plan 2. Puede seguir recibiendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre que decidamos continuar ofreciendo nuestro plan y Medicare renueve la aprobación de nuestro plan.

SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad

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

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

- Es ciudadano estadounidense o reside legalmente en los Estados Unidos.

Sección 2.2 Área de servicio del plan para ConnectiCare Choice Plan 2

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

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en Connecticut: Fairfield, Hartford, Litchfield, Middlesex, New Haven, New London, Tolland y Windham.

Si se muda a un área fuera del área de servicio de nuestro plan, no podrá seguir siendo miembro de este plan. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 224-2273 (los usuarios de TTY deben llamar al *711*) para preguntar si tenemos un plan en su nueva área. Cuando se mude, tendrá un periodo especial de inscripción para cambiarse a Medicare Original o para inscribirse en un plan médico de Medicare en su nueva ubicación.

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

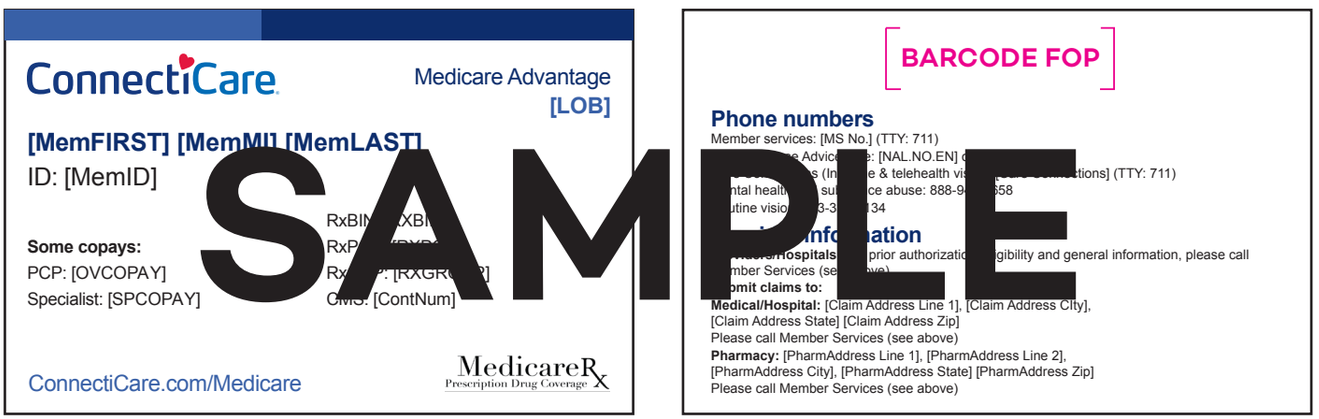
Sección 2.3 Ciudadano estadounidense o presencia legal en los EE. UU.

Usted debe ser ciudadano estadounidense o residir legalmente en los Estados Unidos para ser miembro de un plan médico de Medicare. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a ConnectiCare Choice Plan 2 si usted no es elegible para seguir siendo miembro de nuestro plan en función de este requisito. ConnectiCare Choice Plan 2 debe cancelar su inscripción si no cumple con dicho requisito.

SECCIÓN 3 Material importante para la membresía

Sección 3.1 Nuestra tarjeta de membresía del plan

Use su tarjeta de membresía cada vez que obtenga servicios cubiertos por nuestro plan. También debe mostrar al proveedor la tarjeta de Medicaid, si tiene una. Ejemplo de tarjeta de membresía:



Mientras sea miembro de este plan, NO utilice su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para los servicios médicos cubiertos. Si utiliza su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía de ConnectiCare Choice Plan 2 , es posible que tenga que pagar el costo completo de los servicios médicos de su bolsillo. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que se le pida que la muestre si necesita servicios hospitalarios, servicios para pacientes terminales o si participa en estudios de investigación aprobados por Medicare (también llamados ensayos clínicos).

Si la tarjeta de membresía del plan se daña, se pierde o se la roban, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 224-2273 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) de inmediato y le enviaremos una tarjeta nueva.

Sección 3.2 Directorio de Proveedores

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

Debe usar proveedores de la red para obtener su atención y servicios médicos. Si acude a otro lugar sin la debida autorización, deberá pagar el monto total de los servicios. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios requeridos urgentemente cuando la red no está disponible (es decir, situaciones en las que no es razonable o posible obtener servicios dentro de la red), los servicios de diálisis fuera del área y los casos en los que ConnectiCare Choice Plan 2 autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

La lista más reciente de proveedores se encuentra disponible en nuestro sitio web en Connecticare.com/Medicare.

Si no tiene un *Directorio de Proveedores*, puede solicitar una copia (electrónica o impresa) al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 224-2273 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Los directorios de proveedores y farmacias solicitados en formato impreso se le enviarán por correo en un plazo de 3 días hábiles.

SECCIÓN 4 Resumen de costos importantes

	Sus costos en 2025
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser superior a este monto Consulte la Sección 4.1 para obtener más información.	**$0**
Monto máximo de gastos de bolsillo Este es el máximo que pagará de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte el Capítulo 4, Sección 1 para obtener más información).	**$6,000**
Consultas a un médico de atención primaria	**$0 de copago por consulta**

	Sus costos en 2025
Consultas en la oficina del médico especialista	**$10 de copago por consulta**
Hospitalización como paciente internado	$295 de copago por día para los días 1 a 6 $0 de copago por día para los días 7 a 90 Sin límite de días. Es posible que se requiera autorización previa

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

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

Sección 4.1 Prima del plan

Usted no paga una prima mensual por separado por ConnectiCare Choice Plan 2.

Las primas de Medicare Part B difieren para personas con diferentes ingresos. Si tiene preguntas sobre estas primas, consulte su copia del manual *Medicare y Usted* 2026 en la sección llamada Costos de Medicare para 2026. Descargue una copia desde el sitio web de Medicare (www.Medicare.gov/medicare-and-you) o solicite una copia impresa por teléfono llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.2 Prima mensual de Medicare Part B

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare.

Usted debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan. Esto incluye su prima de la Parte B. También puede pagar una prima de la Parte A si no es elegible para la Parte A sin prima.

SECCIÓN 5 Más información sobre la prima mensual de su plan

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

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

SECCIÓN 6 Cómo mantener actualizado el registro de membresía de nuestro plan

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

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

Infórmenos si experimenta alguno de los siguientes cambios:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura médica que tenga (como la de su empleador, la del empleador de su cónyuge o pareja de hecho, la indemnización por accidente laboral o Medicaid)
- Reclamaciones de responsabilidad civil, como una reclamación por un accidente automovilístico
- Si le ingresan en una residencia para ancianos
- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias fuera del área o fuera de la red
- Si cambia la persona responsable designada (como un cuidador)
- Si participa en un estudio de investigación clínica (**Nota:** No es necesario que informe a nuestro plan sobre los estudios de investigación clínica en los que desea participar, pero le recomendamos que lo haga).

Si cambia alguna parte de esta información, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 224-2273 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) e infórmenos.

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

SECCIÓN 7 Funcionamiento de un seguro médico adicional con nuestro plan

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

Una vez al año, le enviaremos una carta en la que se enumerarán todas las demás coberturas de atención médica o de medicamentos de las que tengamos conocimiento. Lea esta información con atención. Si es correcta, no es necesario que haga nada. Si la información no es correcta, o si tiene otra cobertura que no aparece en la lista, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 224-2273 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Es posible que tenga que proporcionar el número de identificación de miembro de nuestro plan a sus otras aseguradoras (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

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

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

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

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

- Seguro sin culpa (incluye seguro de automóvil)
- Responsabilidad civil (incluye seguro de automóvil)
- Beneficios por neumoconiosis
- Indemnización por accidentes de trabajo

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

CAPÍTULO 2:
Números telefónicos y recursos

SECCIÓN 1 Contactos de ConnectiCare Choice Plan 2

Para obtener ayuda con reclamaciones, facturación o preguntas sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba al Departamento de Servicios para Miembros de ConnectiCare Choice Plan 2 al (800) 224-2273 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estaremos encantados de ayudarle.

Departamento de Servicios para Miembros: información de contacto	
Llame al	(800) 224-2273 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es del 1.º de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. El Departamento de Servicios para Miembros (800) 224-2273 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) también tiene servicios gratuitos de intérprete de idiomas para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es del 1.º de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local.
Fax	(310) 507-6186
Escriba a	ConnectiCare, Inc. Departamento de Servicios para Miembros Molina Healthcare ATTN: Member Services 175 Scott Swamp Road, Building 2 Farmington, CT 06032
Sitio web	Connecticare.com/Medicare

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

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

Decisiones de cobertura y apelaciones de atención médica: información de contacto	
Llame al	(800) 224-2273

Decisiones de cobertura y apelaciones de atención médica: información de contacto	
	Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es del 1.º de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es del 1.º de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local.
Fax	(562) 499-0610 para decisiones de cobertura y apelaciones de reclamaciones médicas
Escriba a	Para decisiones de cobertura de reclamaciones médicas: ConnectiCare, Inc. Attn: Member Services Molina Healthcare ATTN: Member Services 175 Scott Swamp Road, Building 2 Farmington, CT 06032 Para apelaciones de reclamaciones médicas: Molina Healthcare ATTN: Medicare Appeals & Grievances PO Box 22816 Long Beach, CA 90801-5816
Sitio web	Connecticare.com/Medicare

Cómo presentar una queja sobre su atención médica

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

Reclamos por atención médica: información de contacto	
Llame al	(800) 224-2273 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es del 1.º de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es del 1.º de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local.
Fax	(562) 499-0610

Reclamos por atención médica: información de contacto	
Escriba a	Molina Healthcare ATTN: Medicare Appeals & Grievances PO Box 22816 Long Beach, CA 90801-5816
Sitio web de Medicare	Para presentar una queja sobre ConnectiCare Choice Plan 2 directamente ante Medicare, visite www.Medicare.gov/my/medicare-complaint.

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

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

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

Solicitudes de pago: información de contacto	
Llame al	(800) 224-2273 El horario de atención es del 1.º de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. Las llamadas a este número son gratuitas.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es del 1.º de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local.
Fax	(310) 507-6186
Escriba a	Reclamaciones médicas: Molina ConnectiCare Claims PO Box 36010 Louisville, KY 40233 Reclamaciones de medicamentos recetados: Molina Healthcare Attn: Pharmacy Department 7050 Union Park Center Drive Suite 600 Midvale, UT 84047
Sitio web	Connecticare.com/Medicare

SECCIÓN 2 Cómo obtener ayuda de Medicare

Medicare es el programa federal de seguro médico para personas de 65 años 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 se denomina Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Esta agencia contrata los servicios de organizaciones Medicare Advantage, lo cual incluye nuestro plan

Información de contacto de Medicare	
Llame al	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
Chat en vivo	Puede chatear en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone.
Escriba a	Escriba a Medicare at PO Box 1270, Lawrence, KS 66044
Sitio web	www.Medicare.gov • Obtenga información sobre los planes de salud y medicamentos de Medicare en su área, incluido su costo y los servicios que brindan. • Encontrar médicos que participan en Medicare u otros proveedores y proveedores de atención médica. • Averigüe qué cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como exámenes de detección, vacunas o vacunas, y consultas anuales de preventivas). • Obtenga información y formularios de apelaciones de Medicare. • Obtenga información sobre la calidad de la atención proporcionada por los planes, centros de convalecencia, hospitales, médicos, agencias de atención médica domiciliaria, centros de diálisis, centros de cuidados paliativos, centros de rehabilitación para pacientes internados y hospitales de cuidado a largo plazo. • Busque sitios web y números de teléfono útiles. También puede visitar www.Medicare.gov para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga sobre ConnectiCare Choice Plan 2. **Para presentar una queja a Medicare,** visite www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare toma sus quejas en serio y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.

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

El Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados que ofrece ayuda, información y respuestas gratuitas a sus preguntas sobre Medicare en todos los estados. En Connecticut, el SHIP se conoce como programa de Connecticut para la asistencia, promoción, información y derivación en seguros de salud, asesoramiento y evaluación de elegibilidad (CHOICES).

El programa de Connecticut para la asistencia, promoción, información y derivación en seguros de salud, asesoramiento y evaluación de elegibilidad (CHOICES) es un programa estatal independiente (no relacionado con ninguna compañía de seguros o plan médico) que obtiene fondos del gobierno federal para brindar asesoramiento local gratuito sobre seguros médicos a personas que tienen Medicare.

Los asesores de programa de Connecticut para la asistencia, promoción, información y derivación en seguros de salud, asesoramiento y evaluación de elegibilidad (CHOICES) pueden ayudar a entender sus derechos de Medicare, presentar quejas sobre su atención médica o tratamiento y ayudarle a aclarar problemas con sus facturas de Medicare. Los asesores de programa de Connecticut para la asistencia, promoción, información y derivación en seguros de salud, asesoramiento y evaluación de elegibilidad (CHOICES) también pueden asistirle con sus preguntas o problemas sobre Medicare y pueden ayudarle a entender sus opciones de plan de Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

MÉTODO DE ACCESO A SHIP y OTROS RECURSOS:

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

programa de Connecticut para la asistencia, promoción, información y derivación en seguros de salud, asesoramiento y evaluación de elegibilidad (CHOICES) (Connecticut SHIP): Información de contacto	
Llame al	(800) 994-9422
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
Escriba a	55 Farmington Avenue, 12th Floor, Hartford, CT 06105
Sitio web	https://portal.ct.gov/ads/programs-and-services/choices?language=en_US

SECCIÓN 4 Organización de Mejoramiento de la Calidad (QIO)

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

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

Comuníquese con Acentra Health en cualquiera de estas situaciones:

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

Acentra Health (Organización de Mejoramiento de Calidad de Connecticut): información de contacto	
Teléfono	1-888-319-8452 De lunes a viernes de 9 a.m. a 5 p.m. (hora local) Fines de semana y días festivos de 10 a.m. a 4 p.m. (hora local)
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
Correo postal	Acentra Health 5201 West Kennedy Blvd. Suite 900 Tampa, FL 33609
Sitio web	https://www.acentraqio.com/

SECCIÓN 5 Seguro Social

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

Si se muda o cambia de dirección postal, comuníquese con el Seguro Social para informárselo.

Seguro Social: información de contacto	
Llame al	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de lunes a viernes de 8 a.m. a 7 p.m. Utilice los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas actividades comerciales las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de lunes a viernes de 8 a.m. a 7 p.m.

Seguro Social: información de contacto	
Sitio web	www.SSA.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del Gobierno federal y estatal que ayuda a ciertas personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos médicos. Algunas personas que reciben beneficios de Medicare también pueden ser elegibles para Medicaid. Medicaid ofrece programas que ayudan a las personas con Medicare a pagar los gastos de dicho programa, como las primas. Entre estos **Programas de Ahorros de Medicare** se incluyen los siguientes:

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

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

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

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

Para obtener más información sobre los Programas de ahorro de Medicaid y Medicare, comuníquese con Departamento de Servicios Sociales del estado de Connectitcut.

Departamento de Servicios Sociales del estado de Connectitcut (programa de Medicaid de Connecticut): información de contacto	
Teléfono	(855) 626-6632 De lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5 p.m.
TTY	(800) 434-7869 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
Correo postal	153 Market Street, 6th Floor, Hartford, CT 06103
Sitio web	https://www.connect.ct.gov/access/accessLogout?fwlat=1382490866023

SECCIÓN 7 Junta de Trabajadores Ferroviarios Jubilados (RRB)

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

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

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

Si usted (o su cónyuge o pareja de hecho) recibe beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o del empleador o grupo de jubilados de su cónyuge o pareja de hecho) como parte de este plan y tiene alguna pregunta, llame al administrador de beneficios del empleador/sindicato o al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 224-2273 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Puede consultar sobre los beneficios de salud, las primas o el periodo de inscripción que ofrece su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja de hecho). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare bajo este plan. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 3:
Uso del plan para sus servicios médicos

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

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

Para obtener información detallada sobre la atención médica que cubre nuestro plan y cuánto debe pagar cuando usted recibe dicha atención, consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4.

Sección 1.1 Proveedores de la red y servicios cubiertos

Los **proveedores** son los médicos y otros profesionales de atención médica autorizados por el estado para proveer servicios médicos y atención. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de atención médica.

Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y el monto de su distribución de costos como pago total. Hemos coordinado con estos proveedores para que brinden servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan directamente por la atención que le brindan. Cuando acude a un proveedor de la red, solo paga la parte que le corresponde de los costos de sus servicios.

Los **servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los suministros y el equipo que cubre nuestro plan. Sus servicios cubiertos de atención médica se enumeran en la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4.

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

Debido a que se trata de un plan médico de Medicare, ConnectiCare Choice Plan 2 debe cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Original y respetar las reglas de cobertura de Medicare Original.

En general, ConnectiCare Choice Plan 2 cubrirá su atención médica si ocurre lo siguiente:

La atención que recibe esté incluida en la Tabla de beneficios médicos de nuestro plan (Capítulo 4).

La atención que recibe se considera medicamente necesaria. Médicamente necesario significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos se necesitan para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición médica y cumplen con estándares aceptados de la práctica médica.

Usted cuenta con un proveedor de atención primaria (PCP) de la red que le brinda atención médica y la supervise. Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP de la red (consulte la Sección 2.1 de este capítulo para obtener más información).

- En la mayoría de las situaciones, su PCP de la red debe dar su aprobación por adelantado (una referencia) antes de que usted pueda usar otros proveedores de la red de nuestro plan, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica domiciliaria. Para mayor información, consulte a la Sección 2.3.
- No necesita remisiones de su PCP para recibir atención de emergencia en casos de emergencia o servicios requeridos urgentemente. Para obtener información sobre otros tipos de atención médica que puede recibir sin obtener la aprobación por adelantado de su PCP, consulte la Sección 2.2.

Debe recibir la atención médica de un proveedor de la red (consulte la Sección 2). En la mayoría de los casos, la atención médica que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan) no estará cubierta. Esto significa que usted tiene que pagar al proveedor la totalidad de los servicios que recibe. *Hay 3 excepciones:*

- Nuestro plan cubre servicios de emergencia o servicios requeridos urgentemente que usted recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y para saber cuáles son los servicios de emergencia o los servicios requeridos urgentemente, consulte la Sección 3.
- Si necesita atención médica que Medicare requiere que nuestro plan cubra pero no hay especialistas en nuestra red que brinden este tipo de atención, puede obtener la atención de un proveedor fuera de la red con la misma distribución de costos que normalmente paga dentro de la red. Antes de recibir la atención requerida, debe obtener autorización del plan o de su PCP. En esta situación, usted paga lo mismo que paga si recibe la atención médica de un proveedor de la red. Para obtener información sobre cómo obtener la aprobación para ver a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4.
- Nuestro plan cubre los servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está fuera del área de servicio de nuestro plan de manera temporal o cuando su proveedor para este servicio no está disponible temporalmente o es inaccesible. La distribución de costos que usted paga a nuestro plan por la diálisis nunca puede ser mayor que la distribución de costos de Medicare Original. Si usted está fuera del área de servicio de nuestro plan y recibe diálisis de un proveedor fuera de la red de nuestro plan, su distribución de costos no puede ser más alta que la que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de diálisis dentro de la red no está disponible de forma temporal y usted decide obtener los servicios dentro de nuestra área de servicio de un proveedor fuera de la red de nuestro plan, la distribución de costos de la diálisis puede ser mayor.

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

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

¿Qué es un PCP y qué hace por usted?

¿Qué es un PCP?

El término PCP significa proveedor de atención primaria. Su PCP puede ser un médico u otro profesional de atención médica que cumpla con los requisitos del estado y esté capacitado para brindarle atención médica básica. Los PCP dedican sus prácticas a la atención primaria. La atención primaria incluye promoción de la

salud, la prevención de enfermedades, mantenimiento de la salud, el asesoramiento, la educación del paciente, el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades agudas y crónicas.

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

Su PCP puede ser un médico de medicina familiar o de medicina interna, un profesional de enfermería, un médico geriatra u otro profesional de atención médica que cumpla con los requisitos estatales y esté capacitado para brindarle atención médica básica. Si necesita determinados tipos de servicios o suministros cubiertos, es posible que necesite obtener la aprobación por adelantado. En algunos casos, su PCP deberá obtener una autorización previa (aprobación previa) de nosotros.

- **¿Cuál es el papel de mi PCP?** Su PCP también le proporcionará la mayor parte de su atención médica y le ayudará a coordinar los demás servicios cubiertos que usted recibe como miembro de nuestro plan. Algunas de ellas son las siguientes:
  - Radiografías
  - Análisis de laboratorio
  - Terapias
  - Atención médica de especialistas
  - Admisiones al hospital
  - Atención de seguimiento
- **¿Cuál es el papel del PCP en la coordinación de los servicios cubiertos?**

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

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

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

¿Cómo elegir un PCP?

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

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

Cómo cambiar de PCP

Puede cambiar su PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. También es posible que su PCP abandone la red de proveedores de nuestro plan, en cuyo caso usted tendrá que elegir un nuevo PCP. Para cambiar de PCP puede visitar nuestro sitio web en Connecticare.com/Medicare para encontrar un nuevo PCP y luego llamar al número del Departamento de Servicios para Miembros que se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación para solicitar el cambio de PCP. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios

para Miembros también figuran al reverso de este folleto). Su nueva asignación de PCP entrará en vigencia inmediatamente después de recibir su solicitud. Lo mismo se aplica si desea cambiar de IPA o grupo médico.

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

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

Puede obtener los servicios enumerados a continuación sin obtener la aprobación previa de su PCP:

- Atención médica de rutina para la salud de la mujer, incluidos exámenes de mama, mamografías de detección (radiografías de mama), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre y cuando los reciba 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 que las reciba de un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia de proveedores de la red o proveedores fuera de la red.
- Los servicios cubiertos por el plan que se consideran servicios requeridos urgentemente, son servicios que requieren atención médica inmediata (pero no son una emergencia) si se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si no es razonable, dado su tiempo, lugar y circunstancias, obtener este servicio de proveedores de la red. Algunos ejemplos de servicios requeridos urgentemente son las enfermedades y las lesiones médicas imprevistas, o los brotes inesperados de afecciones existentes. Las consultas de rutina médicamente necesarias al proveedor (como los chequeos anuales) no se consideran urgentemente necesarias, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si nuestra red de planes no está disponible temporalmente.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan. Si es posible, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 224-2273 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarle a organizar la diálisis de mantenimiento mientras está fuera.

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

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

- Los oncólogos atienden a los pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos atienden a pacientes con afecciones cardíacas.
- Los traumatólogos atienden a pacientes con ciertas afecciones de los huesos, las articulaciones o los músculos.

Como miembro de ConnectiCare Choice Plan 2, no tiene la obligación de obtener una remisión para recibir beneficios por servicios de especialistas. Aunque no se requiere una remisión, sigue siendo una buena idea usar su PCP para coordinar su atención especializada. En el caso de algunos tipos de servicios, es posible que su PCP deba obtener aprobación por adelantado de ConnectiCare (esto se denomina “autorización previa”).

“Autorización previa” es la aprobación, por adelantado, de ConnectiCare para obtener ciertos servicios que no son de emergencia para que esos servicios o suministros estén cubiertos por ConnectiCare Choice Plan 2. La decisión se basa en la necesidad médica. Solicitar una autorización previa no garantiza que sus servicios estén cubiertos. Se requiere autorización previa, de ConnectiCare, para ciertos beneficios dentro de la red y

fuera de la red. Si está consultando a un proveedor de la red, es responsabilidad del proveedor obtener una autorización previa. Consulte el Capítulo 4, Sección 2 para obtener información sobre los servicios dentro de la red que requieren autorización previa.

Ningún beneficio será cubierto por ConnectiCare Choice Plan 2 si recibe servicios o suministros después de que se le haya denegado la autorización previa. Si recibe una explicación de beneficios que indique que se denegó la reclamación y que fue responsabilidad del proveedor del plan solicitar la autorización previa correspondiente, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para que podamos ayudarle a resolver este problema.

Cuando un especialista u otro proveedor de la red se retira de nuestro plan

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

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que usted tenga acceso ininterrumpido a médicos y especialistas acreditados.
- Le notificaremos que su proveedor abandona nuestro plan para que usted tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
  - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual abandona nuestro plan, le notificaremos si usted visitó a ese proveedor en los últimos 3 años.
  - Si alguno de sus otros proveedores abandona nuestro plan, le notificaremos si está asignado al proveedor, si actualmente recibe atención de ellos o si los visitó en los últimos 3 meses.
- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado dentro de la red para la atención continua.
- Si se está sometiendo a tratamiento o terapias médicas con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar continuar recibiendo el tratamiento o las terapias médicamente necesarias. Trabajaremos con usted para que pueda seguir recibiendo atención.
- Le daremos información sobre los periodos de inscripción disponibles y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas, organizaremos cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores en la distribución de costos de la red. Es posible que se requiera autorización previa.
- Si se entera de que su médico o especialista abandonará nuestro plan, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 224-2273 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para que podamos ayudarle a elegir un proveedor nuevo que coordine su atención médica.
- Si considera que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior, o que su atención no se maneja adecuadamente, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención ante la QIO, un reclamo sobre la calidad de la atención ante nuestro plan o ambas. (Consulte el Capítulo 7)

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

Es posible que haya circunstancias en las que deba recibir cuidado de proveedores fuera de la red. Por ejemplo:

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

Puede usar proveedores fuera de la red cuando obtenga sus servicios dentales preventivos e integrales cubiertos. Pagará más en costos de bolsillo. Además de su parte de los costos descritos en el Capítulo 4, usted será responsable de la diferencia entre los cargos del dentista y la tarifa del plan. El dentista al que consulte no puede ser excluido del programa Medicare.

Es responsabilidad de su proveedor participante preguntar sobre la obtención de la autorización de ConnectiCare Choice Plan 2. Su proveedor deberá comunicarse con nosotros y proporcionar información clínica para su revisión. Debe esperar nuestra decisión antes de ver a un proveedor fuera de la red. Usted y su proveedor recibirán una notificación acerca de nuestra decisión.

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

Sección 3.1 Obtener atención en caso de una emergencia médica

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

Si tiene una emergencia médica:

- **Busque ayuda cuanto antes.** Llame al 911 para pedir ayuda o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercanos. Llame a una ambulancia si la necesita. No es necesario obtener primero la aprobación o la remisión de su PCP. Tampoco es necesario que acuda a un médico de la red. Puede recibir atención médica de emergencia cubierta siempre que la necesite, en cualquier parte del mundo.
- **En cuanto pueda, verifique que se haya informado a nuestro plan acerca de su emergencia.** Debemos realizar el seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona deben llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente dentro de las 48 horas. (800) 224-2273, el horario de atención es del 1.º de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local.

Servicios cubiertos en una emergencia médica

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

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

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

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

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

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

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

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

Sección 3.2 Obtener atención en caso de servicios requeridos urgentemente

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

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

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

Sección 3.3 Obtener atención en caso de un desastre

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

Visite Connecticare.com/Medicare para obtener información sobre cómo recibir la atención médica necesaria durante un desastre.

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

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

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

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

ConnectiCare Choice Plan 2 cubre todos los servicios médicamente necesarios que se enumeran en la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4. Si recibe servicios que no están cubiertos por nuestro plan o recibe servicios fuera de la red sin autorización, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

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

SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica

Sección 5.1 Qué es un estudio de investigación clínica

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Obtenga más información sobre la participación en un estudio de investigación clínica en la publicación *Medicare y los estudios de investigación clínica*, disponible en

www.Medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

El equipo médico duradero (DME) incluye artículos como equipos y equipo de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para la diabetes, dispositivos generadores

del habla, bombas de infusión IV, nebulizadores y camas de hospital que solicite un proveedor para que los miembros las usen en el hogar. El miembro siempre será el propietario de algunos artículos del DME, como por ejemplo las prótesis. Otros tipos de DME que debe alquilar.

En Medicare Original, las personas que alquilan ciertos tipos de DME adquieren la propiedad del equipo luego de hacer copagos por el artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de ConnectiCare Choice Plan 2, generalmente, **no obtendrá la titularidad de los artículos de DME alquilados, independientemente de la cantidad de copagos que realice por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan.** No obtendrá la propiedad, incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos para el artículo de DME bajo Medicare Original antes de inscribirse en nuestro plan. En ciertas circunstancias limitadas, le transferiremos la propiedad del DME. Llame al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información.

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

Si no obtuvo la titularidad del DME mientras estaba en nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de cambiar a Medicare Original para ser propietario del artículo DME. Los pagos realizados mientras estaba inscrito en nuestro plan no cuentan como parte de estos 13 pagos.

Ejemplo 1: Realizó 12 o menos pagos consecutivos por el artículo en Medicare Original y luego se inscribió en nuestro plan. Los pagos que usted hizo en Medicare Original no cuentan. Deberá realizar 13 pagos a nuestro plan antes de que el artículo llegue a ser suyo.

Ejemplo 2: Realizó 12 o menos pagos consecutivos por el artículo en Medicare Original y luego se inscribió en nuestro plan. No obtuvo la propiedad del artículo mientras estabas en nuestro plan. Luego regresó a Medicare Original. Tendrá que realizar 13 nuevos pagos consecutivos para ser propietario del artículo una vez que vuelva a inscribirse en Medicare Original. Cualquier pago que ya haya realizado (ya sea a nuestro plan o a Medicare Original) no cuenta.

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

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

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

Si usted abandona ConnectiCare Choice Plan 2 o ya no necesita el equipo de oxígeno desde el punto de vista médico, entonces debe devolver el equipo.

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

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

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

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

La Tabla de beneficios médicos enumera los servicios cubiertos y muestra cuánto paga por cada servicio cubierto como miembro de ConnectiCare Choice Plan 2. En esta sección también se brinda información sobre los servicios médicos que no están cubiertos y se explican las limitaciones para determinados servicios.

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

Tipos de gastos de bolsillo que debe pagar por servicios cubiertos incluyen lo siguiente:

- **Deducible:** el monto que usted debe pagar por los servicios médicos antes de que nuestro plan comience a pagar su parte. (En la Sección 1.2 se ofrece más información sobre sus deducibles para determinadas categorías de servicios).
- **Copago:** el monto fijo que usted paga cada vez que recibe determinados servicios médicos. Debe abonar un copago en el momento que recibe el servicio médico. (En la Tabla de beneficios médicos encontrará más información sobre sus copagos).
- **Coseguro:** el porcentaje que usted paga del costo total de determinados servicios médicos. Debe pagar el coseguro en el momento que recibe el servicio médico. (En la Tabla de beneficios médicos encontrará más información sobre su coseguro).

La mayor parte de las personas que son elegibles para Medicaid o para el Programa para Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB) no pagan deducibles, copagos o coseguro. Si está en uno de estos programas, asegúrese de mostrar su evidencia de elegibilidad de Medicaid o QMB a su proveedor.

Sección 1.2 Nuestro plan tiene un deducible para determinados tipos de servicios

Tenemos un deducible para ciertos tipos de servicios.

Nuestro plan tiene un monto deducible para ciertos servicios. Hasta que pague el monto del deducible, debe pagar el costo total de los servicios dentales integrales. Después de que pague su deducible, nosotros pagaremos nuestra parte de los costos por estos servicios y usted pagará su parte. La tabla de beneficios en la Sección 2 muestra los deducibles de las categorías de servicio.

Sección 1.3 ¿Cuál es el monto máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos de Medicare Part A y Medicare Part B?

Los planes Medicare Advantage tienen límites en el monto total que debe pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos dentro de la red cubiertos por Medicare Part A y Medicare Part B. Este límite se denomina monto máximo de gastos de bolsillo (MOOP) para servicios médicos. **Para el año calendario 2026, el monto del MOOP es $6,000.**

El monto que usted paga por los copagos y los coseguro por los servicios cubiertos dentro de la red se tienen en cuenta para el cálculo de este monto máximo de gastos de bolsillo. Además, los montos que paga por algunos servicios no se contabilizan para el monto máximo de gastos de bolsillo. Estos servicios aparecen marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos. Si alcanza el monto máximo de gastos de bolsillo de $6,000, no tendrá que pagar ningún costo de gastos de bolsillo durante el resto del año por los servicios cubiertos dentro de la red de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, debe continuar pagando la la prima de Medicare Part B (a menos que Medicaid u otro tercero pague su prima de la Parte B).

Sección 1.5 Los proveedores no pueden facturarle el saldo

Como miembro de ConnectiCare Choice Plan 2, usted tiene una protección importante porque solo tiene que pagar el monto de la distribución de costos que le corresponde cuando recibe los servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden facturarte cargos adicionales por separado, lo que se denomina **facturación de saldo**. Esta protección se aplica incluso si nosotros pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio e incluso si hay una disputa y nosotros no pagamos ciertos cargos del proveedor.

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

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

Si usted cree que un proveedor le ha facturado un saldo, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 224-2273 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

En la Tabla de beneficios médicos que se encuentra en las páginas siguientes se enumeran los servicios que ConnectiCare Choice Plan 2 cubre y lo que usted paga en concepto de gastos de bolsillo por cada servicio. Los servicios que se enumeran en la Tabla de beneficios médicos se cubren solo cuando se cumplen los siguientes requisitos:

- Sus servicios cubiertos de Medicare se deben proporcionar de acuerdo con las pautas de cobertura de Medicare.
- Sus servicios (que incluyen atención médica, servicios, suministros, equipo y medicamentos de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que los servicios, suministros o medicamentos se necesitan para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición médica y cumplen con estándares aceptados de la práctica médica.
- Para los nuevos inscritos, el plan de atención coordinada de MA debe proporcionar un periodo de transición mínimo de 90 días, tiempo durante el cual el nuevo plan de MA no puede requerir autorización previa para ningún ciclo de tratamiento activo, incluso si este fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Usted recibe su atención médica de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que recibe de un proveedor fuera de la red tendrá cobertura, a menos que se trate de atención de emergencia o de urgencia, o que nuestro plan o un proveedor de la red le hayan dado una remisión. Esto significa que usted paga al proveedor la totalidad de los servicios fuera de la red que recibe.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (PCP) que provee y supervisa su atención médica.
- Algunos servicios enumerados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos únicamente si su médico u otro proveedor de la red cuenta con la aprobación de nosotros por adelantado (llamada algunas veces autorización previa). Los servicios cubiertos que necesitan aprobación por anticipado están resaltados en la Tabla de beneficios Médicos en *letra cursiva*.
- Si su plan de atención coordinada prevé la aprobación de una solicitud de autorización previa para un ciclo de tratamiento, la aprobación debe ser válida durante el tiempo que sea médicamente razonable y necesario para evitar interrupciones en la atención de acuerdo con los criterios de cobertura aplicables, su historial médico y la recomendación del proveedor tratante.

Otros puntos importantes que considerar sobre nuestra cobertura:

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

Lo que usted debe saber sobre los servicios enumerados a continuación en la Tabla de beneficios médicos

ConnectiCare solo pagará por los servicios cubiertos por Medicare o que se indiquen específicamente en los documentos de su plan como cubiertos.
Para algunos servicios, pagamos un porcentaje de lo que factura un proveedor cuando no hay un "monto permitido" por Medicare. Si se trata de un servicio enumerado con un copago de su plan, usted será responsable del copago. Si se trata de un servicio con coseguro, usted será responsable de la parte del coseguro del monto que el proveedor facturó. Es posible que se le cobre una tarifa además de la distribución de costos de su consulta en la oficina del médico. Esta tarifa a veces se denomina "tarifa de instalación".
Las tarifas de las instalaciones reflejan una tendencia en los hospitales, los centros hospitalarios (como las clínicas ambulatorias propiedad de un hospital) y varias otras instalaciones médicas que compran consultorios

médicos. Cuando visita a un proveedor propiedad de uno de estos centros, se le puede cobrar la tarifa de la instalación. Si se le cobra una tarifa del centro, usted será responsable tanto de la distribución de costos de la consulta en el consultorio como de la distribución de costos del hospital para pacientes ambulatorios. Consulte la Tabla de beneficios a continuación para obtener información sobre la distribución de costos. Antes de consultar a un proveedor, pregunte a la oficina si se le cobrará una tarifa de instalación. Si el proveedor cobra las tarifas del centro, pregunte si hay una oficina diferente donde pueda ver al proveedor sin pagar la tarifa de la instalación.
Los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica le pedirán que pague la distribución de costos (copagos o coseguro) por cada servicio cubierto que tenga durante una consulta. Por ejemplo, si le hacen una radiografía durante una consulta en la oficina del médico, se le pedirá que comparta los costos tanto de la visita como de la radiografía. La distribución de costos (copago o coseguro) que se aplica depende de los servicios que reciba. En la Tabla de beneficios médicos se enumera la distribución de costos para servicios específicos.

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

Tabla de beneficios médicos

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal	
Un solo examen de detección de ultrasonido para personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre este examen de detección si tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene una remisión de su médico, asistente médico, enfermero profesional o enfermero clínico especialista.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este examen de detección preventivo.
Acupuntura para el dolor lumbar crónico	
Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Hasta 12 consultas en 90 días en las siguientes circunstancias: A los efectos de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como el dolor que cumple con estas características: • Dura 12 semanas o más. • No es específico, en el sentido de que no tiene ninguna causa sistémica identificable (es decir, no está asociado con una afección metastásica, inflamatoria, enfermedad infecciosa, etc.). • No está asociado con una cirugía. • No está asociado con el embarazo. Se cubrirán 8 sesiones adicionales para los pacientes que muestren mejoría. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura al año. El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o empeora. Requisitos del proveedor:	$10 de copago por cada consulta de acupuntura cubierta por Medicare. *Es posible que se requiera autorización previa.*

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Acupuntura para el dolor lumbar crónico (continuación) Los médicos (según se define en la sección 1861 (r)(1) de la Ley de Seguro Social [la Ley]) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables. Los asistentes médicos (PA), personal de enfermería profesional (NP) o especialistas en enfermería clínica (CNS) (tal como se indica en la sección 1861 [aa] [5] de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales vigentes y tienen lo siguiente: • un máster o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Medicina Oriental (ACAOM); y • una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar acupuntura en un Estado, Territorio o Mancomunidad (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el District of Columbia. El personal auxiliar que proporciona acupuntura debe estar bajo el nivel apropiado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS exigido por nuestras reglamentaciones del título 42 del Código de Reglamentaciones Federales (CFR), artículos§ § 410.26 y 410.27.	
Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para situaciones de emergencia como para las que no son una emergencia, incluyen servicios de ambulancia de alas fijas, alas giratorias y terrestres, al centro correspondiente más cercano que pueda proporcionar atención si se brindan a un miembro cuya condición médica es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona o si lo autoriza nuestro plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, se debe documentar que la condición del miembro es tal que otro medio de transporte podría poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.	$50 por cada viaje en ambulancia terrestre de ida cubierto por Medicare. No se exime el copago si lo admiten en un hospital. *20%* de coseguro por cada viaje en ambulancia aérea de ida cubierto por Medicare. No se exime el coseguro si lo admiten en un hospital. *Es posible que se requiera autorización previa.*
Examen físico anual Cubierto una vez cada año calendario. El examen físico anual puede incluir la actualización de su historial médico, la medición de los signos vitales, la estatura, el peso, el índice de masa corporal, la presión arterial, la prueba de agudeza visual y otras mediciones de rutina. Es posible que este beneficio no cubra algunos servicios que su médico u otro proveedor de atención médica desea que reciba. Estos incluyen	$0 de copago por examen físico anual cubierto. *Debe ser proporcionado por un proveedor de atención primaria (PCP)*

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Examen físico anual (continuación) pruebas de laboratorio y pruebas para diagnosticar o tratar una afección. Es posible que deba pagar por esas pruebas, incluso cuando se realicen durante su examen físico anual. Su distribución de costos para las pruebas se describen en esta Tabla de beneficios médicos.	
Visita preventiva anual Si tiene la Parte B desde hace más de 12 meses, puede obtener una consulta preventiva anual para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado en función de su salud actual y sus factores de riesgo. Esto se cubre una vez cada 12 meses. **Nota**: Su primera consulta preventiva anual no se puede realizar en los 12 meses posteriores a su consulta de bienestar de *"Bienvenida a Medicare"*. Sin embargo, no es necesario que se haya realizado una consulta de *"Bienvenida a Medicare"* para tener cobertura para consultas preventivas anuales luego de haber tenido la Parte B durante 12 meses.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva anual.
Mediciones de masa ósea Para personas elegibles (generalmente, esto significa que son personas en riesgo de perder masa ósea o de padecer osteoporosis), los siguientes servicios se cubren cada 24 meses o con mayor frecuencia si son necesarios por razones médicas: procedimientos para identificar masa ósea, detectar pérdida ósea o determinar la calidad ósea, incluida la interpretación de los resultados por parte de un médico.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las mediciones de masa ósea cubiertas por Medicare.
Examen de detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Una mamografía de referencia entre los 35 y los 39 años de edad. • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años en adelante. • Un examen clínico de mamas cada 24 meses.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las mamografías de detección cubiertas.
Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, capacitación y asesoramiento están cubiertos para miembros que cumplan ciertos requisitos con la orden de un médico.	$10 de copago por servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de rehabilitación cardíaca (continuación)	
Nuestro plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que generalmente son más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	$50 de copago por servicios de rehabilitación cardíaca intensiva cubiertos por Medicare. *Tiene la opción de recibir ciertos servicios de rehabilitación cardíaca a través de una consulta en persona o por telesalud con un proveedor de la red que ofrezca el servicio por telesalud.*
Visita para reducción de riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento de enfermedades cardiovasculares)	
Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarle a reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, el médico puede analizar el uso de la aspirina (si corresponde), controlarle la presión arterial y darle consejos para asegurarse de que esté alimentándose de forma saludable.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio de terapia conductual intensiva para la prevención de enfermedades cardiovasculares.
Examen de detección de enfermedades cardiovasculares	
Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas con un riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las pruebas de enfermedad cardiovascular que están cubiertas una vez cada 5 años.
Examen de detección de cáncer vaginal y del cuello uterino	
Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Para todas las mujeres: Las pruebas de Papanicolaou y los tactos vaginales están cubiertos una vez cada 24 meses. • Si presenta alto riesgo de cáncer vaginal o de cuello uterino, o está en edad reproductiva y tuvo un resultado anormal en la prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.
Servicios quiroprácticos	
Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Cubrimos solo la manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones	$15 de copago por servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de control y tratamiento del dolor crónico	
Servicios mensuales cubiertos para personas que viven con dolor crónico (dolor persistente o recurrente que dura más de 3 meses). Los servicios pueden incluir la evaluación del dolor, el control de la medicación y la coordinación y planificación de la atención.	La distribución de costos de este servicio variará dependiendo de los servicios individuales proporcionados durante el curso del tratamiento. Consulte a continuación los servicios del médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio del médico, para obtener información sobre la distribución de costos.
Examen de detección de cáncer colorrectal	
Los siguientes exámenes de detección están cubiertos: • La colonoscopia no tiene límite de edad mínimo o máximo y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen un alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no tienen un alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia previa de detección. • La colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años o más que no tienen un alto riesgo de cáncer colorrectal y está cubierta cuando han pasado al menos 59 meses después del mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o han pasado 47 meses después del mes en que se realizó la última sigmoidoscopia flexible de detección o colonoscopia de detección. Para los pacientes con alto riesgo de cáncer colorrectal, se puede realizar el pago de una colonografía por tomografía computarizada de detección realizada después de que hayan pasado al menos 23 meses después del mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o la última colonoscopia de detección. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para pacientes que no tienen un alto riesgo después de que el paciente se sometió a una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o colonografía por tomografía computarizada.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare. Si su médico encuentra y extrae un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o la sigmoidoscopia flexible, el examen de detección se convierte en un examen de diagnóstico y usted paga $0 de copago.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Examen de detección de cáncer colorrectal (continuación) • Exámenes de detección de sangre oculta en las heces para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • ADN en heces multiobjetivo para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplen los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplan con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Los exámenes de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de seguimiento después de que un examen de detección de cáncer colorrectal no invasiva cubierta por Medicare arroja un resultado positivo. • Los exámenes de detección de cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible de detección planificada o una colonoscopia de detección que implica la extracción de tejido u otra materia, u otro procedimiento proporcionado en relación con, como resultado de y en el mismo encuentro clínico que el examen de detección.	
Servicios dentales En general, los servicios dentales preventivos (como las limpiezas, los exámenes dentales de rutina y las radiografías dentales) no están cubiertos por Medicare original. Sin embargo, Medicare paga los servicios dentales en un número limitado de circunstancias, específicamente cuando ese servicio es una parte integral del tratamiento específico de la condición médica principal de una persona. Los ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, las extracciones de dientes realizadas en preparación para el tratamiento de radiación para un cáncer que afecte la mandíbula o los exámenes orales antes del trasplante de órganos. Además, cubrimos lo siguiente: * Servicios dentales preventivos y de diagnóstico: • Examen bucal: uno cada 6 meses. • Profilaxis (Limpiezas): una cada 6 meses. • Radiografías de aleta de mordida: una cada 6 meses. • Tratamiento con flúor: uno cada 6 meses. • Radiografías Panorex o serie completa: una serie cada 36 meses. Servicios dentales integrales básicos (menores de restauración, no rutinarios y de diagnóstico)	$10 de copago por servicios dentales cubiertos por Medicare. 20% de coseguro por los servicios dentales integrales básicos después del deducible anual de $100.* 50% de coseguro para los principales servicios integrales después del deducible anual de $100.* **Fuera de la red** Además de la distribución de costos dentro de la red, usted paga la diferencia entre la tarifa del plan y los cargos del dentista. Nuestro plan cubre un máximo anual de $3,000 para servicios dentales integrales

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios dentales (continuación)	
	Es posible que se requiera autorización previa para servicios dentales integrales. * Los servicios no se tienen en cuenta para el cálculo del monto máximo de gastos de bolsillo.
Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Restauraciones (empastes): una restauración por diente cada año calendario. * Servicios dentales integrales mayores (endodoncia, periodoncia, prostodoncia y cirugía oral) Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Extracciones: una por diente de por vida. • Coronas: una corona por diente cada cinco años. • Ajustes de dentadura postiza: uno por año calendario. No hay cobertura para ajustes dentro de los 6 meses posteriores a la colocación inicial. • Dentaduras parciales (completas e inmediatas): una cada cinco años. • Mantenimiento periodontal: dos cada año calendario (cubiertos junto con o en lugar de profilaxis [limpiezas]). • Alisado y raspado periodontal, cirugía periodontal: uno por cuadrante cada tres años. • Recementado de coronas e incrustaciones: dos cada año calendario. • Reparaciones de prótesis dentales parciales, prótesis dentales completas: una cada año calendario. Sin cobertura para reparaciones dentro de los 12 meses posteriores a la colocación inicial. • Terapia de conducto radicular: una vez por diente de por vida. Ahorrará más cuando reciba atención de uno de nuestros proveedores dentales dentro de la red. Usted puede recibir atención de un proveedor dental fuera de la red, pero es posible que deba pagar más. Para saber cuáles son los proveedores participantes, comuníquese con Departamento de Servicios para Miembros o visite nuestro sitio web en Connecticare.com/Medicare	

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Examen de detección de depresión	
Cubrimos un examen de detección de depresión por año. El examen de detección debe hacerse en un entorno de atención primaria que provea tratamientos de seguimiento o remisiones.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para una consulta anual de examen de detección de depresión.
Examen de detección de diabetes	
Cubrimos este examen (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de estos factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad, o antecedentes de alto nivel de azúcar en la sangre (glucosa). Los exámenes también pueden estar cubiertos si usted reúne otros requisitos, como tener sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes. Puede ser elegible para un máximo de 2 exámenes de detección de la diabetes cada 12 meses después de la fecha de su examen de detección de la diabetes más reciente.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los exámenes de detección de diabetes cubiertos por Medicare.
Servicios, suministros y capacitación para el autocontrol de la diabetes Para todos los pacientes diabéticos (usuarios y no usuarios de insulina). Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:	
• Suministros para controlar la glucosa en sangre: monitores de glucosa en sangre, tiras reactivas de glucosa en sangre, dispositivos de lancetas y lancetas, soluciones de control de glucosa para controlar la precisión de las tiras reactivas y de los monitores.	
• Para las personas que padecen enfermedades diabéticas graves en los pies: un par por año calendario de zapatos terapéuticos personalizados (incluidas las plantillas proporcionadas con los zapatos) y 2 pares adicionales de plantillas, o un par de zapatos profundos y 3 pares de plantillas (sin incluir las plantillas extraíbles no personalizadas proporcionadas con los zapatos). La cobertura incluye la adaptación a medida.	$0 de coseguro por suministros para diabéticos, zapatos terapéuticos e insertos cubiertos por Medicare.
• La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta bajo ciertas condiciones.	$0 de copago por capacitación en el autocontrol de la diabetes cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios, suministros y capacitación para el autocontrol de la diabetes (continuación)	
• Ciertos suministros para diabéticos, incluidos los productos para análisis de glucosa en sangre, están limitados a marcas y fabricantes específicos. Los productos para diabéticos preferidos son las marcas de Trividia Health (TrueMetrix). La lista más reciente de estos suministros para diabéticos está disponible en nuestro sitio web.	*Es posible que se requiera autorización previa.* *Los suministros para diabéticos deben obtenerse de una farmacia participante. Cubrimos suministros para diabéticos de un fabricante preferido sin autorización previa.*
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados	
(Para obtener una definición de equipo médico duradero, consulte el Capítulo 10 y el Capítulo 3) Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas de hospital solicitadas por un proveedor para uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todos los DME médicamente necesarios cubiertos por Medicare Original. Si nuestro proveedor en su área no trabaja con una marca o un fabricante en particular, puede preguntarle si puede hacer un pedido especial para usted. La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web en Connecticare.com/Medicare.	20% de coseguro para equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados cubiertos por Medicare . 10% de coseguro por los servicios de componentes de medicamentos de tecnología de información médica (HIT) proporcionados en el hogar. 20% de coseguro por los servicios de componentes de medicamentos HIT proporcionados en otros lugares. Su distribución de costos por la cobertura de los equipos de oxígeno de Medicare es del 20% de coseguro por mes. Su distribución de costos no cambiará después de estar inscrito por 36 meses. *Es posible que se requiera autorización previa.*
Atención de emergencia	
La atención de emergencia se refiere a los servicios que tienen las siguientes características: • Son proporcionados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia. • Son necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia.	$100 de copago por servicios de emergencia cubiertos por Medicare. El copago se exime si lo ingresan en un hospital en un plazo de 1 día. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Atención de emergencia (continuación) Una emergencia médica ocurre cuando usted u otra persona prudente no experta en medicina, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, considera que presenta síntomas que requieren atención médica inmediata para evitar la muerte (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un bebé), la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una condición médica que empeora rápidamente. La distribución de costos por servicios de emergencia necesarios que reciba fuera de la red son los mismos que cuando reciba estos servicios dentro de la red.	atención de médica como paciente internado después de que se estabilice su afección de emergencia, debe trasladarse a un hospital de la red para que se siga cubriendo su cuidado O bien debe recibir atención médica como paciente internado en un hospital fuera de la red autorizado por nuestro plan y usted pagará la distribución de costos que pagaría en un hospital de la red.
Programas educativos sobre salud y bienestar **Educación para la salud:** proporciona educación con el objetivo de mejorar los resultados para los miembros con diabetes, insuficiencia cardíaca congestiva (CHF), enfermedad arterial coronaria (CAD), asma o enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD), así como depresión e hipertensión como afecciones comórbidas. Ofrecido a grupos específicos de miembros en función de condiciones específicas de la enfermedad. Incluye la interacción con un educador de la salud certificado o con cualquier otro profesional de la salud calificado. Instrucciones individuales o asesoramiento telefónico proporcionado. **Administración mejorada de enfermedades*** Proporciona capacitación, apoyo sanitario y servicios de gestión de enfermedades para mejorar los resultados para los miembros en peor estado de salud con diabetes, insuficiencia cardíaca congestiva (CHF), enfermedad arterial coronaria (CAD) o enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD), así como depresión e hipertensión como afecciones comórbidas. Los miembros en el grupo objetivo se asignan a administradores de casos calificados con conocimiento especializado sobre las enfermedades que se comunican con el miembro para proporcionar servicios adicionales de administración y monitoreo de casos. Las actividades educativas son proporcionadas por profesionales certificados o con licencia que se centran en la enfermedad/afección específica. Se lleva a cabo un monitoreo de rutina de las medidas, signos y síntomas, aplicables a las enfermedades/afecciones específicas del miembro. **Beneficio de acondicionamiento físico (suplementario)** Usted obtiene una membresía de gimnasio a centros de acondicionamiento físico participantes. Si no puede visitar un	$0 de copago por educación médica cubierta.* $0 de copago para el control mejorado de la enfermedad cubierto.* $0 de copago por el programa de acondicionamiento físico cubierto Hable siempre con su médico antes de comenzar o cambiar su rutina de ejercicio. * Los servicios no se tienen en cuenta para el cálculo del monto máximo de gastos de bolsillo.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Programas educativos sobre salud y bienestar (continuación)	
gimnasio o prefiere hacer ejercicio también desde su casa, puede seleccionar un kit de acondicionamiento en el hogar. El kit le ayudará a mantenerse activo en la comodidad de su hogar. Las opciones de acondicionamiento físico en el hogar incluyen la elección de un rastreador de ejercicios, kits de fuerza o de yoga. Si elige hacer ejercicio en un gimnasio, puede ver el sitio web y seleccionar una ubicación participante, o puede ir directamente a un gimnasio participante para comenzar. Los centros y las cadenas de gimnasios participantes pueden variar según la ubicación y están sujetas a cambios. Los kits están sujetos a cambios.	
Servicios para la audición Las evaluaciones de diagnóstico para la audición y el equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención a pacientes ambulatorios cuando las recibe de un médico, audiólogo u otro proveedor acreditado. **Audífonos*** Además de los beneficios cubiertos por Medicare, también cubrimos los siguientes beneficios suplementarios: • **Exámenes de audición de rutina***: un examen al año. • **Evaluaciones para el ajuste de audífonos***: una evaluación de ajuste por año • **Audífonos*:** hasta dos audífonos por 3 años Nuestro plan tiene un contrato con proveedores aprobados para prestar sus servicios de audición no cubiertos por Medicare. Debe obtener los audífonos a través de proveedores aprobados. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros a fin de obtener ayuda para acceder a este beneficio (los números de teléfono figuran en el dorso de este documento).	$10 de copago por cada examen auditivo de diagnóstico cubierto por Medicare. $0 de copago por hasta un examen auditivo de rutina cada año. *Los servicios no se tienen en cuenta para el cálculo del monto máximo de gastos de bolsillo. $0 de copago por hasta una consulta de ajuste/evaluación de audífonos cada año. *Los servicios no se tienen en cuenta para el cálculo del monto máximo de gastos de bolsillo. ConnectiCare Choice Plan 2 cubrirá hasta $3,000 para audífonos cada 3 años. Este monto se puede utilizar para un oído o para los dos. Usted será responsable de todo monto que supere este límite. Debe obtener los audífonos de un proveedor aprobado por el plan. *Los servicios no se tienen en cuenta para el cálculo del monto máximo de gastos de bolsillo. *Los servicios no se tienen en cuenta para el cálculo del monto máximo de gastos de bolsillo.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Examen de detección de VIH	
Para personas que solicitan un examen de detección del VIH o que tienen mayor riesgo de una infección por VIH, cubrimos lo siguiente: • Un examen de detección cada 12 meses. Si está embarazada, cubrimos: • Hasta 3 exámenes de detección durante el embarazo	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para el examen de detección preventiva del VIH cubierta por Medicare.
Atención de agencias de atención médica domiciliaria	
Antes de recibir servicios de atención médica domiciliaria, un médico debe certificar que usted necesita servicios de atención médica domiciliaria y ordenará que una agencia de atención médica domiciliaria le brinde dichos servicios. Debe estar confinado en casa, lo cual significa que salir de su casa representa un esfuerzo mayor. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, lo siguiente: • Servicios de auxiliar de atención médica domiciliaria y de personal de enfermería de tiempo parcial o intermitente. (Para estar cubiertos por el beneficio de atención médica domiciliaria, los servicios de enfermería especializada y de auxiliar de atención médica domiciliaria combinados deben ser inferiores a 8 horas por día y 35 horas por semana) • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios médicos y sociales. • Equipos y suministros médicos.	*Es posible que se requiera autorización previa.*
Terapia de infusión en el hogar	
La terapia de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o compuestos biológicos a una persona en el hogar. Los componentes necesarios para realizar las infusiones en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, tubos y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, lo siguiente: • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con nuestro plan de atención • El entrenamiento y capacitación del paciente que no estén cubiertos por el beneficio de equipo médico duradero • Monitoreo remoto	$0 de copago por servicios de terapia de infusión en el hogar. Consulte la sección “Medicamentos recetados de Medicare Part B” de este cuadro para conocer las distribución de costos relacionadas con los medicamentos de terapia de infusión en el hogar. Consulte la sección “Equipo médico duradero y suministros relacionados” de este cuadro para conocer la distribución de costos relacionados con el equipo y los

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Terapia de infusión en el hogar (continuación) • Servicios de monitoreo para la prestación de terapia de infusión en el hogar y medicamentos para este tratamiento que haya suministrado un proveedor calificado en terapia de infusiones en el hogar.	suministros relacionados con la terapia de infusión en el hogar.
Cuidado paliativo Usted es elegible para recibir el beneficio de cuidados paliativos cuando su médico y el director médico del hospicio le hayan dado un pronóstico terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y tiene 6 meses o menos de vida si la enfermedad sigue su curso normal. Puede recibir atención de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Nuestro plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de cuidados paliativos certificados por Medicare en el área de servicio de nuestro plan, incluidos los programas que poseemos, controlamos o en los que tenemos un interés financiero. Su médico de hospicio puede ser un proveedor fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Medicamentos para el control de síntomas y el alivio de dolor • Servicios de atención de relevo a corto plazo • Atención domiciliaria. Cuando usted es admitido en un centro de cuidados paliativos, tiene derecho a permanecer en nuestro plan. Si permanece en nuestro plan, debe continuar pagando las primas. **Para los servicios de cuidados paliativos y los servicios cubiertos por Medicare Part A o Medicare Part B relacionados con su pronóstico terminal:** Medicare Original (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor de servicios de cuidado paliativo y cualquier servicio de la Parte A y de la Parte B relacionado con su pronóstico terminal. Mientras se encuentra en el programa de cuidados paliativos, el proveedor que brinde estos cuidados facturará a Medicare Original los servicios que paga Medicare Original. Se le facturará la distribución de costos de Medicare Original. **Para los servicios cubiertos por Medicare Part A o Medicare Part B no relacionados con su pronóstico terminal:** Si necesita servicios que no son de emergencia ni servicios que no son requeridos urgentemente cubiertos por Medicare Part A o Medicare Part B que no están relacionados con su pronóstico terminal, su costo por estos servicios depende de que utilice o no un proveedor de la red de nuestro plan y de que siga las normas del plan (por ejemplo, si existe el requisito de obtener una autorización previa).	Cuando usted se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, sus servicios de hospicio y sus servicios de la Parte A y de la Parte B relacionados con su pronóstico terminal son pagados por Medicare Original, no por ConnectiCare Choice Plan 2. Las consultas relacionadas con los cuidados paliativos están incluidas como parte de la atención hospitalaria para pacientes internados. Es posible que se aplique una distribución de costos por servicios médicos en el caso de consultas ambulatorias.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Cuidado paliativo (continuación) • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las reglas del plan para obtener el servicio, usted paga solo el monto de distribución de costos de nuestro plan para servicios dentro de la red • Si usted recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera la red, usted paga la distribución de costos bajo Medicare Original **Para servicios que están cubiertos por ConnectiCare Choice Plan 2, pero que no están cubiertos por Medicare Part A ni Medicare Part B:** ConnectiCare Choice Plan 2 seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no están cubiertos por la Parte A ni la Parte B, ya sea que estén relacionados o no con su pronóstico terminal. Usted paga el monto de distribución de costos de nuestro plan por estos servicios. **Nota:** Si usted necesita atención médica que no se consideran cuidados paliativos (atención médica que no está relacionado con su pronóstico terminal), comuníquese con nosotros para coordinar los servicios. Nuestro plan cubre servicios de consulta de cuidados paliativos (una sola vez) para una persona con enfermedad crónica que no ha elegido el beneficio de centros de cuidados paliativos.	
Vacunas Entre los servicios cubiertos de Medicare Part B, se incluyen los siguientes: • Vacunas contra la neumonía. • Inyecciones (o vacunas) contra la gripe/influenza, una vez en cada temporada de gripe/influenza en el otoño y en el invierno, con inyecciones (o vacunas) adicionales si es médicamente necesario • Vacuna contra la hepatitis B para pacientes de alto riesgo o riesgo intermedio de contraer hepatitis B. • Vacunas contra el COVID-19. • Otras vacunas, si se encuentra en riesgo y las vacunas cumplen con las normas de cobertura de Medicare Part B. También cubrimos la mayoría de otras vacunas para adultos conforme a nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D. Vaya al Capítulo 6, Sección 8 para obtener más información.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe/influenza, la hepatitis B y el COVID-19

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Atención hospitalaria para pacientes internados	
Incluye internación hospitalaria para afecciones agudas, rehabilitación para pacientes internados, hospitales de cuidado a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que se lo admite formalmente en el hospital con la orden de un médico. El día previo a ser dado de alta es el último día como paciente internado. No hay un límite para la cantidad de días adicionales cubiertos. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, lo siguiente: • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería de rutina • Costos de unidades de atención especial (como las unidades de atención intensiva o coronaria) • Medicamentos y medicinas • Pruebas de laboratorio • Radiografías y otros servicios de radiología • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios • Uso de aparatos, como sillas de ruedas • Costos de quirófano y habitación de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje • Servicios para pacientes hospitalizados por abuso de sustancias	Se cobra una distribución de costos por cada hospitalización como paciente internado. $295 de copago por cada día cubierto por Medicare para los días 1 a 6; $0 de copago por cada día adicional Los copagos comienzan a aplicarse en la fecha en que usted es admitido y no se aplican a la fecha en que usted es dado de alta. La distribución de costos de la observación ambulatoria se explica en la sección de observación en el hospital para pacientes ambulatorios de esta tabla de beneficios. Si recibe atención autorizada para pacientes internados en un hospital fuera de la red luego de que su afección de emergencia esté estable, su costo es la distribución de costos que pagaría en un hospital de la red. Para la atención hospitalaria para pacientes internados, la distribución

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación) • En ciertas condiciones, se cubren los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón-pancreático, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinal/multivisceral. Si necesita un trasplante, coordinaremos con un centro de trasplantes aprobado por Medicare para que revise su caso y decidirá si usted es candidato para recibir un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o externos al área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red están fuera del modelo de atención de la comunidad, puede elegir ir a una ubicación local siempre que los proveedores de trasplantes locales acepten la tarifa de Medicare Original. Si ConnectiCare Choice Plan 2 provee servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de cuidado de trasplantes de su comunidad y usted elige hacerse el trasplante en este lugar alejado, nosotros coordinaremos o pagaremos los costos adecuados de alojamiento y transporte para usted y un acompañante. Los gastos de transporte y alojamiento deberán pagarse por adelantado, y le reembolsaremos los gastos razonables. Debe presentar recibos y prueba de pago junto con una solicitud de reembolso. Revisaremos la documentación antes de realizar el reembolso. Podríamos no reembolsarle todos los gastos. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre el envío de solicitudes de pagos. • Sangre (incluidas la conservación y administración). La cobertura de sangre completa y glóbulos rojos empacados comienza con la primera pinta de sangre que necesite. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta. **Nota:** Para que usted pase a ser un paciente internado, su proveedor debe redactar una orden para que usted quede formalmente hospitalizado en el hospital. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se lo considere un *paciente ambulatorio*. Si no está seguro de si es un paciente internado o un paciente ambulatorio, consulte al personal del hospital. Obtenga más información sobre la hoja de datos de *Beneficios hospitalarios de Medicare*. Esta hoja informativa está disponible en www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.	de costos descrita anteriormente se aplica cada vez que ingresa a un hospital. Se considera un nuevo ingreso si lo transfieren de un hospital a un tipo de centro separado (como un hospital de rehabilitación para pacientes internados agudos o un hospital de atención a largo plazo). Por cada hospitalización, tiene cobertura para una cantidad ilimitada de días, siempre y cuando la hospitalización esté cubierta por el plan. Los periodos de beneficio de Medicare no se aplican conforme a este plan. (Consulte la definición de periodos de beneficios en el capítulo “Definiciones de palabras importantes”). *Es posible que se requiera autorización previa.*

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico	
Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de salud mental que requieren hospitalización. Hay un límite de 190 días de por vida para las estadías en un hospital psiquiátrico para pacientes internados. El límite de 190 días no aplica a los servicios médicos para la salud mental destinados pacientes internados proporcionados en una unidad psiquiátrica de un hospital general.	Se cobra una distribución de costos por cada hospitalización como paciente internado. $2,290 de copago por cada estadía como paciente internados cubierta por Medicare. Los periodos de beneficio de Medicare no se aplican. (Consulte la definición de periodos de beneficios en el capítulo “Definiciones de términos importantes”). Es *posible que se requiera autorización previa*.
Hospitalización para pacientes internados: Servicios cubiertos que recibe en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta	
Si se agotan sus beneficios como paciente internado o si la hospitalización de paciente internado no es razonable ni necesaria, no cubriremos su hospitalización de paciente internado. En algunos casos, cubriremos ciertos servicios que reciba mientras está en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, lo siguiente: • Servicios del médico • Pruebas de diagnóstico (como pruebas de laboratorio) • Radiografía, radioterapia y terapia isotópica, incluidos materiales y servicios de técnicos • Apósitos quirúrgicos • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y luxaciones • Dispositivos protésicos y ortóticos (no dentales) que se utilizan para reemplazar un órgano interno del cuerpo (incluidos tejidos adyacentes) o parte de este, o la función de un órgano interno del cuerpo permanentemente inoperativo o que funciona en forma defectuosa o parte de esta; incluidos el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos • Dispositivos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; trusas y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos los ajustes, las reparaciones y los reemplazos que se requieren por roturas, desgaste, extravío o cambios en la afección física del paciente • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional	$0 de copago por cada consulta cubierta por Medicare con un proveedor de atención primaria (PCP). $10 de copago por cada consulta al especialista cubierta por Medicare. $25 de copago por procedimientos y pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare. $0 de copago por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare realizados en un médico o centro independiente. $10 de copago por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare completados en un hospital ambulatorio. $15 de copago por radiografías cubiertas por Medicare. $175 de copago por radiología de diagnóstico cubierta por Medicare. $0 de copago por mamografías para diagnóstico.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Hospitalización para pacientes internados: Servicios cubiertos que recibe en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta (continuación)	
	20% de coseguro para servicios de radiología terapéutica cubiertos por Medicare. $0 de copago por prótesis, aparatos ortopédicos y equipo médico duradero y suministros cubiertos por Medicare (apósitos quirúrgicos, férulas, yesos, etc.). $10 de copago por fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional cubiertas por Medicare. *Es posible que se requiera autorización previa.*
Terapia médica nutricional	
Este beneficio es para las personas que tienen diabetes, enfermedad renal (del riñón) (pero que no se dializan) o luego de un trasplante de riñón cuando el médico lo indique. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento personalizado durante el primer año que recibe servicios de terapia de nutrición médica conforme a Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage o Medicare Original) y 2 horas cada año después de eso. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, tal vez pueda recibir más horas de tratamiento con una orden del médico. Un médico debe recetarle estos servicios y renovar su orden cada año, si necesita continuar el tratamiento el próximo año calendario.	No se aplica 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 (MDPP)	
Los servicios del MDPP están cubiertos para personas elegibles en todos los planes de salud de Medicare. El MDPP es una intervención estructurada de cambio de comportamiento que brinda capacitación práctica en cambios dietéticos a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar desafíos para mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Medicamentos de Medicare Part B	
Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare Original. Los miembros de nuestro plan obtienen cobertura para estos medicamentos a través del plan. Los medicamentos cubiertos incluyen lo siguiente: • Medicamentos que generalmente no son autoadministrados por el paciente y que se inyectan o administran como infusión mientras recibe servicios médicos, como paciente ambulatorio en el hospital o en centros de cirugía ambulatoria. • Insulina suministrada a través de un artículo de equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria) • Otros medicamentos que administran utilizando equipo médico duradero (como nebulizadores) que fueron autorizados por nuestro plan • El medicamento contra el Alzheimer, Leqembi® (nombre genérico lecanemab), que se administra por vía intravenosa. Además de los costos de los medicamentos, es posible que necesite exploraciones y pruebas adicionales antes o durante el tratamiento que podrían aumentar sus costos generales. Hable con su médico sobre qué exploraciones y pruebas puede necesitar como parte de su tratamiento. • Factores de coagulación que usted se autoadministra por inyección, si tiene hemofilia. • Medicamentos para trasplantes/inmunosupresores: Medicare cubre la terapia con medicamentos para trasplante si Medicare pagó por su trasplante de órgano. Debe tener la Parte A al momento del trasplante cubierto y debe tener la Parte B al momento de recibir medicamentos inmunosupresores. • Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si está recluido en el hogar, tiene una fractura que un médico certifica que está relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse el medicamento • Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente instruida (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada.	20% de coseguro, hasta $35 de copago (lo que sea menor) por un suministro de un mes de cualquier insulina de la Parte B en nuestro formulario. 20% de coseguro para medicamentos de quimioterapia/ radiación de la Parte B, a menos que estén limitados por las reglas de la Ley de Reducción de la Inflación (IRA) 20% de coseguro por otros medicamentos de la Parte B, a menos que estén limitados por las reglas de la Ley de Reducción de la Inflación (IRA) Es posible que los costos sean menores si están limitados por las reglas de los CMS. Algunos medicamentos pueden estar sujetos a terapia por etapas. *Es posible que se requiera autorización previa.*

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Medicamentos de Medicare Part B (continuación) • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que se toman por vía oral si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo ingrediente activo que se encuentra en el medicamento inyectable) del fármaco inyectable. • Medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que usa como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes, durante o dentro de las 48 horas posteriores a la quimioterapia o si se usan como un reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas. • Ciertos medicamentos orales para la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) cubiertos por Medicare Part B. • Medicamentos calcimiméticos y quelantes de fosfato bajo el sistema de pago de ESRD, incluido el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar®. • Ciertos medicamentos para diálisis en el domicilio, incluso heparina, el antídoto para la heparina cuando es médicamente necesario y anestésicos tópicos • Agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina inyectable si tiene enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras condiciones determinadas (como Retacrit®, Aranesp®). • Inmunoglobulina endovenosa para el tratamiento en el domicilio de enfermedades de inmunodeficiencia primaria. • Nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por sonda). El enlace lo llevará a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a la terapia escalonada: www.connecticare.com/resources/medicare-pharmacy/medicare-drugs-covered También se cubren algunas vacunas según nuestros beneficios de medicamentos de la Parte B.	

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Examen de detección de obesidad y terapia para promover un adelgazamiento constante	
Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos servicios de asesoramiento intensivo para ayudarle a bajar de peso. Este asesoramiento está cubierto si se brinda en un entorno de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan de prevención integral. Hable con su médico de atención primaria o profesional médico para obtener más información.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para la examen de detección de obesidad y terapias preventivas.
Servicios del Programa de Tratamiento por Consumo de Opioides	
Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (OUD) pueden obtener cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Programa de Tratamiento por Consumo de Opioides (OTP) que incluye los siguientes servicios: • Medicamentos agonistas y antagonistas de los opioides aprobados por la Food and Drug Administration (FDA) de EE. UU. para el tratamiento asistido por medicamentos (MAT) • Dispensación y administración de medicamentos para MAT (si corresponde) • Asesoramiento sobre el consumo de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas de toxicología • Actividades de ingesta • Evaluaciones periódicas	$10 de copago por la consulta al Programa de Tratamiento por Consumo de Opioides cubierto por Medicare. *Es posible que se requiera autorización previa.*
Suministros y servicios terapéuticos y pruebas de diagnóstico ambulatorias	
Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, lo siguiente: • Radiografías • Radiación (radioterapia y terapia isotópica), incluidos materiales y servicios de técnicos • Suministros quirúrgicos, tales como apósitos • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y luxaciones • Análisis de laboratorio • Sangre (incluidas la conservación y administración). Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta que se utiliza	$15 de copago por cada radiografía cubierta por Medicare. 20% de coseguro por cada tratamiento de radioterapia cubierto por Medicare. $175 de copago por cada radiología de diagnóstico cubierta por Medicare. $0 de copago por mamografías para diagnóstico. $0 de copago por suministros y equipo médico duradero cubierto

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Suministros y servicios terapéuticos y pruebas de diagnóstico ambulatorias (continuación)	
• Pruebas diagnósticas no de laboratorio, como tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, electrocardiogramas y tomografías por emisión de positrones (PET) cuando su médico u otro proveedor de atención médica les ordena tratar un problema médico • Otras pruebas de diagnóstico ambulatorias	por Medicare (apósitos quirúrgicos, férulas, yesos, etc.) $0 de copago por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare completados en un médico o gratis. $10 de copago por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare completados en un hospital ambulatorio. $0 de copago por servicios de sangre cubiertos por Medicare. $25 de copago por otros procedimientos y pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare. $200 de copago por cada consulta hospitalaria ambulatoria cubierta por Medicare. $0 de copago por colonoscopia de diagnóstico. *Es posible que se requiera autorización previa.*
Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios Los servicios de observación son servicios hospitalarios ambulatorios que se brindan para determinar si usted necesita ser admitido como paciente hospitalizado o si puede ser dado de alta. Para que se cubran los servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios, deben cumplir con los criterios de Medicare y ser considerados razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo si son provistos por orden de un médico u otra persona autorizada por una licencia estatal otorgada por ley y estatuto del personal del hospital para admitir a los pacientes en el hospital u ordenar pruebas para pacientes ambulatorios. **Nota:** A menos que el proveedor haya escrito una solicitud para admitirlo a usted como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de la distribución de costos	$200 de copago por atención de observación cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios (continuación) por los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se lo considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, consulte al personal del hospital. Obtenga más información sobre la hoja de datos de *Beneficios hospitalarios de Medicare*. Esta hoja informativa está disponible en www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.	
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios Cubrimos los servicios médicamente necesarios que usted reciba en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, lo siguiente: • Servicios en un departamento de emergencias o en una clínica para pacientes ambulatorios, como por ejemplo servicios de observación o cirugía ambulatoria • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital • Atención de salud mental, que incluye la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que se requeriría tratamiento de hospitalización sin ella • Radiografías y otros servicios de radiología normalmente facturados por el hospital • Suministros médicos, como férulas y yesos • Ciertos medicamentos y productos biológicos que usted no puede administrarse solo **Nota:** A menos que el proveedor haya escrito una solicitud para admitirlo a usted como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de la distribución de costos por los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se lo considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, consulte al personal del hospital.	La distribución de costos de la atención de emergencia se explica en la sección “Atención de emergencia” de esta tabla de beneficios. $200 de copago por cada consulta no quirúrgica cubierta por Medicare en una clínica para pacientes ambulatorios. La distribución de costos de la consulta al centro de cirugía ambulatoria se explica en la sección “Cirugías para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios provistos en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria” de esta tabla de beneficios. $200 de copago por cada consulta hospitalaria ambulatoria cubierta por Medicare. $0 de copago por colonoscopia de diagnóstico. La distribución de costos de la atención de observación se explica en la sección “Observación hospitalaria ambulatoria” de esta tabla de beneficios. Se aplica el deducible.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (continuación)	
	La distribución de costos de los servicios de laboratorio se explica en la sección “Suministros y servicios terapéuticos y pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios” de esta tabla de beneficios. Los procedimientos de diagnóstico y las pruebas de distribución de costos se explican en la sección “Suministros y servicios terapéuticos y pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios” de esta tabla de beneficios. La distribución de costos de la atención de salud mental se explica en la sección de atención de salud mental para pacientes ambulatorios de esta tabla de beneficios. La distribución de costos de la hospitalización parcial se explica en la sección “Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos” de esta tabla de beneficios. La distribución de costos de las radiografías se explica en la sección “Suministros y servicios terapéuticos y pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios” de esta tabla de beneficios. La distribución de costos de la radiología de diagnóstico se explica en la sección “Suministros y servicios terapéuticos y pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios” de esta tabla de beneficios. La distribución de costos de la radiología terapéutica se explica en

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (continuación)	
	la sección “Suministros y servicios terapéuticos y pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios” de esta tabla de beneficios. Consulte la sección “Medicamentos recetados de Medicare Part B” de este cuadro para conocer las distribución de costos relacionadas con los medicamentos de la Parte B. La distribución de costos de los equipo médico duradero y los suministros se explican en la sección “Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados” de esta tabla de beneficios. La distribución de costos de prótesis y ortesis se explican en la sección “Dispositivos protésicos y ortopédicos y suministros relacionados” de esta tabla de beneficios. La distribución de costos de los servicios de diálisis se explica en la sección “Servicios para tratar la enfermedad renal” de esta tabla de beneficios. *Es posible que se requiera autorización previa.*
Atención de salud mental ambulatoria Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Los servicios médicos de salud mental provistos por un psiquiatra o médico matriculados, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, terapeuta profesional matriculado (LPC), terapeuta familiar y de parejas matriculado (LMFT), enfermera profesional (NP), auxiliar médico (PA) u otro proveedor de atención de salud mental calificado por Medicare según lo permitido por las leyes vigentes del estado.	$10 de copago por servicios de atención de salud mental de pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare. $10 de copago por cada consulta de atención de salud mental individual por telesalud cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Atención de salud mental ambulatoria (continuación)	
Tiene la opción de recibir ciertos servicios a través de una consulta en persona o por telesalud con un proveedor de la red que ofrezca el servicio por telesalud.	$10 de copago por cada consulta de atención psiquiátrica individual por telesalud cubierta por Medicare. *Es posible que se requiera autorización previa.*
Servicios de rehabilitación ambulatoria	
Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación ambulatoria se proveen en diversos entornos ambulatorios, como departamentos hospitalarios para pacientes ambulatorios, consultorios de terapeutas independientes y los centros de rehabilitación integral ambulatoria (CORF).	$10 de copago por servicios de rehabilitación ambulatoria cubiertos por Medicare (incluyendo fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje). $10 de copago por terapia ocupacional cubierta por Medicare. *Es posible que se requiera autorización previa.*
Servicios por trastornos por uso de sustancias para pacientes ambulatorios	
Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios para trastornos por uso de sustancias provistos por un médico o un psiquiatra con licencia estatal, un psicólogo clínico, un trabajador social clínico, un especialista en enfermería clínica, un profesional de enfermería, un asistente médico o cualquier otro profesional de atención médica calificado por Medicare, según lo permiten las leyes estatales pertinentes. Tiene la opción de recibir ciertos servicios a través de una consulta en persona o por telesalud con un proveedor de la red que ofrezca el servicio por telesalud.	$10 de copago por cada consulta individual o grupal cubierta por Medicare. $10 de copago por cada consulta individual de atención para el trastorno por uso de sustancias destinada pacientes ambulatorios cubierta por Medicare por telesalud. *Es posible que se requiera autorización previa.*
Cirugías ambulatorias, incluidos servicios provistos en centros hospitalarios ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios	
Nota: Si se realiza una cirugía en un centro hospitalario, debe verificar con su proveedor si será un paciente internado o ambulatorio. A menos que el proveedor escriba una solicitud para admitirlo a usted como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de la distribución de costos para la cirugía ambulatoria. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se lo considere un *paciente ambulatorio*.	$100 de copago por cada consulta en un centro de cirugía ambulatoria para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare. $0 de copago por colonoscopia de diagnóstico.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Cirugías ambulatorias, incluidos servicios provistos en centros hospitalarios ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios (continuación)	
	$200 de copago por cada consulta en un hospital para pacientes ambulatorios y centro quirúrgico para pacientes ambulatorios cubierto por Medicare. $0 de copago por colonoscopia de diagnóstico. *Es posible que se requiera autorización previa.*
Medicamentos de venta libre (OTC) y artículos relacionados con la salud	
Nuestro plan cubrirá los artículos elegibles de venta libre solo por correo. Su beneficio de OTC le permite comprar medicamentos, artículos de salud y bienestar y suministros de primeros auxilios en línea, por teléfono o por correo, con entrega a domicilio sin costo adicional. • Los audífonos OTC están cubiertos e incluidos en la asignación OTC combinada **EN LÍNEA:** Visite connecticare.nationsbenefits.com y haga un pedido. **PHONE:** Llame al 877-239-2942 (TTY: 711) y hable con un asesor de experiencia de miembros de Nations OTC de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. **CORREO POSTAL:** Complete un formulario de pedido y envíelo por correo a Nations OTC	Nuestro plan cubrirá $50 por mes todos los meses. **Este monto no se transfiere de mes a mes y vencerá al final de cada mes.*** * Los servicios no se tienen en cuenta para el monto máximo de gastos de bolsillo.
Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos	
La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo provisto como un servicio ambulatorio hospitalario o por un centro de salud mental comunitario, que es más intensivo que la atención que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta y es una alternativa a la hospitalización. El *servicio intensivo para pacientes ambulatorios* es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual (mental) proporcionado en un departamento hospitalario para pacientes ambulatorios, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud calificado a nivel federal o una clínica de salud rural	$55 de copago por los servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare. $55 de copago por servicios ambulatorios intensivos cubiertos por Medicare. *Es posible que se requiera autorización previa.*

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos (continuación) que es más intenso que la atención que recibe en el consultorio de su médico o terapeuta, pero menos intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta familiar y de parejas matriculado (LMFT) o terapeuta profesional autorizado, pero menos intenso que la hospitalización parcial.	
Servicios de médicos y profesionales médicos, incluidas las consultas en la oficina del médico Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios de atención médica o quirúrgica necesarios por razones médicas en el consultorio del médico, centro de cirugía ambulatoria certificado, departamento hospitalario para pacientes ambulatorios o cualquier otro lugar • Consultas, diagnósticos y tratamientos con un especialista. • Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su PCP o un especialista, si su médico lo indica para ver si necesita tratamiento médico • Determinados servicios de telesalud, incluidos los siguientes: Servicios médicos de atención Primaria, servicios médicos especializados, sesión individual para servicios especializados de salud mental, sesión individual para servicios psiquiátricos ◦ Tiene la opción de obtener estos servicios a través de una visita en persona o por telesalud. Si decide recibir uno de estos servicios por telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca el servicio por telesalud. Puede acceder a los servicios de telesalud por teléfono, internet o una aplicación móvil. ◦ Su proveedor debe utilizar un sistema interactivo de telecomunicaciones de audio y vídeo que le permita obtener comunicación en tiempo real entre usted y su proveedor. Su proveedor puede pedirle que se registre y utilice su portal seguro para pacientes para obtener servicios de telesalud cubiertos. • Algunos servicios de telesalud, que incluyen consulta, diagnóstico y tratamiento brindados por un médico o profesional médico, están destinados para pacientes en determinadas zonas rurales u otros lugares aprobados por Medicare.	$0 de copago por cada vista de atención primaria cubierta por Medicare. $10 de copago por cada consulta en el consultorio del especialista cubierta por Medicare. Usted será responsable de todos los copagos o coseguros aplicables para cada servicio proporcionado en el momento de su visita. Para la visita, se le pedirá que comparta los costos tanto para la visita como para la radiografía. La distribución de costos (copago o coseguro) que se aplica depende de los servicios que reciba. En la Tabla de beneficios Médicos se enumera la distribución de costos para servicios específicos.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga

Servicios de médicos y profesionales médicos, incluidas las consultas en la oficina del médico (continuación)

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

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de médicos y profesionales médicos, incluidas las consultas en la oficina del médico (continuación) • Una segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía.	
Servicios de podología Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Diagnóstico y tratamiento clínico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie (como dedo en martillo o espolón en el talón). • Atención rutinaria del pie para miembros con ciertas afecciones médicas que afectan las extremidades inferiores.	$10 de copago por servicios de podología cubiertos por Medicare.
Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para la prevención del VIH Si no tiene VIH, pero su médico u otro profesional de atención médica determina que tiene un mayor riesgo de contraer VIH, cubrimos los medicamentos de profilaxis previa a la exposición (PrEP) y los servicios relacionados. Si reúne los requisitos, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Medicamento PrEP oral o inyectable aprobado por la FDA. Si recibe un medicamento inyectable, también cubrimos la tarifa por inyectarse el medicamento. • Hasta 8 sesiones de asesoramiento individual (incluida la evaluación del riesgo de VIH, la reducción del riesgo de VIH y el cumplimiento de la medicación) cada 12 meses. • Hasta 8 exámenes de detección del VIH cada 12 meses. Un examen de detección del virus de la hepatitis B realizada una sola vez.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio de PrEP.
Exámenes de detección de cáncer de próstata Para hombres a partir de los 50 años de edad, los servicios cubiertos incluyen los siguientes exámenes una vez cada 12 meses: • Tacto rectal • Examen de antígeno prostático específico (PSA)	No se aplica coseguro, copago ni deducible para un examen de PSA anual.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Dispositivos protésicos y ortopédicos, y suministros relacionados Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan todas o una parte o función corporal. Estos incluyen, entre otros, pruebas, ajustes o capacitación en el uso de dispositivos protésicos y ortóticos; así como: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con atención de colostomía, marcapasos, dispositivos ortopédicos, zapatos ortopédicos, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye también determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos y ortopédicos, y la reparación o sustitución de dispositivos protésicos y ortopédicos. También incluye cierta cobertura después de la extracción o la cirugía de cataratas. Vaya a *Cuidado para la vista* más adelante en esta tabla para obtener más detalles.	$0 de copago por dispositivos protésicos cubiertos por Medicare y suministros relacionados. *Es posible que se requiera autorización previa.*
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que tengan una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) moderada o muy grave y una orden de rehabilitación pulmonar emitida por el médico a cargo del tratamiento de la enfermedad respiratoria crónica.	$10 de copago por servicios de rehabilitación pulmonar. *Es posible que se requiera autorización previa.*
Examen de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol Cubrimos un examen de detección de abuso del alcohol para adultos (incluso embarazadas) que abusan del alcohol, pero no son alcohólicos. Si se le diagnostica que usted consume alcohol en forma inadecuada, puede recibir hasta 4 sesiones presenciales breves de asesoramiento por año (si es competente y está alerta durante el asesoramiento) proporcionadas por un médico de atención primaria o profesional médico calificados en un entorno de atención médica primaria.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio de examen de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare.
Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computada de baja dosis (LDCT) Para personas elegibles, la LDCT está cubierta cada 12 meses. **Los miembros elegibles son** personas de 50 a 77 años sin signos o síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de haber fumado durante al menos 20 años-paquete (“pack-years”) o que fuman actualmente o han dejado de fumar en los últimos 15 años, quienes reciben una orden para la LDCT durante la consulta para el	No se debe abonar un coseguro, copago ni deducible por las visitas de asesoramiento y de toma de decisiones compartida cubiertas por Medicare ni por la LDCT.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computada de baja dosis (LDCT) (continuación) asesoramiento y la toma de decisiones compartidas para la detección de cáncer de pulmón que cumple con los criterios de Medicare para tales consultas y que es proporcionada por un médico o profesional no médico acreditado. *Para los exámenes de detección de cáncer de pulmón con LDCT después del examen de detección inicial con LDCT:* los miembros deben obtener una orden para el examen de detección de cáncer de pulmón con LDCT, que puede ser suministrada por un médico o profesional no médico acreditado durante cualquier consulta pertinente. Si un médico o profesional no médico calificado opta por proporcionar un asesoramiento de examen de detección de cáncer de pulmón y visita de toma de decisión compartida para exámenes preventivos posteriores de cáncer de pulmón con LDCT, la visita debe cumplir con los criterios de Medicare para tales visitas.	
Detección de la infección por el virus de la hepatitis C Cubrimos un examen de detección de hepatitis C si su médico de atención primaria u otro proveedor de atención médica calificado ordena una y usted cumple con una de estas condiciones: • Corre un alto riesgo porque consume o ha consumido drogas inyectables ilícitas. • Recibió una transfusión de sangre antes de 1992. • Nació entre 1945 y 1965. Si nació entre 1945 y 1965 y no se considera de alto riesgo, pagamos un examen de detección una vez. Si tiene un alto riesgo (por ejemplo, ha continuado usando drogas inyectables ilícitas desde su examen de detección de hepatitis C negativa anterior), cubrimos los exámenes de detección anuales.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el examen de detección del virus de la hepatitis C cubierta por Medicare.
Examen de detección para infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento para prevenirlas Cubrimos exámenes de detección para infecciones de transmisión sexual (ITS): clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estos exámenes de detección están cubiertos para embarazadas y para determinadas personas que tienen un riesgo elevado de ITS cuando un proveedor de atención primaria les solicita una prueba. Cubrimos estos exámenes	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio de examen de detección de ITS y asesoramiento para beneficio preventivo de infecciones de

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Examen de detección para infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento para prevenirlas (continuación)	
una vez cada 12 meses o en determinados momentos durante el embarazo. También cubrimos hasta 2 sesiones individuales de asesoramiento en comportamiento, en persona y de alta intensidad, de 20 a 30 minutos por año para adultos sexualmente activos que corren más riesgo de padecer ITS. Solamente cubrimos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son provistas por un proveedor de atención primaria y se realizan en un entorno de atención médica primaria, como en la oficina del médico.	transmisión sexual cubiertos por Medicare.
Servicios para el tratamiento de enfermedades renales Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios educativos sobre enfermedades renales para enseñar sobre el cuidado renal y ayudar a que los miembros tomen decisiones informadas acerca de su atención. Para miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV, siempre que cuenten con una remisión de su médico, cubrimos hasta 6 sesiones de servicios educativos sobre enfermedades renales de por vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor de este servicio no está disponible temporalmente o no se puede acceder a él). • Tratamientos de diálisis como paciente internado (si es hospitalizado para recibir atención médica especial) • Capacitación para autodiálisis (incluye capacitación para usted y cualquier persona que le ayude a realizar sus tratamientos de diálisis en su domicilio). • Equipos y suministros para diálisis en el domicilio. • Ciertos servicios de apoyo en el hogar (tales como, cuando sea necesario, visitas de técnicos en diálisis capacitados para controlar la diálisis en el domicilio, para asistir en casos de emergencia y efectuar una revisión de su equipo de diálisis y suministro de agua). Algunos medicamentos para diálisis están cubiertos por Medicare Part B. Para obtener información sobre la cobertura para medicamentos de la Parte B, vaya a Medicamentos de **Medicare Part B** en esta tabla.	$0 de copago por educación sobre enfermedades renales cubierta por Medicare. 20% de coseguro por servicios de diálisis.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Atención en centros de enfermería especializada (SNF) (Para obtener una definición de atención en un centro de enfermería especializada, consulte el Capítulo 12. Algunas veces, los centros de enfermería especializada se denominan SNF). Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF. No se requiere una hospitalización previa. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, lo siguiente: • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería especializada. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Medicamentos administrados como parte de nuestro plan de atención (esto incluye sustancias que están naturalmente presentes en el cuerpo, como los factores de coagulación de la sangre). • Sangre (incluidas la conservación y administración). La cobertura de sangre completa y glóbulos rojos empacados comienza con la primera pinta de sangre que necesite. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta. • Suministros médicos y quirúrgicos normalmente provistos por los SNF. • Pruebas de laboratorio normalmente provistas por los SNF. • Radiografías y otros servicios de radiología normalmente provistos por los SNF. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, normalmente provistos por los SNF. • Servicios médicos/profesionales médicos. Por lo general, recibe cuidado de centros de enfermería especializada (SNF) en centros de la red. Bajo ciertas condiciones indicadas a continuación, usted puede pagar la distribución de costos dentro de la red por un centro que no sea proveedor de la red, si el centro acepta las cantidades de pago de nuestro plan. • Un centro de convalecencia o comunidad de atención continua para jubilados donde usted vivía justo antes de ingresar al hospital (siempre que se provea la atención de un centro de enfermería especializada). • Un SNF donde su cónyuge o pareja de hecho esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital	$0 de copago diario por servicios cubiertos por Medicare, para los días 1 a 20; $214 de copago diario por servicios cubiertos por Medicare, para los días 21 a 100 por periodo de beneficios. Un periodo de beneficios comienza el día que usted es admitido como paciente internado y finaliza cuando usted no haya recibido atención para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días seguidos. Si ingresa al hospital o SNF una vez finalizado un periodo de beneficios, comenzará uno nuevo. No hay un límite en la cantidad de periodos de beneficios. *Es posible que se requiera autorización previa.*

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Dejar de fumar y de consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco)	
El asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco está cubierto para pacientes ambulatorios y hospitalizados que cumplan con estos criterios: • Usan tabaco, independientemente de si exhiben signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco. • Son competentes y están alertas durante el asesoramiento. • Un médico calificado u otro profesional médico reconocido por Medicare proporciona asesoramiento. Cubrimos 2 intentos de abandono por año (cada intento puede incluir un máximo de 4 sesiones intermedias o intensivas, y el paciente puede recibir hasta 8 sesiones por año).	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y consumir tabaco cubiertos por Medicare.
Terapia de ejercicio supervisada (SET)	
La SET está cubierta para los miembros que tienen la enfermedad arterial periférica sintomática (PAD) y una remisión por PAD del médico responsable del tratamiento de la PAD. Se cubren hasta 36 sesiones en un periodo de 12 semanas si se cumplen con los requisitos para el programa SET. El programa SET debe: • Consistir en sesiones de 30 a 60 minutos de duración, que comprenden un programa terapéutico de entrenamiento con ejercicios para la PAD en pacientes con claudicación. • Llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un médico. • Estar a cargo de personal auxiliar calificado necesario para asegurar que los beneficios excedan los daños, y que estén capacitados en terapia de ejercicio para PAD. • Estar bajo la supervisión directa de un médico, un asistente médico, o una enfermera clínica/enfermero profesional que deben estar entrenados en técnicas de auxilio vital básicas y avanzadas. LA SET puede tener cobertura de hasta más de 36 sesiones en un periodo de más de 12 semanas para un adicional de 36 sesiones en un periodo extendido de tiempo si el proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.	$10 de copago por cada sesión de terapia de ejercicios supervisados (SET) cubierta por Medicare. *Es posible que se requiera autorización previa.*

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios requeridos urgentemente	
Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata y que no es una emergencia es un servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o, incluso si se encuentra dentro del área de servicio de nuestro plan, no es razonable, dado su tiempo, lugar y circunstancias, obtener este servicio de proveedores de la red. Nuestro plan debe cubrir los servicios requeridos urgentemente y solo cobrarle la distribución de costos dentro de la red. Algunos ejemplos de servicios requeridos urgentemente son las enfermedades y las lesiones médicas imprevistas, o los brotes inesperados de afecciones existentes. Las visitas de rutina médicamente necesarias al proveedor, como los chequeos anuales, no se consideran urgentemente necesarias, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si nuestra red de planes no está disponible temporalmente.	$10 de copago por servicios requeridos urgentemente cubiertos por Medicare.
Cuidado para la vista	
Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios de médico ambulatorios para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de degeneración macular relacionada con la edad. Medicare Original no cubre exámenes de la vista rutinarios (refracciones oculares) para anteojos o lentes de contacto.	$10 de copago por cada examen ocular cubierto por Medicare.
• Para las personas con alto riesgo de glaucoma, cubrimos un examen de detección de glaucoma cada año. Las personas con alto riesgo de glaucoma incluyen personas con historial familiar de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos de 50 años o más e hispanoamericanos de 65 años o más.	$0 de copago por el examen de detección de glaucoma cubierta por Medicare.
• Para las personas con diabetes, el examen de detección de retinopatía diabética está cubierta una vez por año.	$10 de copago por detección de retinopatía diabética cubierta por Medicare.
• Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada operación de cataratas que incluya la inserción de una lente intraocular. Si tiene 2 operaciones de cataratas separadas, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar 2 anteojos después de la segunda cirugía.	Usted paga $0 de copago por un par de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de la cirugía de cataratas. Los anteojos deben obtenerse dentro de los 12 meses de la cirugía de cataratas. (Solo están cubiertos los marcos y lentes básicos cubiertos por Medicare).

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Cuidado para la vista (continuación)	
Examen ocular de rutina*	$0 de copago por un examen ocular de rutina. Limitado a 1 visitas todos los años.
Exámenes oculares de rutina proporcionados por proveedores seleccionados. Revise el Directorio de Proveedores para encontrar un proveedor de servicios oftalmológicos. • Asignación de elementos para la vista (monturas y lentes) o lentes de contacto (en lugar de gafas) de un proveedor de la red hasta $550 cada año. Usted será responsable de todo monto que supere la asignación.	Limitado a 1 visita por año. * Los servicios no se tienen en cuenta para el monto máximo de gastos de bolsillo.
Visita preventiva de Bienvenida a Medicare	
Nuestro plan cubre una visita preventiva de *Bienvenida a Medicare* por única vez. La visita incluye una revisión de su salud, así como capacitación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas ciertos exámenes de detección y vacunas), y referidos para otro tipo de atención, si es necesario. **Importante:** Cubrimos la visita preventiva de *Bienvenida a Medicare* solo dentro de los primeros 12 meses en los que tiene Medicare Part B. Cuando programe una cita, comuníquele al personal de la oficina del médico que desea programar una visita preventiva de *Bienvenida a Medicare*.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para la visita *preventiva de "Bienvenida a Medicare*".
Emergencia en cualquier lugar del mundo	
Se proporciona cobertura para la atención de emergencia y los servicios de transporte de emergencia recibidos en todo el mundo. (En todo el mundo se refiere a la atención de emergencia recibida fuera de los Estados Unidos y sus territorios). El transporte de emergencia debe ser proporcionado por un vehículo de transporte de emergencia autorizado. Los servicios están cubiertos en todo el mundo bajo las mismas condiciones de necesidad médica y adecuación que se habrían aplicado si los mismos servicios se proporcionaran dentro de los Estados Unidos y sus territorios. Si tiene una emergencia fuera de los EE. UU. y sus territorios, usted será responsable de pagar los servicios prestados por adelantado. Debe presentar un resumen de alta o documentación médica equivalente y un comprobante de pago en inglés y dólares	$100 de copago por viaje para servicios de transporte de emergencia en todo el mundo. Hay un máximo anual de $50,000 para servicios en todo el mundo, el transporte debe ser proporcionado por un vehículo de transporte de emergencia con licencia, incluidos los servicios de emergencia en todo el mundo, los servicios requeridos urgentemente en todo el mundo y los servicios de transporte de emergencia en todo el mundo combinados.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Emergencia en cualquier lugar del mundo (continuación)	
estadounidenses para el reembolso de ConnectiCare Choice Plan 2. Revisaremos la documentación para verificar la necesidad médica y la idoneidad antes de realizar el reembolso. Es posible que no le reembolsemos todos sus gastos de bolsillo. Si las notas clínicas no están en inglés, deberá proporcionar una traducción certificada. Si la factura de pago no está en dólares estadounidenses, el reembolso se calculará utilizando el tipo de cambio en el momento en que se procese el cheque. Los pagos se realizan únicamente en dólares estadounidenses. Las tasas de cambio monetario, los costos de traducción, el franqueo, el viaje de regreso a los EE. UU. y otras tarifas no médicas no son reembolsables.	Los servicios no se tienen en cuenta para el cálculo del monto máximo de gastos de bolsillo.

Se pueden aplicar exclusiones y limitaciones. Consulte la lista de exclusión a continuación.
Puede consultar a cualquier proveedor dental con licencia que no haya optado por no participar o que haya sido excluido de Medicare Original. Si usted utiliza un proveedor sin licencia, usted no recibirá ningún reembolso. Si utiliza un proveedor que ha optado por no participar o ha sido excluido de Medicare Original, no recibirá ningún reembolso.

Ahorrará más cuando reciba atención de uno de nuestros proveedores dentales dentro de la red. Usted puede recibir atención de un proveedor dental fuera de la red, pero es posible que deba pagar más. Para saber cuáles son los proveedores participantes, comuníquese con Departamento de Servicios para Miembros o visite nuestro sitio web en Connecticare.com/Medicare. Si ve a un dentista no participante para recibir servicios dentales cubiertos, debe pedirle al dentista que le facture a ConnectiCare directamente utilizando la dirección que aparece en la parte posterior de su tarjeta de identificación. Si el proveedor dental no participante requiere el pago en el momento en que se presta el servicio, envíe una copia de la factura pagada a la dirección que figura en el reverso de su tarjeta de identificación. Incluya el formulario de reclamación estándar de la American Dental Association (ADA) completado y firmado por los dentistas o el formulario de reembolso dental proporcionado en nuestro sitio web en Connecticare.com/Medicare.

Exclusiones y limitaciones de los POS dentales

- Los procedimientos, técnicas y servicios experimentales o de investigación según lo determine el Plan no están cubiertos.
- Los procedimientos para alterar la dimensión vertical (altura de la mordida en función de la posición de la mandíbula en reposo), incluidos, entre otros, los protectores oclusales (mordida) y cualquier procedimiento para alterar la dimensión vertical, como los aparatos de férula periodontal (aparatos utilizados para entablillar o adherir varios dientes), y las restauraciones (limaduras, coronas, puentes, etc.) no están cubiertos.
- Los servicios o suministros relacionados con cualquier prótesis o aparato duplicado o de reemplazo no están cubiertos.
- No se cubren las restauraciones que son principalmente de naturaleza cosmética, incluidas, entre otras, las carillas laminadas.
- La restauración de la estructura dental perdida debido al desgaste o la abrasión no está cubierta.
- El blanqueamiento dental no está cubierto.
- Los injertos óseos no están cubiertos.

- No se cubren las dentaduras postizas ni puentes personalizados o de precisión, ni las técnicas especializadas, incluido el uso de trabajo de puente fijo, donde una dentadura postiza parcial removible diseñada con broche convencional restauraría el arco.
- Los cargos duplicados no están cubiertos.
- Los servicios prestados antes de la fecha de entrada en vigor de la cobertura no están cubiertos.
- Los servicios prestados después de la cancelación o terminación de la cobertura no están cubiertos.
- Los servicios o suministros que no son necesarios dentalmente de acuerdo con los estándares aceptados de la práctica dental no están cubiertos.
- Los servicios que están incompletos o no se prestan al paciente no están cubiertos.
- Los servicios tales como traumatismos que habitualmente se proporcionan bajo cobertura médico-quirúrgica o los servicios necesarios como resultado de un accidente automovilístico o accidente de responsabilidad de propiedad no están cubiertos.
- Los servicios donde existe un procedimiento menos costoso y clínicamente equivalente no están cubiertos. Sin embargo, los beneficios pagaderos en virtud del presente se realizarán solo por el porcentaje aplicable del curso de tratamiento menos costoso y comúnmente realizado, y el saldo del costo del tratamiento seguirá siendo responsabilidad de pago del miembro elegible. Esta exclusión no se aplica a coronas, dentaduras postizas y dentaduras parciales fijas.
- Las evaluaciones clínicas orales están cubiertas, pero la frecuencia está limitada por el tipo de evaluación. Revise la lista de códigos de procedimientos cubiertos.
- No se cubre más de un procedimiento de profilaxis (limpieza) o mantenimiento periodontal cada seis (6) meses. No se permiten un procedimiento de mantenimiento periodontal y una profilaxis dentro del mismo periodo de seis meses. En ausencia de un historial de reclamaciones pagadas por terapia periodontal integral, los procedimientos de mantenimiento periodontal no están cubiertos.
- No se cubre más de una serie de radiografías de la boca completa cada treinta y seis (36) meses.
- No se cubre más de una serie de radiografías de aleta de mordida cada seis (6) meses.
- No se cubre más de un tratamiento con flúor cada seis (6) meses.
- Los ajustes o reparaciones de las dentaduras postizas realizados dentro de los seis (6) meses siguientes a la instalación de la dentadura postiza están incluidos en el servicio.
- No se cubre más de una reparación de dentadura postiza por arco cada doce (12) meses.
- Los servicios o suministros relacionados con el entablillado periodontal (adherir varios dientes juntos) no están cubiertos.
- No están cubiertos los gastos para el reemplazo de una dentadura postiza existente que pueda repararse o ajustarse.
- Los gastos adicionales para una prótesis dental temporal o provisional u otros servicios temporales o provisionales (empastes, coronas, etc.) pueden considerarse incluidos en otros procedimientos cubiertos o no cubiertos.
- Gastos por el reemplazo de prótesis, como dentaduras postizas, coronas, incrustaciones/incrustaciones, implantes y servicios relacionados con implantes, o puentes dentro de los sesenta (60) meses a partir de la fecha en que el beneficio original no está cubierto.
- La capacitación en el control de la placa o la higiene bucal, o para la instrucción dietética no están cubiertos.
- Los servicios incurridos que superen el máximo del año de beneficios no están cubiertos.
- Los gastos por la cumplimentación de formularios de reclamación no están cubiertos.
- Los cargos por citas perdidas no están cubiertos.

- Los cargos por servicios o suministros que no sean necesarios para el tratamiento o que no sean recomendados y aprobados por el dentista tratante no están cubiertos. El plan determinará la necesidad médica en función de la documentación presentada por el dentista tratante.
- No están cubiertos los procedimientos quirúrgicos óseos y otros procedimientos periodontales más de una vez por cuadrante cada treinta y seis (36) meses.
- No se cubre más de un raspado periodontal y alisado radicular (limpieza de la superficie por debajo de la línea de las encías) por cuadrante cada treinta y seis (36) meses.
- Los servicios para cualquier afección cubierta por la ley de compensación laboral, sin culpa o por cualquier otra legislación similar no están cubiertos.
- Las reclamaciones presentadas más de 365 días después de la fecha del servicio no están cubiertas.
- No se cubren los servicios para corregir o en conjunto con malformaciones congénitas o del desarrollo de los dientes (dientes congénitamente faltantes, dientes supernumerarios, esmalte y displasia dental, etc.) presentes antes de la fecha de vigencia de la cobertura.
- Cualquier servicio o suministro proporcionado junto con, en preparación para, o como resultado de un servicio no cubierto no está cubierto.
- Cualquier servicio para tratar el dolor miofascial o trastornos de las articulaciones de la mandíbula (articulaciones temporomandibulares; ATM; TMD) no está cubierto.
- Los servicios de ortodoncia no están cubiertos.

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

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

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

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

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en condiciones específicas
Acupuntura	Disponible para personas con dolor lumbar crónico en determinadas circunstancias
Cirugías o procedimientos estéticos	Están cubiertos en casos de lesión accidental o para mejorar la función de un miembro malformado del cuerpo Están cubiertos para todas las etapas de reconstrucción de un seno después de la mastectomía, así como para el seno no

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en condiciones específicas
	afectado para producir una apariencia simétrica
Atención de custodia La atención de custodia es atención personal que no requiere la atención continua de personal paramédico o médico capacitado, como el cuidado que le ayuda con las actividades de la vida diaria, como bañarse o vestirse	No cubierto bajo ninguna circunstancia
Procedimientos médicos y quirúrgicos, y equipos y medicamentos experimentales Los artículos y procedimientos experimentales son aquellos artículos y procedimientos que generalmente no son aceptados por la comunidad médica según Medicare Original.	Pueden estar cubiertos por Medicare Original dentro de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan (Consulte el Capítulo 3, Sección 5 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica)
Las tarifas impuestas por sus parientes directos o miembros de su hogar por atención que le brinden	No cubierto bajo ninguna circunstancia
Atención de enfermería en el hogar a tiempo completo	No cubierto bajo ninguna circunstancia
Los servicios domésticos incluyen ayuda con las tareas domésticas básicas, incluidas las tareas domésticas livianas o la preparación de comidas livianas.	No cubierto bajo ninguna circunstancia
Servicios de naturopatía (tratamientos naturales o alternativos)	No cubierto bajo ninguna circunstancia
Atención dental que no es de rutina	La atención dental requerida para el tratamiento de una enfermedad o de una lesión puede estar cubierta como atención médica ambulatoria o durante hospitalización.
Calzado ortopédico o dispositivos de soporte para pies	Calzado que forma parte de una pierna ortopédica y que está incluido en el costo de la misma. Calzado ortopédico o

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en condiciones específicas
	terapéutico para personas con enfermedad de pie diabético
Artículos personales en la habitación de un hospital o en un centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor	No cubierto bajo ninguna circunstancia
Habitación privada en un hospital	Solo cubierto cuando es médicamente necesario.
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros de medicamentos anticonceptivos sin receta	No cubierto bajo ninguna circunstancia
Atención quiropráctica de rutina	Está cubierta la manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación
Cuidado dental de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras postizas	Algunos tratamientos dentales de rutina están cubiertos. Consulte el Capítulo 4, Sección 2.1, en “Servicios dentales”. Consulte el Capítulo 4, Sección 3.1 para obtener una lista de los beneficios dentales, las exclusiones y las limitaciones.
Exámenes rutinarios de la vista, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otros aparatos para la vista disminuida	Se cubre un examen de la vista y un par de anteojos (o lentes de contacto) después de una cirugía de cataratas. Algunos cuidados de la vista de rutina están cubiertos. (Consulte la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4 en “Cuidado de la vista”).
Atención de rutina para los pies	Cobertura limitada provista según las pautas de Medicare (p. ej., si tiene diabetes)
Exámenes auditivos de rutina, audífonos o exámenes para adaptar los audífonos	Algunos cuidados auditivos de rutina están cubiertos. (Consulte la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4 en “Servicios para la audición”)
Servicios considerados no razonables y necesarios, según los estándares de Medicare Original	No cubierto bajo ninguna circunstancia

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

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos el pago de nuestra parte del costo de sus servicios cubiertos

En ocasiones, cuando recibe atención médica, es posible que deba pagar el costo total. Otras veces, puede que descubra que paga más de lo que esperaba según las reglas de cobertura de nuestro plan, o puede que reciba una factura de un proveedor. En estos casos, puede solicitar a nuestro plan que le devuelva el pago (le reembolse). Es su derecho recibir un reembolso de nuestro plan cada vez que haya pagado más de su parte del costo por servicios médicos cubiertos por nuestro plan. Puede haber fechas límite que deba cumplir para obtener el reembolso. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

También puede suceder que reciba la factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que recibió o por más de su parte de la distribución de costos, como se explica en este material. En primer lugar, intente resolver la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla. Examinaremos la factura y decidiremos si se deben cubrir los servicios. Si decidimos que deben ser cubiertos, pagaremos al proveedor directamente. Si decidimos no pagarlo, se lo notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar un monto mayor a la distribución de costos permitidos por el plan. Si este proveedor está contratado, usted todavía tiene derecho a recibir tratamiento.

Ejemplos de situaciones en las que puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva un pago o que pague una factura que haya recibido:

1. **Cuando recibió atención médica urgentemente necesaria o en caso de emergencia de un proveedor que no está en la red de nuestro plan**

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

   - Usted solo es responsable de pagar su parte del costo de los servicios de emergencia o servicios requeridos urgentemente. Los proveedores de servicios de emergencia están legalmente obligados a proporcionar atención de emergencia.
   - Si usted paga el monto total al momento de recibir la atención, solicítenos un reembolso de nuestra parte del costo. Envíenos la factura, junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado.
   - Es posible que reciba una factura del proveedor solicitándole un pago que usted considera que no adeuda. Envíenos esta factura, junto con la documentación de cualquier pago que ya haya efectuado.
     - Si se adeuda algo al proveedor, le pagaremos a él directamente.
     - Si ya pagó más que la parte que le corresponde del costo del servicio, determinaremos cuánto debía usted y le reembolsaremos la parte del costo que nos corresponde.

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

   Los proveedores de la red siempre deben facturar a nuestro plan directamente y solicitarle a usted solo su parte del costo. Pero en ocasiones cometen errores y le solicitan que pague más de lo que le corresponde.

   - Solo tiene que pagar la parte de la distribución de costos que le corresponde cuando obtiene los servicios cubiertos. No les permitimos a los proveedores agregar cargos adicionales por separado, lo que se llama **facturación del saldo**. Esta protección (que usted nunca paga más que el monto de distribución de costos que le corresponde) se aplica incluso si pagamos al proveedor menos de lo que cobra el proveedor por un servicio e incluso si existe una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.
   - Si recibe una factura de un proveedor de la red que cree que es superior a lo que debería pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
   - Si ya ha pagado una factura a un proveedor de la red, pero considera que le ha pagado demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado y solicítenos que le reembolsemos la diferencia entre el monto que usted pagó y el monto que debe conforme a nuestro plan.

3. **Si se inscribe en nuestro plan de manera retroactiva**

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

   Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo cualquier servicio cubierto después de su fecha de inscripción, puede solicitarnos que le reembolsemos la parte de los costos que nos corresponde. Debe enviarnos documentación, como recibos y facturas, para que tramitemos el reembolso.

   Llame al Departamento de Servicios para Miembros si desea obtener información adicional sobre cómo solicitarnos el reembolso y conocer las fechas límites para presentar la solicitud.

Cuando nos pida que le paguemos, revisaremos su pedido y decidiremos si cubrir o no el servicio o medicamento en cuestión. Esto se denomina tomar una **decisión de cobertura**. Si decidimos que se debe cubrir, pagaremos el servicio o el medicamento. Si rechazamos su pedido de pago, puede apelar nuestra decisión. En el Capítulo 7 encontrará información sobre cómo presentar una apelación.

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

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

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

Reclamaciones de servicios médicos:
Molina ConnectiCare Claims
PO Box 36010
Louisville, KY 40233

Reclamaciones de medicamentos recetados de la Parte D:
Attn: Medicare Pharmacy Department
7050 S Union Park Center Drive, Suite 600
Midvale, UT 84047

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

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

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

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

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

CAPÍTULO 6:
Sus derechos y responsabilidades

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

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

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

Our plan has free interpreter services available to answer questions from non-English speaking members. We can also give you materials in languages other than English including Spanish and braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We're required to give you information about our plan's benefits in a format that's accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, call Member Services at (800) 224-2273 (TTY users call 711).

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

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

If you have any trouble getting information from our plan in a format that's accessible and appropriate for you, seeing a women's health specialist or finding a network specialist, call to file a grievance with Member Services at (800) 224-2273 (TTY users should call 711). You can also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights 1-800-368-1019 or TTY 1-800-537-7697.

Su plan está obligado a garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se proporcionen de manera competente desde el punto de vista cultural y sean accesibles para todos los afiliados, incluidos los que tienen un nivel de inglés o una capacidad de ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad son, entre otros, proporcionar servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponible para responder a las preguntas de los miembros que no hablan inglés. Es posible que nuestras comunicaciones con usted estén disponibles en varios idiomas. Para recibir ciertos materiales en el idioma que prefiera, puede indicarlos en su solicitud de inscripción o llamar al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos

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

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

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

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, para ver a especialistas en salud de la mujer o para encontrar un especialista de la red, llame para presentar una queja ante Servicios para miembros al (800) 224-2273 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede presentar un reclamo ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Sección 1.2 Debemos garantizarle acceso oportuno a sus servicios cubiertos

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

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

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

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información médica personal

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

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

¿Cómo protegemos la privacidad de su información médica?

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

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

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

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

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

Si tiene alguna pregunta o duda sobre la privacidad de su información médica personal, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 224-2273 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

Como miembro de ConnectiCare Choice Plan 2, usted tiene derecho a recibir distintos tipos de información de nuestra parte.

Si desea recibir cualquiera de los siguientes tipos de información, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 224-2273 (los usuarios de TTY deben llamar al 711):

- **Información sobre nuestro plan**. Esto incluye, por ejemplo, información sobre el estado financiero de nuestro plan.
- **Información sobre los proveedores de nuestra red.** Tiene derecho a obtener información sobre la acreditación de los proveedores de la red, y sobre cómo pagamos a nuestros proveedores de la red.
- **Información sobre su cobertura y las normas que debe cumplir al utilizarla.** En los Capítulos 3 y 4 encontrará información sobre los servicios médicos.
- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.** En el Capítulo 7 se proporciona información sobre cómo solicitar una explicación por escrito de por qué un servicio médico no está cubierto o si su cobertura está restringida. En el Capítulo 7 también se proporciona información sobre cómo pedirnos que cambiemos una decisión, también llamada apelación.

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

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

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

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

- **Conocer todas sus opciones.** Tiene derecho a que le informen todas las opciones de tratamiento recomendadas para su afección, independientemente del costo o de si están cubiertas por nuestro plan.
- **Conocer los riesgos.** Usted tiene derecho a que le informen cualquier riesgo que implique su atención médica. Debe ser notificado con anticipación si algún tratamiento o atención médica propuesto es parte de un experimento de investigación. Siempre tiene la opción de negarse a recibir tratamientos experimentales.
- **Derecho a decir "no".** Tiene derecho a negarse a recibir cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a irse de un hospital o consultar a otro centro médico, aunque su médico le recomiende quedarse. Si se niega al tratamiento, usted asume la responsabilidad total de las consecuencias que sufra su cuerpo.

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

A veces, las personas quedan incapacitadas para tomar decisiones sobre el cuidado de la salud por sí mismas debido a accidentes o enfermedades graves. Usted tiene derecho a decir qué quiere que suceda si se encuentra en esta situación. Esto significa que, *si usted lo desea*, puede:

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

Los documentos legales que puede utilizar para dar instrucciones anticipadas en estas situaciones se conocen como **directivas anticipadas**. Los documentos como un **testamento vital** y un **poder notarial para atención médica** son ejemplos de directivas anticipadas.

Cómo establece una directiva anticipada para dar instrucciones:

- **Obtener un formulario.** Puede obtener un formulario de directivas anticipadas de su abogado, un trabajador social o algunas tiendas de suministros de oficina. A veces puede obtener formularios de directivas anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare.
- **Complete el formulario y fírmelo.** No importa de dónde obtenga este formulario, es un documento legal. Considere pedirle a un abogado que le ayude a prepararlo.

- **Entregue copias del formulario a las personas adecuadas.** Entregue una copia del formulario a su médico y a la persona designada en el formulario para que tome decisiones por usted cuando usted no pueda. Si lo desea, puede entregar copias a amigos cercanos o familiares. Conserve una copia en su casa.

Si sabe de antemano que va a ser hospitalizado y firmó una directiva anticipada, **llévese una copia al hospital**.

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

Completar un documento de directivas anticipadas es su elección (incluso si desea firmarlo si está en el hospital). Según la ley, nadie puede negarle la atención ni discriminarlo por haber firmado o no una directiva anticipada.

Si no se siguen sus instrucciones

Si firma directivas anticipadas y cree que el médico o el hospital no las siguieron, puede presentar una queja ante el Connecticut Department of Public Health (Departamento de Salud Pública de Connecticut). Si desea presentar una queja sobre un médico, debe llamar al 1-860-509-7400.

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

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

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

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

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

- **Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 224-2273 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- **Llame al SHIP local** al (800) 994-9422
- **Llame a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

Sección 1.8 ¿Cómo obtener más información sobre sus derechos?

Obtenga más información sobre sus derechos en estos lugares:

- **Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 224-2273 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- **Llame al SHIP local** al (800) 994-9422
- **Comuníquese con Medicare**
  - Visite www.Medicare.gov para leer la publicación *Medicare Rights & Protections* (Derechos y garantía de Medicare). (disponible en: https://www.medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf
  - Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY debe llamar al 1-877-486-2048)

SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan

A continuación, se indica lo que debe hacer como miembro de nuestro plan. Si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 224-2273 **(los usuarios de TTY deben llamar al 711)**.

- **Familiarícese con los servicios cubiertos y las reglas que debe seguir para obtenerlos.** Utilice este documento de *Evidencia de Cobertura* para saber qué está cubierto y conocer las reglas que debe seguir para obtener los servicios cubiertos.
  - En los Capítulos 3 y 4 se proveen detalles sobre los servicios médicos.
- **Si tiene alguna otra cobertura de salud además de nuestro plan o una cobertura de medicamentos recetados aparte, debe comunicárnoslo.** En el Capítulo 1 le informamos sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre nuestra tarjeta de membresía al plan cada vez que reciba atención médica.
- **Colabore con sus médicos y otros proveedores para que le ayuden dándoles información, haciéndoles preguntas y haciendo un seguimiento de su atención.**
  - Para recibir la mejor atención posible, informe a sus médicos y otros proveedores de atención médica sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus médicos acuerden.
  - Asegúrese de que sus médicos sepan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
  - Si tiene alguna pregunta, no dude en hacerla y obtener una respuesta que pueda comprender.
- **Sea considerado.** Esperamos que nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que actúe de manera que ayude para el funcionamiento ordenado de la oficina del médico, los hospitales y otros consultorios.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, es responsable de pagar lo siguiente:
  - Debe continuar pagando la prima de Medicare Part B para seguir siendo miembro de nuestro plan.
  - Para algunos de los servicios médicos cubiertos por nuestro plan, usted debe pagar su parte del costo cuando recibe el servicio.
- **Si se muda *dentro* del área de servicio de nuestro plan, necesitamos que nos lo comunique para** poder mantener actualizado su registro de miembro y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- **Si se muda, informe al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación para Ferroviarios).**

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

SECCIÓN 1 Qué hacer si tiene algún problema o inquietud

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

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

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

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

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

Sección 1.1 Términos legales

Existen términos legales para algunas de las normas, procedimientos y tipos de fechas límite que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos no les resultan familiares a muchas personas. Para que quede más claro, este capítulo utiliza palabras más familiares en lugar de algunos términos legales.

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

SECCIÓN 2 Dónde puede obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos disponibles para ayudarle. Incluso si tiene una queja sobre el trato que le hemos dado, es nuestra obligación respetar su derecho al reclamo. Siempre debe llamar al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 224-2273 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda. En algunas situaciones, es posible que también necesite ayuda u orientación de alguien que no esté relacionado con nosotros. Dos organizaciones que pueden ayudarle son:

Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP)

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

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

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda.

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

Visite www.Medicare.gov.

SECCIÓN 3 Qué proceso se puede aplicar para su problema

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

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

Sí.

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

No.

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

Decisiones de cobertura y apelaciones

SECCIÓN 4 Una guía de decisiones de cobertura y apelaciones

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

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir servicios

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

una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de casos en los que se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted solicita que se anule su solicitud. Si desestimamos una solicitud para una decisión de cobertura, enviaremos un aviso en el que se explique por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

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

Cómo presentar una apelación

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

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

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

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

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

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

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

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

- **Llámenos al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 224-2273(los usuarios de TTY deben llamar al 711)**.
- **Obtenga ayuda gratuita** de su Programa Estatal de Seguros Médicos.
- **Su médico puede presentar una solicitud por usted.** Si su médico le ayuda con una apelación más allá del Nivel 2, debe ser designado como su representante. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 224-2273 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite el formulario *de*

Nombramiento de Representante. (El formulario también está disponible en www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en Connecticare.com/Medicare).
  - Para atención médica o medicamentos de la Parte B, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación es rechazada en el Nivel 1, será enviada automáticamente al Nivel 2.
- **Puede pedir a alguien que actúe en su nombre.** Puede nombrar a otra persona para que actúe en su nombre como su *representante* para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
  - Si desea que un amigo, un familiar u otra persona sea su representante, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 224-2273 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite el formulario de *Nombramiento de representante*. (El formulario también está disponible en www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf en nuestro sitio web en Connecticare.com/Medicare). Este formulario le da permiso a esa persona para que actúe en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que desea que actúe en su nombre. Usted debe entregarnos una copia del formulario firmado.
  - Podemos aceptar una solicitud de apelación de un representante sin el formulario, pero no podemos completar nuestra revisión hasta que lo obtengamos. Si no recibimos el formulario antes de la fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación, su solicitud de apelación será desestimada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso 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 ponerse en contacto con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado en el colegio de abogados local u otro servicio de referido. Existen grupos que le brindarán servicios legales gratuitos si califica. Sin embargo, **no está obligado a contratar a un abogado** para solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión.

Sección 4.2 Normas y plazos para diferentes situaciones

Existen 3 situaciones diferentes que involucran decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene plazos y reglas diferentes. Damos los detalles para cada una de estas situaciones:

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

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

Sección 7: Cómo pedirnos que sigamos cubriendo determinados servicios médicos si piensa que su cobertura finaliza demasiado pronto (*Se aplica únicamente a estos servicios*: atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un Centro de rehabilitación integral ambulatoria [CORF])

Si no está seguro de que la información se aplique en su caso, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 224-2273 (los usuarios de TTY deben llamar al711). También puede obtener ayuda o información de su SHIP.

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

Sección 5.1 En esta parte se describen los pasos a seguir si tiene algún problema para obtener la cobertura de atención médica o si usted debe solicitar un reintegro por nuestra parte del costo de su atención

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

En esta sección se informa qué puede hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes 5 situaciones:

1. Usted no está recibiendo cierta atención médica que desea y cree que está cubierta por nuestro plan. **Solicitar una determinación de cobertura. Sección 5.2.**
2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor médico desea brindarle, y usted considera que esta atención está cubierta por nuestro plan. **Solicitar una determinación de cobertura. Sección 5.2.**
3. Recibió atención médica que considera que debería estar cubierta por nuestro plan, pero le comunicamos que no pagaremos por esa atención. **Cómo presentar una apelación. Sección 5.3.**
4. Usted recibió y pagó por la atención médica que considera que debería estar cubierta por nuestro plan y quiere solicitar a nuestro plan que le reembolse por esta atención. **Envíenos la factura. Sección 5.5**
5. Se le ha informado que la cobertura de cierta atención médica que ha estado recibiendo se reducirá o interrumpirá y usted considera que la reducción o interrupción de esa atención podría perjudicar su salud. **Cómo presentar una apelación. Sección 5.3**

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

Sección 5.2 Cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales:

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

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

<u>Paso 1:</u> Decida si necesita una decisión estándar sobre la cobertura o una decisión rápida sobre la cobertura.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Para las decisiones rápidas sobre la cobertura utilizamos un plazo expeditivo

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

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

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

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

Sección 5.3 ¿Cómo presentar una Apelación de Nivel 1?

Términos legales:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Plazos para una apelación rápida

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

Plazos para una apelación estándar

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

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

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

Sección 5.4 El proceso de apelación de Nivel 2

Términos legales

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

La **organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. No está relacionada con nosotros y no es una agencia del gobierno. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe modificarse. Medicare supervisa este trabajo.

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

- Nosotros le enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se conoce como el **expediente del caso**. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia del expediente del caso**.
- Tiene derecho a facilitar a la organización de revisión independiente información adicional en apoyo de 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 independiente debe dar una respuesta a su apelación de Nivel 2 en un **plazo de 72 horas después** de recibir su apelación.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, **puede tomarse hasta 14 días calendario más**. La organización de revisión independiente no puede demorarse más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.

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 para un artículo o servicio médico, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario después** de recibir su apelación. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 en un **plazo de 7 días calendario después** de recibir su apelación.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, **puede tomarse hasta 14 días calendario más**. La organización de revisión independiente no puede demorarse más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.

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

La organización de revisión independiente le informará su decisión por escrito y le explicará los motivos.

- **Si la organización de revisión independiente aprueba parte o la totalidad de una solicitud para un artículo o servicio médico,** debemos autorizar la cobertura de la atención médica en un plazo de 72 horas o proveer el servicio en un plazo de 14 días calendario después de recibir la decisión de la organización de revisión independiente para las solicitudes estándar. Para solicitudes aceleradas, tenemos 72 horas a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si la organización de revisión independiente aprueba parte o la totalidad de una solicitud para un medicamento de la Parte B**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento de la Parte B dentro de **72 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión independiente para **las solicitudes estándar.** Para **las solicitudes aceleradas,** tenemos **24 horas** a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si esta organización rechaza parte o la totalidad de su apelación**, eso significa que está de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica no debe aprobarse. (Esto se denomina **confirmar la decisión o rechazar su apelación).** En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta en la que:
  - Explica la decisión.
  - Le informa sobre su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica alcanza un determinado mínimo. El aviso escrito que reciba de la organización de revisión independiente le informará el monto en dólares que debe cumplir para continuar con el proceso de apelaciones.
  - Le indica cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si su caso cumple los requisitos, usted decide si quiere seguir adelante con su apelación.

Hay 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (lo cual se traduce en un total de 5 niveles de apelación). Si desea ir a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo están en el aviso escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.

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

Sección 5.5 Si nos solicita que le reintegremos nuestra parte de una factura que ha recibido por atención médica

En el Capítulo 5 se describen los casos en los que puede ser necesario solicitar el reembolso o el pago de una factura que recibió de un proveedor. También le informa cómo nos debe enviar la documentación en la que solicita que le paguemos.

Pedir un reembolso es solicitarnos una decisión de cobertura

Si nos envía los documentos en los que se nos solicita un reembolso, está pidiendo una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, verificaremos si la atención médica que usted pagó está cubierta. También verificaremos si usted siguió las reglas para utilizar su cobertura para recibir atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud:** Si la atención médica está cubierta y usted siguió las normas, le enviaremos el pago del costo generalmente en un plazo de 30 días calendario, pero no más de 60 días calendario después de recibir su solicitud. Si usted no ha pagado la atención médica, enviaremos el pago directamente al proveedor.

- **Si rechazamos su solicitud:** Si la atención médica *no* está cubierta o usted *no* cumplió con todas las normas, no le enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que le informamos que no pagaremos la atención médica y los motivos por los cuales no lo haremos.

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

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

- Tenemos que darle nuestra respuesta en un plazo de 60 días calendario después de haber recibido su apelación. Si nos solicita que le reembolsemos el pago por la atención médica que ya recibió y pagó, no tiene permitido solicitar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor en un plazo de 30 días calendario. Si se aprueba su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, tenemos que enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

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

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

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

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

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

En un plazo de 2 días calendario después de haber ingresado en el hospital, se le entregará un aviso escrito denominada *Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos.* Todas las personas con cobertura de Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe un aviso de alguien del hospital (por ejemplo, un asistente social o un enfermero), solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 224-2273 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

1. **Lea detenidamente esta notificación y haga preguntas si no la entiende.** Le informa:
   - Su derecho a recibir los servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo indique su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son los servicios, quién los pagará y dónde los puede recibir.
   - Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización.

- Dónde comunicar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de la atención hospitalaria.
- Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de su alta si considera que le han dado de alta del hospital demasiado pronto. Esta es una manera formal y legal de pedir que se posponga la fecha de alta, por lo que cubriremos la atención hospitalaria por más tiempo.

2. **Se le pedirá que firme el aviso escrito para demostrar que la recibió y que entiende sus derechos.**
   - Se le pedirá a usted o alguien que actúe en su nombre que firme la notificación.
   - La firma de esta notificación demuestra *únicamente* que usted obtuvo la información sobre sus derechos. El aviso no proporciona su fecha de alta. La firma de esta notificación **no significa** que usted acepta una fecha de alta.
3. **Conserve una copia** de la notificación para tener la información sobre cómo presentar una apelación (o comunicar una inquietud sobre la calidad de la atención) si la necesita.
   - Si firma el aviso con más de 2 días calendario de antelación a la fecha de alta, recibirá otra copia antes de la fecha del alta programada.
   - Para ver una copia de este aviso por anticipado, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (800) 224-2273 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. También puede obtener el aviso en línea en www.CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

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

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

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con las fechas límite.**
- **Si necesita ayuda, pídala**. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 224-2273 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711). O llame a su Programa Estatal de Seguros Médicos (SHIP) para obtener ayuda. La información de contacto del SHIP está disponible en el Capítulo 2, Sección 3.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización de Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. Esta verifica para determinar si la fecha de alta planificada es adecuada por razones médicas en su caso.

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

Paso 1. Comuníquese con la Organización de Mejoramiento de la Calidad de su estado y solicite una revisión inmediata de su alta del hospital. Debe actuar con rapidez.

¿Cómo se puede comunicar con esta organización?

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

Actúe con rapidez:

- Para presentar su apelación, debe comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad *antes* de dejar el hospital y a **más tardar la medianoche del día de su alta.**
  - **Si cumple con esta fecha límite**, puede permanecer en el hospital *después* de su fecha de alta *sin tener que pagarlo* mientras espera la decisión de la Organización de Mejoramiento de la Calidad.
  - **Si no cumple con esta fecha límite**, comuníquese con nosotros. Si decide quedarse en el hospital después de la fecha de alta planificada, *posiblemente tenga que pagar todos los costos de la* atención hospitalaria que recibe después de la fecha de alta planificada.
- Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización de Mejoramiento de la Calidad se comunicará con nosotros. A más tardar al mediodía del día después de que nos contacten, le daremos un **Aviso detallado de alta**. En este aviso se indica la fecha de alta planificada y se explican en detalle los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (médicamente adecuado) que se le dé de alta en esa fecha.
- Para obtener una muestra del **Aviso detallado de alta**, usted puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 224-2273 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Los usuarios con TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede obtener una muestra del aviso en línea en www.CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

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

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

Paso 3: En el plazo de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización de Mejoramiento de la Calidad le dará una respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si se aprueba la apelación?

- Si la organización de revisión independiente dice que *sí*, **debemos seguir brindándole los servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos mientras sean necesarios por razones médicas.**
- Deberá seguir pagando su parte de los costos (como los deducibles o copagos, si corresponde). Además, pueden existir limitaciones para los servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si se rechaza la apelación?

- Si la organización de revisión independiente dice que *no*, esto significa que la fecha de alta planificada es apropiada por razones médicas. Si esto sucede, **nuestra cobertura de los servicios hospitalarios como paciente internado finalizará** al mediodía del día *después* de que la Organización de Mejoramiento de la Calidad le da una respuesta a su apelación.
- Si la organización de revisión independiente *rechaza* su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba a partir del mediodía del día después de que la Organización de Mejoramiento de la Calidad le dé una respuesta a su apelación.

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

- Si la Organización de Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación, *y* usted se queda en el hospital después de la fecha de alta planificada, puede presentar otra apelación. Si presenta otra apelación significa que pasará al *Nivel 2* del proceso de apelaciones.

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

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

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

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

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

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

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

Si la organización de revisión independiente acepta su apelación:

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

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

Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación:

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

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

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

SECCIÓN 7 ¿Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que la cobertura finaliza demasiado pronto?

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

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

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

Sección 7.1 Le informaremos por anticipado cuándo termina su cobertura

Término legal:

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

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

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

Si desea solicitarnos que cubramos su cuidado por un periodo más prolongado, deberá utilizar el proceso de apelaciones para hacer esta solicitud. Antes de comenzar, debe conocer los pasos que debe seguir y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con las fechas límite.**
- **Si necesita ayuda, pídala**. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 224-2273 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). O llame a su Programa Estatal de Seguros Médicos (SHIP) para obtener ayuda. La información de contacto del SHIP está disponible en el Capítulo 2, Sección 3.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización de Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente adecuada. La **Organización de Mejoramiento de la Calidad** es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica contratados por el gobierno federal

para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención a las personas con Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan con respecto a cuándo es el momento de dejar de cubrir determinados tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1. Presente su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización de Mejoramiento de la Calidad y solicite una apelación rápida. Debe actuar con rapidez.

¿Cómo se puede comunicar con esta organización?

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

Actúe con rapidez:

- Debe comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad para comenzar su apelación **antes del mediodía del día anterior a la fecha de vigencia indicada** en el Aviso de no cobertura de Medicare.
- Si deja pasar la fecha límite y desea presentar una apelación, aún tiene derechos de apelación. Comuníquese con la Organización de Mejoramiento de la Calidad utilizando la información de contacto en el Aviso de no cobertura de Medicare. El nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización de Mejoramiento de la Calidad de su estado también se pueden encontrar en el Capítulo 2.

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

Términos legales

Explicación detallada de no cobertura. Aviso que proporciona detalles sobre los motivos de la finalización de la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

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

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

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

- Si los revisores *aprueban* su apelación, **debemos seguir brindándole los servicios cubiertos mientras sea necesario por razones médicas.**
- Deberá seguir pagando su parte de los costos (como los deducibles o copagos, si corresponde). Puede haber limitaciones para sus servicios cubiertos.

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

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

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

- Si los revisores *rechazan* su apelación de Nivel 1 y usted opta por continuar recibiendo cuidado después de finalizada la cobertura de la atención médica, puede presentar una apelación de Nivel 2.

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

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

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

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

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

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

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario a partir de la recepción de su solicitud de apelación, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y se la informarán.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico que usted apeló cumple con determinados niveles mínimos, es posible que pueda proseguir con otros niveles de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no podrá seguir apelando. La respuesta escrita que reciba a su apelación de nivel 2 le explicará cómo presentar una apelación de nivel 3.

Para la mayoría de los casos que involucran apelaciones, los últimos 3 niveles de apelación funcionan de manera muy parecida a los dos primeros niveles. A continuación se indica quién se encarga de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3

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

- **Si la respuesta del juez de derecho administrativo o del abogado mediador con respecto a su apelación es afirmativa, el proceso de apelaciones *podría* o *no* terminar**. A diferencia de una decisión de apelación de Nivel 2, tenemos el derecho de apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted. Si apelamos la decisión, pasará a una apelación de Nivel 4.
  - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o proporcionarle la atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del juez de derecho administrativo o del abogado mediador.
  - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con toda la documentación necesaria que corresponda. Podemos esperar la decisión de la apelación de nivel 4 antes de autorizar o proveer la atención médica en disputa.
- **Si la respuesta del juez de derecho administrativo o del abogado mediador con respecto a su apelación es negativa, el proceso de apelaciones *podría* o *no* terminar**.
  - Si decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá finalizado.
  - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al nivel siguiente del proceso de revisión. En el aviso que reciba, se le indicará qué debe hacer para presentar una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

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

- **Si la respuesta es afirmativa o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable de apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *podría* o *no* terminar**. A diferencia de una decisión del Nivel 2, tenemos el derecho de apelar una decisión del Nivel 4 que sea favorable para usted. Decidiremos si apelamos esta decisión al Nivel 5.
  - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o brindarle atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.
  - Si decidimos apelar la decisión, le informaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *podría* o *no* terminar**.
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
  - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al nivel siguiente del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que recibe se indicará si las reglas le permiten proseguir con una apelación de Nivel 5 y cómo proseguir con ella.

Apelación de Nivel 5:

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

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

Cómo presentar quejas

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

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

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

Queja	Ejemplo
Calidad de la atención médica	• ¿No está conforme con la calidad de la atención que recibió (incluida la atención en el hospital)?
Respeto a su privacidad	• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, servicio al cliente deficiente u otros comportamientos negativos	• ¿Alguna persona le ha tratado en forma grosera o irrespetuosa? • ¿No está satisfecho con nuestro Departamento de Servicios para Miembros? • ¿Siente que le han insinuado que debe dejar el plan?
Tiempos de espera	• ¿Tiene problemas para concertar una cita o tiene que esperar demasiado tiempo para conseguirla?

Queja	Ejemplo
	• ¿Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud le han hecho esperar demasiado tiempo? ¿Nuestro Departamento de Servicios para Miembros u otro personal de nuestro plan médico le ha hecho esperar demasiado tiempo? ◦ Los siguientes son algunos ejemplos: esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera o en la sala exámenes médicos o esperar demasiado para adquirir un medicamento recetado.
Limpieza	• ¿No está conforme con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o la oficina del médico?
Información que recibe de nosotros	• ¿No le enviamos un aviso obligatorio? • ¿Nuestra información escrita es difícil de entender?
Puntualidad (Estos tipos de quejas están vinculados con la *puntualidad* de nuestras acciones relacionadas con las decisiones de cobertura y las apelaciones)	Si solicitó una decisión sobre la cobertura o presentó una apelación y cree que no respondemos lo suficientemente rápido, puede presentar una queja por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos: • Si nos solicitó una *decisión rápida sobre la cobertura o una apelación rápida* y nuestra respuesta fue negativa, puede presentar una queja. • Si cree que no estamos cumpliendo con los plazos de las decisiones de cobertura o de las apelaciones, puede presentar una queja. • Si cree que no estamos cumpliendo con los plazos para cubrir o reembolsarle ciertos artículos/servicios médicos o medicamentos que fueron aprobados, puede presentar una queja. • Si considera que no hemos cumplido con los plazos requeridos para remitir su caso a la organización de revisión independiente, puede presentar una queja.

Sección 9.2 ¿Cómo presentar una queja?

Términos legales:

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

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

- **El primer paso suele ser llamar al Departamento de Servicio para Miembros** al (800) 224-2273 **(los usuarios de TTY deben llamar al 711).** Si hay algo más que debe hacer, desde el Departamento de Servicios para Miembros se lo harán saber.

- **Si no desea llamar (o llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si realiza su queja por escrito, responderemos a su queja por el mismo medio.

Se debe presentar un reclamo (queja) a los miembros en un plazo de 60 días a partir de la fecha del incidente que causó el reclamo. Si alguien presenta una queja en su nombre, le enviaremos una carta para informarle. En la carta se le pedirá que complete y firme un "Formulario de nombramiento de representante" en el que autoriza a la persona que envió la queja a representarlo. Esto es para proteger su confidencialidad. Para obtener el formulario, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono se enumeran arriba) y pida el "Formulario de nombramiento de un representante". 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 https://medicare.myconnecticare.com/representation. Si bien podemos aceptar una queja sin el formulario, no podemos completar nuestra revisión hasta recibirlo. Si no recibimos el formulario dentro de los 30 días posteriores a la recepción de su queja (nuestra fecha límite para responder), su solicitud de reclamo se cerrará.

Si solicita una decisión de cobertura acelerada o una apelación acelerada, podemos decidir que su solicitud no cumple con los criterios para acelerar. En ese caso, procesaremos su solicitud utilizando los plazos de una solicitud estándar. Le enviaremos una carta para informarle el plazo que se aplicará. Si decidimos no acelerar su solicitud, o decidimos tomar una extensión de su solicitud, puede solicitar un reclamo acelerado. ConnectiCare debe responder a su reclamo acelerado dentro de las 24 horas siguientes a la solicitud.

- La **fecha límite** para presentar una queja es de **60 días calendario** a partir del momento en que tuvo el problema por el que presentó la queja.

Paso 2: Estudiamos su queja y le damos una respuesta.

- **De ser posible, responderemos a la brevedad.** Si nos llama por una queja, podremos darle una respuesta durante el mismo llamado.
- **La mayoría de las quejas se contestan en un plazo de 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es por su bien o si usted solicita más tiempo, **podemos demorar 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 presenta una queja porque rechazamos su solicitud de una decisión rápida sobre la cobertura o una apelación rápida, le daremos una queja rápida automáticamente.** Si tiene una *queja rápida*, significa que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas.**
- **Si no estamos de acuerdo** con parte o la totalidad de su queja, o si no nos hacemos responsables del problema por el que se queja, incluiremos nuestras razones cuando le proporcionemos la respuesta.

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

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

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

O bien

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

Sección 9.4 También puede informarle su queja a Medicare

Puede presentar una queja sobre ConnectiCare Choice Plan 2 directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, visite www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 8:
Finalización de la membresía a nuestro plan

SECCIÓN 1 Finalización de su membresía en nuestro plan

La finalización de su membresía en ConnectiCare Choice Plan 2 puede ser **voluntaria** (su propia decisión) o **involuntaria** (no es su propia decisión):

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En ciertas situaciones, los miembros de ConnectiCare Choice Plan 2 pueden ser elegibles para finalizar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **periodo especial de inscripción**.

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

- Usualmente, cuando se muda.
- Si tiene Medicaid.
- Si violamos nuestro contrato con usted.
- Si recibe atención en una institución, como un centro de convalecencia o un hospital de atención de largo plazo (LTC).
- Si se inscribe en el Programa de Atención Integral para Adultos Mayores (PACE).

Los periodos de inscripción varían según su situación.

Para averiguar si reúne los requisitos para un periodo especial de inscripción, llame a Medicare al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para dar por finalizada su membresía debido a una situación especial, puede optar por cambiar tanto su cobertura de salud de Medicare como su cobertura de medicamentos recetados. Puede elegir entre las siguientes opciones:

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

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

Sección 2.4 Obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía

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

- **Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 224-2273** (los usuarios de TTY debe llamar al 711).
- Obtenga la información en el manual ***Medicare y Usted 2026***.

- Comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 1-877-486-2048

SECCIÓN 3 Cómo finalizar su membresía en nuestro plan

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

Para cambiarse de nuestro plan a:	Esto es lo que tiene que hacer:
• **Otro plan médico de Medicare**	• Inscríbase en el nuevo plan médico de Medicare. • Su inscripción en ConnectiCare Choice Plan 2 se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura del nuevo plan.
• Medicare Original *con* un plan de medicamentos de Medicare por separado.	• Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. • Su inscripción en ConnectiCare Choice Plan 2 se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura del nuevo plan.
• Medicare original *sin* un plan de medicamentos de Medicare por separado.	• **Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción.** Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 224-2273 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si necesita más información sobre cómo hacerlo. • También puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicitar que lo cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. • Usted será desmiembro de ConnectiCare Choice Plan 2 cuando comience su cobertura en Medicare Original.

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

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

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

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

SECCIÓN 5 ConnectiCare Choice Plan 2 debe finalizar la membresía de nuestro plan en ciertas situaciones

ConnectiCare Choice Plan 2 debe finalizar su membresía en nuestro plan si se da alguna de las siguientes situaciones:

- Si ya no cuenta con Medicare Part A ni Medicare Part B.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de 6 meses.
  - Si se muda o hace un viaje largo, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 224-2273 *(los usuarios de TTY deben llamar al 711*) para averiguar si el lugar al que se muda o viaja está dentro del área de nuestro plan.
- Si lo encarcelan (va a prisión).
- Si ya no es ciudadano de los Estados Unidos o no reside de forma legal en los Estados Unidos.
- Si nos da intencionalmente 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 este motivo sin primero obtener permiso de Medicare).
- Si se comporta continuamente de una manera que es perturbadora y nos dificulta proporcionarle atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo sin primero obtener permiso de Medicare).
- Si permite que otra persona use su tarjeta de membresía para obtener atención médica. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo sin primero obtener permiso de Medicare).
  - Si finalizamos su membresía por este motivo, Medicare puede solicitar al inspector general que investigue su caso.

Si tiene preguntas o desea más información sobre cuándo podemos finalizar su membresía, llame al Departamento de Servicios para Miembros al *(800) 224-2273* (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

ConnectiCare Choice Plan 2 no puede solicitarle que abandone el plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debería hacer si sucede esto?

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

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

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

CAPÍTULO 9: Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso de leyes aplicables

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

SECCIÓN 2 Aviso de no discriminación

No discriminamos por motivos de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historia clínica, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deberán 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 Asequible, cualquier otra ley pertinente a organizaciones que reciban fondos federales y cualquier otra ley o norma aplicable por cualquier otro motivo.

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

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención que necesita, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 224-2273 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Si tiene alguna queja, como por ejemplo, por un problema de acceso en silla de ruedas, el Departamento de Servicios para Miembros puede ayudarlo.

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

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare para los cuales Medicare no es el pagador principal. De acuerdo con los reglamentos de los CMS en las secciones 422.108 y 423.462 del Título 42 del Código de Reglamentos Federales (CFR), ConnectiCare Choice Plan 2, como organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce el Secretario según los reglamentos de los CMS en los subapartados B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las disposiciones establecidas en esta sección prevalecen sobre cualquier ley estatal.

CAPÍTULO 10: Definiciones

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

Apelación: una apelación es algo que puede hacer si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar una solicitud de cobertura para 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 cancelar los servicios que está recibiendo.

Facturación de saldos: cuando un proveedor (como un médico u hospital) le factura a un paciente un monto mayor a la distribución de costos permitidos de nuestro plan. Como miembro de ConnectiCare Choice Plan 2, usted solo debe pagar los montos correspondientes a la distribución de costos de nuestro plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le ***facturen saldos*** o le cobren mayores a los de la distribución de costos que nuestro plan dice que usted debe pagar.

Periodo de beneficios: forma en la que Medicare Original mide su uso de los servicios en un hospital o un centro de enfermería especializada (SNF). Un periodo de beneficios comienza el día en que usted ingresa a un hospital o a un centro de enfermería especializada. Para las hospitalizaciones, el periodo de beneficios finaliza cuando se le da el alta. Para las estadías en un SNF, el periodo de beneficios finaliza cuando usted no ha recibido ninguna atención especializada en un SNF durante 60 días consecutivos. Si ingresa en un hospital o en un centro de enfermería especializada después de haber finalizado un periodo de beneficios, comienza un nuevo periodo de beneficios. No hay un límite para la cantidad de periodos de beneficios.

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

Plan de necesidades especiales para enfermedades crónicas (C-SNP): los C-SNP son SNP que restringen la inscripción a personas elegibles para MA que tienen enfermedades graves y crónicas específicas.

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

Queja: el nombre formal para *presentar una queja es* **presentar un reclamo**. El proceso para presentar quejas *solo* se utiliza para determinados problemas. Esto incluye problemas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También incluye las quejas que realice si nuestro plan no respeta los plazos del proceso de apelaciones.

Centro de rehabilitación ambulatoria integral (CORF): centro que principalmente proporciona servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, servicios de patologías del habla y el lenguaje y servicios de evaluación del entorno del hogar.

Copago: monto que posiblemente tenga que pagar como su parte del costo de un servicio médico o suministro, como una visita médica, una visita a un hospital como paciente ambulatorio o un medicamento recetado. El copago es un monto fijo (por ejemplo, $10), en lugar de un porcentaje.

Distribución de costos: este término hace referencia los montos que un miembro tiene que pagar cuando recibe servicios. La distribución de costos incluyen cualquier combinación de los siguientes 3 tipos de pagos:

1) todo monto deducible que un plan puede imponer antes de cubrir los servicios; 2) todo monto de *copago* fijo que requiere un plan cuando se obtiene un servicio específico; o 3) todo monto de *coseguro*, un porcentaje de la cantidad total pagada por un servicio que requiere un plan cuando se obtiene un servicio específico.

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

Cobertura de medicamentos recetados válida: cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un patrono o sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. Los beneficiarios de este tipo de cobertura, cuando se vuelven elegibles para Medicare, generalmente pueden conservar esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más adelante en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Atención de custodia: la atención personal no médica proporcionada en un centro de convalecencia, hospicio u otro centro cuando no necesita atención médica especializado o cuidado de enfermería especializada. La atención de custodia, proporcionada por personas sin experiencia o capacitación profesional, incluye la ayuda para actividades cotidianas como bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse y levantarse de la cama o una silla, desplazarse y usar el baño. También puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas hace por su cuenta como, por ejemplo, utilizar gotas para los ojos. Medicare no cubre la atención de custodia.

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

Finalización de la membresía o**cancelación de la inscripción:** el proceso para finalizar su membresía a nuestro plan.

Plan de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad (D-SNP): los D-SNP inscriben a personas que tienen derecho tanto a Medicare (Título XVIII de la Ley de Seguro Social) como a la asistencia médica de un plan estatal en virtud de Medicaid (Título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, dependiendo del estado y de la elegibilidad de la persona.

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

Equipo médico duradero (DME): determinados equipos médicos que su médico le prescribe por motivos médicos. Los ejemplos incluyen caminadores, sillas de rueda, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital solicitadas por un proveedor para uso en el hogar.

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

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

Evidencia de Cobertura (EOC) e información de divulgación: este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula o cobertura opcional seleccionada, que explique su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que tiene que hacer como miembro de nuestro plan.

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

Reclamo: tipo de queja que usted presenta sobre nuestro plan o proveedores, incluida una queja relacionada con la calidad de su cuidado. No incluye disputas sobre cobertura o pagos.

Auxiliar de atención médica domiciliaria: una persona que provee servicios que no requieren las competencias de un enfermero certificado o terapeuta, como ayuda para el cuidado personal (por ejemplo, para bañarse, ir al baño, vestirse o realizar ejercicios indicados por médicos).

Cuidados paliativos: un beneficio que proporciona un tratamiento especial para un miembro que está médicamente certificado como persona con una enfermedad terminal, lo que significa que tiene una esperanza de vida de 6 meses o menos. Nuestro plan debe proveerle una lista de los hospicios en su área geográfica. Si elige recibir cuidados paliativos y continúa pagando las primas aún es un miembro de nuestro plan. Sigue teniendo derecho a todos los servicios necesarios por razones médicas, así como a los beneficios suplementarios que ofrecemos.

Hospitalización de paciente internado: estadía en el hospital cuando haya sido ingresado formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se lo considere un *paciente ambulatorio*.

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

Subsidio por bajos ingresos (LIS): consulte a Ayuda Extra (Extra Help).

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

Medicaid (o Medical Assistance): programa conjunto federal y estatal que provee ayuda con los costos médicos a algunas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid estatales varían, pero la mayoría de los costos de atención médica se encuentran cubiertos si usted es elegible tanto para Medicare como para Medicaid.

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

Medicare: programa federal de seguro médico para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen Enfermedad renal en etapa terminal (por lo general, las personas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón).

Periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage: periodo desde 1 de enero hasta el 31 de marzo en el que los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage u obtener cobertura a través de Medicare Original. Si elige cambiarse a Medicare Original durante este periodo, también puede inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare en ese momento. El periodo de inscripción abierta en Medicare Advantage también está disponible durante un periodo de 3 meses después de que una persona es elegible por primera vez para Medicare.

Plan Medicare Advantage (MA): a veces llamado Medicare Part C. Es un plan ofrecido por una empresa privada que realiza un contrato con Medicare para proporcionarle todos los beneficios de la Medicare Part A y Medicare Part B. Un Plan de Medicare Advantage puede ser i) un HMO, ii) un PPO, iii) un plan privado de pago por servicio (PFFS) o un iv) plan de cuenta de ahorro médico (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 (SNP). En la mayoría de los casos, los planes de Medicare Advantage también ofrecen Medicare Part D (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se denominan **Planes de Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados**. ConnectiCare Choice Plan 2 no ofrece la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

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

Plan médico de Medicare: un plan médico de Medicare es ofrecido por una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para proporcionar los beneficios de la Parte A y la Parte B a las personas con Medicare que se inscriben en nuestro plan. El término incluye todos los planes de Medicare Advantage, los planes de costos de Medicare, los planes para necesidades especiales, los programas de demostración/piloto y los Programa de Atención Integral para Adultos Mayores (PACE)

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

Póliza Medigap (Seguro suplementario a Medicare): seguro suplementario a Medicare vendido por compañías aseguradoras privadas para cubrir las brechas de Medicare Original. Las pólizas Medigap solo se aplican a Medicare Original. (Un plan de Medicare Advantage no es una póliza de Medigap).

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): persona que cuenta con Medicare y que es elegible para recibir los 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).

Departamento de Servicios para Miembros: departamento dentro de nuestro plan responsable de responder a sus preguntas sobre la membresía, beneficios, reclamos y apelaciones.

Proveedor de la red: proveedor es el término general para médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de cuidado de la salud que están autorizados o certificados por Medicare y por el estado para proveer servicios de atención médica. **Los proveedores de la red** tienen un contrato con nuestro plan para aceptar nuestro pago como el pago total y, en algunos casos, para coordinar y proveer servicios cubiertos a miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan **proveedores del plan**.

Periodo de inscripción abierta: periodo comprendido entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año en el que los miembros pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos, o bien pasarse a Medicare Original.

Determinación de la organización: una decisión que toma nuestro plan sobre si los artículos o servicios están cubiertos o cuánto debe pagar usted por los artículos o servicios cubiertos. En este documento, las determinaciones de la organización se denominan determinaciones de *cobertura*.

Medicare Original (Medicare tradicional o Medicare de pago por servicio): Medicare Original es ofrecido por el gobierno, y no es un plan médico privado como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. Según Medicare Original, los servicios de Medicare son cubiertos mediante el pago

de los montos establecidos por el Congreso a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica. Puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. A usted le corresponde pagar el deducible. Medicare paga su parte del monto aprobado por Medicare y usted paga la suya. Medicare Original tiene 2 partes: Parte A (Seguro de hospital) y Parte B (Seguro médico) y está disponible en todo Estados Unidos.

Proveedor fuera de la red o centro médico fuera de la red: proveedor o centro médico que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados, no pertenecen y no operan con nuestro plan.

Gastos de bolsillo: consulte la definición anterior de *distribución de costos*. El requisito de distribución de costos del miembro de pagar una porción de los servicios recibidos también se conoce como el requisito de *gastos de bolsillo* del miembro.

Plan PACE: el PACE (Programa de Atención Integral para Adultos Mayores) combina servicios médicos, sociales y de apoyo a largo plazo (LTSS) para personas frágiles a fin de ayudarlos a mantenerse de manera independiente y vivir en su comunidad (en lugar de mudarse a un centro de convalecencia) mientras les sea posible. Las personas inscritas en los planes PACE obtienen beneficios de Medicare y Medicaid a través de nuestro plan.

Parte C: consulte Plan Medicare Advantage (MA).

Parte D: programa voluntario de beneficios de medicamentos recetados de Medicare.

Plan de Organización de proveedores preferidos (PPO): un Plan de Organización de proveedores preferidos es un Plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado atender a los miembros del plan por el pago de una cantidad específica. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, ya sea que se reciban a través de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red. La distribución de costos del miembro generalmente será mayor cuando los beneficios del plan se obtengan a través de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual de gastos de bolsillo por servicios recibidos de proveedores dentro de la red (preferidos) y un límite más alto de gastos de su bolsillo totales combinados por servicios recibidos tanto de proveedores dentro la red (preferidos) como de proveedores fuera de la red (no preferidos).

Prima: el pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de atención médica por la cobertura de salud o de medicamentos recetados.

Servicios preventivos: atención médica para prevenir enfermedades o detectar enfermedades en una etapa temprana, cuando es probable que el tratamiento funcione mejor (por ejemplo, los servicios preventivos incluyen pruebas de Papanicolau, vacunas contra la gripe y mamografías de detección).

Médico de atención primaria (PCP): el médico u otro proveedor que usted ve en primer lugar para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, debe consultar a su proveedor de atención primaria antes de visitar a cualquier otro proveedor de atención médica.

Autorización previa: aprobación anticipada para recibir servicios según criterios específicos. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4.

Prótesis y aparatos ortopédicos: dispositivos médicos que incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función corporal interna, incluidos suministros de ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización de Mejoramiento de la Calidad (QIO): un grupo de médicos especializados y otros expertos en el cuidado de la salud pagado por el gobierno federal, que se encarga de controlar y mejorar la atención médica que reciben los pacientes de Medicare.

Remisión: una orden por escrito de su médico de atención primaria para que visite a un especialista u obtenga ciertos servicios médicos. Sin una remisión, es posible que nuestro plan no pague los servicios de un especialista.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen atención de rehabilitación para pacientes internados, fisioterapia (para pacientes ambulatorios), terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Área de servicio: área geográfica en la que debe vivir para inscribirse en un determinado plan médico. En el caso de planes que restringen la lista de médicos y hospitales a los que puede acudir, generalmente también es el área en la que puede obtener servicios de rutina (servicios que no se consideren de emergencia). Nuestro plan debe cancelar su inscripción si se muda permanentemente fuera del área de servicio del plan.

Atención en un centro de enfermería especializada (SNF): atención de enfermería especializada y servicios de rehabilitación que se ofrece de manera continua y a diario en un centro de enfermería especializada. Entre algunos de los ejemplos de atención, podemos incluir fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser administradas por un miembro del personal de enfermería o un médico.

Periodo especial de inscripción: el momento establecido en que los miembros pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos o regresar a Medicare Original. Entre las situaciones en las que podría ser elegible para un periodo de inscripción especial se incluyen las siguientes: si se muda fuera del área de servicio, si se muda a un centro de convalecencia o si incumplimos nuestro contacto con usted.

Plan de necesidades especiales: un tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona cuidado de la salud más enfocado en grupos de personas específicos, por ejemplo, quienes tienen Medicare y Medicaid, quienes viven en un centro de convalecencia o quienes tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Seguridad de Ingreso Suplementario de seguridad (SSI): beneficio mensual que abona el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados que son discapacitadas, ciegas o mayores de 65 años. Los beneficios de SSI no son los mismos que los del Seguro Social.

Servicios requeridos urgentemente: un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata y que no es una emergencia es un servicios requeridos urgentemente si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o no es razonable, dado su horario, lugar y circunstancias, obtener este servicio de proveedores de la red. Algunos ejemplos de servicios requeridos urgentemente son las enfermedades y las lesiones médicas imprevistas, o los brotes inesperados de afecciones existentes. Las consultas de rutina médicamente necesarias al proveedor, como los chequeos anuales, no se consideran urgentemente necesarias, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si nuestra red de planes no está disponible temporalmente.

Información adicional importante sobre la atención médica y los recursos para miembros

- **Aviso de Disponibilidad (NOA): Servicios de asistencia lingüística**
- **Aviso de No Discriminación (NDN): Sección 1557**
- **Aviso de Prácticas de Privacidad (NPP)**

AVISO DE POLÍTICA DE NO DISCRIMINACIÓN ConnectiCare

La discriminación es ilegal.

ConnectiCare cumple con las leyes federales de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color de la piel, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, incluidas las características sexuales, incluidos los rasgos intersexuales; embarazo o afecciones relacionadas; orientación sexual; identidad de género y estereotipos sexuales. ConnectiCare no excluye a las personas ni las trata de manera menos favorable debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

ConnectiCare:

- Proporciona a las personas con discapacidades modificaciones razonables, ayuda y servicios auxiliares adecuados y gratuitos para comunicarse eficazmente con nosotros, tales como los siguientes:
  - Intérpretes calificados en lenguaje de señas
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos)
- Proporciona servicios gratuitos de asistencia lingüística a personas cuyo idioma principal no es el inglés, que pueden incluir lo siguiente:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita modificaciones razonables, ayudas y servicios auxiliares apropiados o servicios de asistencia lingüística, comuníquese con el Coordinador de Derechos Civiles llamando a Medicare Connect Concierge al **800-224-2273** (TTY: **711**; del 1 de octubre al 31 de marzo: los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.; del 1 de abril al 30 de septiembre: de lunes a sábado, de 8 a.m. a 8 p.m.).

Si usted cree que ConnectiCare no brindó estos servicios o de otra forma discriminó por motivos de raza, color de la piel, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo formal ante el Coordinador de Derechos Civiles escribiendo a Departamento de Quejas y Apelaciones de ConnectiCare, a ConnectiCare Grievance and Appeals Department, P.O. Box 4010, Farmington, CT 06034-4010; enviándolos por fax al **800-867-6674**; o llamando a Medicare Connect Concierge al **800-224-2273**. (Marque **711** para servicios de TTY).

Puede presentar un reclamo formal en persona, por correo postal, por fax o a través de su portal seguro para miembros. Si necesita ayuda para presentar un reclamo formal, el Departamento de Quejas y Apelaciones de ConnectiCare está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Department of Health and Human Services de los Estados Unidos de manera electrónica a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en OCRportal.HHS.gov/ocr/portal/lobby.jsf, por correo postal o por teléfono a: **U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201; 800-368-1019 (TTY: 800-537-7697).**

Los formularios de queja están disponibles en HHS.gov/ocr/office/file/index.html.

Este aviso está disponible en el sitio web de ConnectiCare en ConnectiCare.com/Legal/Nodiscriminación.

Notice of Availability

We offer free interpreter and translation services to help you understand your health or drug plan. This includes support from someone who speaks your language.

We also provide free aids and services—such as sign language interpreters and written materials in alternative formats—to ensure everyone can access the information they need. To request these services, please call Member Services at the number listed on your Member ID card.

English

ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call the Member Services number on the back of your ID card or speak to your provider.

Spanish

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos para asistirle en su idioma. También dispone de ayudas y servicios auxiliares gratuitos para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al número del Departamento de Servicios para Miembros que figura en el reverso de su tarjeta de identificación o hable con su proveedor.

Simplified Chinese

注意：如果您说 中文，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 ID 卡背面的客户服务号码或咨询您的服务提供商。

Traditional Chinese

注意：如果您說 台語，我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務，以無障礙格式提供資訊。請撥打您 ID 卡背面的會員服務部電話號碼或諮詢您的服務提供者。

Russian

ВНИМАНИЕ! Если вы говорите на русском, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также бесплатны. Позвоните по номеру службы поддержки клиентов, указанному на обратной стороне вашей идентификационной карты, или обратитесь к своему поставщику услуг.

Haitian Creole

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd aladispozisyon w gratis pou lang ou pale a. Èd ak sèvis siplemantè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòma aksesib yo disponib gratis tou. Rele nimewo Sèvis Manm ki sou do kat ID ou a oswa pale ak pwofesyonèl swen sante ou a.

Korean

주의:한국어를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. ID 카드 뒷면에 있는 회원 서비스 번호로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

Italian

ATTENZIONE: Se parla italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente strumenti ausiliari e servizi adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Si prega di contattare il numero del Servizio per i membri riportato sul retro della propria tessera identificativa o di rivolgersi al proprio fornitore.

Yiddish

אַכטונג: אויב איר רעדט ייִדיש, שפּראַך הילף סערוויסעס זענען בארעכטיגט פריי פאר דיר. פּאַסיקע אידס און באַדינונגס פֿאַר צושטעלן אינפֿאָרמאַציע אין צוטריטלעך פֿאָרמאַטירונגען זענען אויך פריי בנימצא. רופט דעם מיטגליד באַדינען נומער אין קריק פֿון דיין ID קאַרטל אָדער רעדט מיט דיין צושטעלער.

Bengali

মনোযোগ দিন: যদি আপনি বাংলা বলেন, তাহলে আপনার জন্য বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবাদি উপলব্ধ রয়েছে। অ্যাক্সেসযোগ্য ফরম্যাটে তথ্য প্রদানের জন্য উপযুক্ত সহায়ক সহযোগিতা এবং পরিষেবাদিও বিনামূল্যে উপলব্ধ রয়েছে। আপনার আইডি কার্ডের পিছনে থাকা সদস্য পরিষেবা নম্বরে কল করুন অথবা আপনার প্রদানকারীর সাথে কথা বলুন।

Polish

UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer Działu Obsługi Klienta podany na odwrocie Twojej karty identyfikacyjnej lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.

Arabic

تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، فسوف تكون خدمات المساعدة اللغوية متاحة لك مجانًا. كما تتوفر أدوات مساعدة وخدمات إضافية مناسبة لتوفير المعلومات بصيغ يمكن الوصول إليها من دون أية تكلفة. اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم المدون على ظهر بطاقة هويتك أو تحدث إلى مقدم الخدمات.

French

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d’assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés sont également mis à votre disposition gratuitement pour vous fournir les informations dans des formats accessibles. Appelez les Services aux adhérents au numéro figurant au dos de votre carte d’adhérent, ou adressez-vous à votre prestataire.

Urdu

اردو

توجہ فرمائیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے مفت لسانی خدمات دستیاب ہیں- قابل رسائی فارمیٹس میں معلومات فراہم کرنے کے لیے مناسب معاون امداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں- ممبر سروسز کو اپنے ID کارڈ کی پچھلی جانب موجود نمبر پر کال کریں یا اپنے فراہم کنندہ سے بات کریں-

Tagalog

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyo ng tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga accessible na format. Tawagan ang numero ng Mga Serbisyo sa Miyembro sa likod ng ID card mo o makipag-usap sa iyong provider.

Greek

ΠΡΟΣΟΧΗ: Εάν μιλάτε Ελληνικά, υπάρχουν διαθέσιμες δωρεάν υπηρεσίες υποστήριξης στη συγκεκριμένη γλώσσα. Διατίθενται δωρεάν κατάλληλα βοηθήματα και υπηρεσίες για παροχή πληροφοριών σε προσβάσιμες μορφές. Καλέστε τον αριθμό των υπηρεσιών Μέλους που βρίσκεται στο πίσω μέρος της κάρτας αναγνωριστικού σας ή απευθυνθείτε στον πάροχό σας.

Albanian

VINI RE: Nëse flisni anglisht, shërbimet falas të ndihmës gjuhësore janë të disponueshme për ju. Gjithashtu, disponohen falas ndihma të përshtatshme dhe shërbime shtesë për të siguruar informacion në formate të aksesueshme. Telefononi Shërbimet ndaj Anëtarëve në numrin që ndodhet në pjesën e pasme të kartës suaj të identitetit ose flisni me ofruesin tuaj të shërbimit.

German

HINWEIS: Wenn Sie Sprache einfügen sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzdienste zur Verfügung. Geeignete Hilfsmittel und Dienste für die Übermittlung von Informationen in zugänglicher Form sind ebenfalls kostenlos verfügbar. Rufen Sie die Nummer des Mitgliederservices auf der Rückseite Ihres Ausweises an oder sprechen Sie mit Ihrem Anbieter.

Pennsylvania Dutch

GEB ACHT: Wann du Pennsylvanisch Deitsch schwetzscht, Schprooch Helfe Services sin meeglich mitaus Koscht. Appropriate Auxiliary Aids un Services un Services Information zu gewwe in helfreiche Formats sin aa meeglich mitaus Koscht. Ruf die Member Services Nummer uff die Rickseit vun dei ID Kaart odder Schwetz mit dei Provider.

Vietnamese

LƯU Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi có sẵn các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Ngoài ra, chúng tôi còn có các dịch vụ và phương tiện hỗ trợ khác phù hợp, hoàn toàn miễn phí để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ sử dụng. Vui lòng gọi đến số điện thoại của bộ phận Dịch vụ thành viên có trên mặt sau thẻ ID của quý vị để trao đổi với nhà cung cấp dịch vụ của quý vị.

Somali

FIIRO GAAR AH: Haddii aad ku hadasho Soomaali, adeegyada caawimaada luuqada oo bilaash ah ayaad heli kartaa. Agabka kaalmaatiga oo sax ah iyo adeegyada xogta ku bixiya qaab la heli karo ayaa sidoo kale lagu heli karaa lacag la'aan. Wac lambarka Adeegyada Macaamiisha ee ku qoran dhabarka danbe ee kaarkaaga aqoonsiga ama la hadal dhakhtarkaaga.

Japanese

注意：日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセス可能な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。IDカードの裏面にある会員サービス番号に電話するか、プロバイダーにご相談ください。

Ukrainian

УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, вам доступні безкоштовні мовні послуги. Відповідні допоміжні засоби й послуги з надання інформації в доступних форматах також пропонуються безкоштовно. Зателефонуйте на номер служби підтримки учасників, указаний на звороті вашого посвідчення особи, або зверніться до свого постачальника послуг.

Romanian

ATENȚIE: Dacă vorbiți română, aveți la dispoziție servicii gratuite de asistență lingvistică. Sunt disponibile gratuit ajutoare și servicii auxiliare adecvate pentru furnizarea informațiilor în formate accesibile. Contactați Serviciul pentru Membri la numărul de telefon înscris pe verso-ul cardului de identificare sau adresați-vă furnizorului dumneavoastră.

Amharic

ማስታወሻ፣ አማርኛ የምናገሩ ከሆነ፣ ነፃ የቋንቋ ድጋፍ አገልግሎቶች ለእርስዎ ይኖራል። እንዲሁም፣ በሚገኙ ቅርፀቶች መረጃ ለማቅረብ ተገቢ የመርጃ ድጋፎች እና አገልግሎቶች በነፃ ይኖራሉ። በID ካርድዎ ጀርባ ላይ ባለው የአባላት አገልግሎቶች ቁጥር ይደውሉ ወይም አቅራቢዎን ያነጋግሩ።

Thai

หมายเหตุ: หากคุณใช้ภาษา ไทย เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาฟรี นอกจากนี้ ยังมีเครื่องมือและบริการช่วยเหลือเพื่อให้ข้อมูลในรูปแบบที่เข้าถึงได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โปรดติดต่อหมายเลขฝ่ายบริการสมาชิกที่ระบุไว้ด้านหลังบัตรประจาตัวของคุณหรือพูดคุยกับผู้ให้บริการของคุณ

Persian

توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می‌کنید، خدمات کمک زبانی به صورت رایگان در دسترس شماست. همچنین، خدمات و کمک‌های لازم برای ارائه اطلاعات به صورت‌های مختلف و قابل دسترسی، به صورت رایگان در اختیار شما قرار می‌گیرد. با شماره خدمات اعضا که پشت کارت شناسایی شما درج شده تماس بگیرید یا با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید.

Samoan

FAAMATALAGA: Afai e te tautala faa-Samoa, o loo i ai gagana fesoasoani i gagana e Le totogia mo oe. Fesoasoani fa'aopopo talafeagai ma auaunaga ina ia tuuina atu ai faamatalaga e maua I limits e faigofie ona maua o loo maua foi e le totogia. Vala'au le Auaunaga a Sui Auai i le numera o i taua o lau ID card pe talanoa i lauvrautua.

Ilocano

PAKAAMMO: No agsasaoka iti Ilocano, magun-odam dagiti libre a serbisio ti tulong iti pagsasao. Libre met laeng a magun-odan dagiti maitutop a katulongan ken serbisio a mangipaay iti impormasion kadagiti format a nalaka a ma-access. Tawagam ti numero ti Serbisio para Kadagiti Miembro iti likudan ti ID card-mo wenno makisaritaka iti provider-mo.

Gujarati

ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો મફત ભાષાકીય સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. યોગ્ય ઑક્ઝિલરી સહાય અને ઍક્સેસિબલ ફૉર્મેટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટેની સેવાઓ પણ વિના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. તમારા ID કાર્ડની પાછળ આપેલા સભ્ય સેવાઓ નંબર પર કૉલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો.

Portuguese

ATENÇÃO: se fala português, tem à sua disposição serviços de assistência linguística gratuitos. Também estão disponíveis, de forma gratuita, ajudas e serviços auxiliares apropriados para fornecer informações em formatos acessíveis. Ligue para o número dos Serviços de apoio aos membros que se encontra no verso do seu cartão de identificação ou fale com o seu prestador de serviços de saúde.

Hindi

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। अपने ID कार्ड के पीछे दिए गए सदस्य सेवा नंबर पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

Khmer

សូមយកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយ*ភាសាខ្មែរ* សេវាកម្មជំនួយភាសា
ឥតគិតថ្លៃគឺមានសម្រាប់អ្នក។ ជំនួយ និងសេវាកម្មដែលជាការជួយដ៏សមរម្យ
ក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានតាមទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើប្រាស់បាន ក៏អាចរកបាន
ដោយឥតគិតថ្លៃផងដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅលេខសេវាបម្រើសមាជិកនៅខាងក្រោយកាត ID
របស់អ្នក ឬនិយាយទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។

Laotian

ເຊີນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ຈະມີບໍລິການຊ່ວຍດ້ານພາສາແບບບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ມີເຄື່ອງຊ່ວຍ ແລະ
ການບໍລິການແບບບໍ່ເສຍຄ່າທີ່ເໝາະສົມເພື່ອໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້.
ໂທຫາເບີບໍລິການສະມາຊິກຢູ່ດ້ານຫຼັງບັດປະຈຳຕົວຂອງທ່ານ ຫຼື ລົມກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ.

Karen

ဟ်သူဉ်ဟ်သး– နမ့်ကတိၤ ကညီကျိာ် အဃိ, တၢ်အိဉ်ဒီး ကျိာ်တၢ်ဆိဉ်ထွဲမၤစၢၤ လၢတလ၊်ဘူဉ်လ၊်စ့ၤ
လၢနဂီၢ်လိၤ. တၢ်အိဉ်ဒီး တၢ်မၤစၢၤတၢ်နၢ်ဟူဝီးလိဒီး တၢ်မၤစၢၤတၢ်မၤ လၢအကြၢးအဘဉ် လၢကဟ့ဉ်
တၢ်ဂ့ၢ်တၢ်ကျိၤ လၢတၢ်မၤနၢ့်အိၤသ့တဖဉ် လၢတလ၊်ဘူဉ်လ၊်စ့ၤ လၢနဂီၢ်လိၤ. ကိး
ကရၢဖိတၢ်မၤစၢၤတၢ်မၤ အလိတဲစိနိဉ်ဂံၢ်လၢ အိဉ်ဖဲနလံာ်အုဉ်သး (ID) ခးက့ဉအလိၤ မ့တမ့ၢ် တဲတၢ်ဒီး
ပှၤလၢအဟ့ဉ်နၤတၢ်ကွၢ်ထွဲနၣ် တကွ့ၢ်.

Swahili

KUMBUKA: Ikiwa wewe huzungumza Kiswahili, msaada na huduma za lugha bila malipo unapatikana kwako. Vifaa vya usaidizi vinavyofaa na huduma bila malipo ili kutoa taarifa katika mifumo inayofikiwa zinapatikana pia bila malipo. Piga simu kwa nambari ya Huduma za Wanachama iliyo nyuma ya kadi yako ya kitambulisho au zungumza na mtoa huduma wako.

Serbian

PAŽNJA: Ukoliko govorite Srpski, dostupne su vam besplatne usluge jezičke podrške. Dostupne su vam i besplatne odgovarajuće pomoći i usluge za pružanje informacija u formatima za lak pristup. Pozovite broj za usluge za članove koji se nalazi na poleđini vaše ID kartice ili se obratite pružaocu usluge.

Croatian

PAŽNJA: Ako pričate Hrvatski, na raspolaganju su vam besplatne usluge pomoći za jezik. Odgovarajuća pomoćna sredstva i usluge za pružanje informacija u pristupačnim formatima također su dostupne besplatno. Nazovite broj Službe za članove na poleđini vaše osobne iskaznice ili razgovarajte sa svojim pružateljem usluga.

Nepali

सावधान: तपाईं नेपाली भाषा बोल्नुहुन्छ भने तपाईंका लागि निःशुल्क भाषिक सहायता सेवाहरू उपलब्ध छन्। पहुँचयोग्य ढाँचाहरूमा जानकारी प्रदान गर्न उपयुक्त सहायता र सेवाहरू पनि निःशुल्क उपलब्ध छन्। ID कार्डको पछाडिपट्टि लेखिएको Member Services नम्बरमा फोन गर्नुहोस्, नभए डाक्टरसँग कुरा गर्नुहोस्।

Yoruba

ÀKÍYÈSÍ: Bí o bá ń sọ èdè Yorùbá, àwọn iṣẹ́ ìrànlọ́wọ́ èdè ọ̀fẹ́ wà fún ọ. Àwọn ohun èlò ìrànlọ́wọ́ àti àwọn iṣẹ́ tó yẹ láti pèsè àlàyé ní àwọn ọ̀nà tó rọrùn ló wà lọ́fẹ̀ẹ́. Pe nọ́mbà Àwọn iṣẹ́ Ọmọ ẹgbẹ́ tó wà ní ẹ̀yìn káàdì ìdánimọ̀ rẹ tàbí bá olùpèsè rẹ sọ̀rọ̀.

Tamil

கவனிக்கவும்: நீங்கள் தமிழ் பேசுபவர் என்றால், உங்களுக்கு இலவச மொழி உதவிச் சேவைகள் கிடைக்கும். அணுகல் வசதிக்கேற்ற வடிவங்களில் தகவலை வழங்குவதற்கான தகுந்த, கூடுதல் உதவி அம்சங்களும் சேவைகளும் கூட கட்டணமின்றிக் கிடைக்கும். உங்கள் வழங்குநரிடம் பேச, உங்கள் ஐடி கார்டின் பின்பக்கமுள்ள உறுப்பினர் சேவை மைய எண்ணை அழைக்கவும்.

Navajo

SHOOH: Diné bizaad yiníłti', t'áá jiik'ehgo saad bee áká'ánída'awo'ígíí t'áá hadoohkáał nihá kéé' hóló. T'áá ajiłii íiyisí át'éego nihá át'éego bee haz'ánígíí dóó t'áá ádáhodooníígíí biniiyé t'áá jíík'eh nihá kéé' hóló Member Services béésh bee hane'í bikáá' dah naaznil doo ID card ni' dooleeł ná'ádoolwołígíí bikáá' nihá át'é.

Shoshone

NENKAHI: Uuiss en taikw Sosohni, yu yowk taikwa tuwahntsawaiyn mahhpittsiyahnkuuk en. To kwain tuwahntsawaiyn tes tuwahntsawaiyn uut uutinantuuinkehn uukuup tsa taw natehpop suwait mampittsiyankunk yuyowk nai nimeht. Nimai suun suhmah tuwahntsawaiyn tetehtsep piinak tehpop en nuwaiyn en taikw uhmah natsu tainepeh tes waipeh.

Choctaw

KULLÓSHI: Chi Chahta anumpa ish anumpuli hosh, aiittola towa la hosh chi chiahullo li. Himona, achukma ut ish anumpuli hinla ia, il im anumpuli holisso kapvchi shulush isht ia, towa la hosh chi. Chi ID holisso okpulo bok aiittola na isht ia hosh pisa, il chi isht ia isht iachi pisa.

Punjabi

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫ਼ਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹੋਣਗੀਆਂ। ਪਹੁੰਚਯੋਗ ਫਾਰਮੈਟਾਂ ਵਿੱਚ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਢੁਕਵੇਂ ਪੂਰਕ ਸਹਾਇਕ ਸਾਧਨ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਮੁਫ਼ਤ ਵਿੱਚ ਉਪਲਬਧ ਹੋਣਗੀਆਂ। ਤੁਹਾਡੇ ID ਕਾਰਡ ਦੇ ਪਿੱਛੇ ਦਿੱਤੇ ਮੈਂਬਰ ਸਰਵਿਸਿਜ਼ ਨੰਬਰ 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰੋ।

Syriac

ܫܡܝ ܠܘܬ ܐܢܬ ܕܡܡܠܠ ܐܢܬ ܠܫܢ̈ܐ ܕܐܝܬ ܠܟ ܫܘܬܦ̈ܐ ܕܥܕܪ̈ܐ ܠܠܫܢ̈ܐ ܕܐܝܬ ܠܟ ܐܢ ܐܝ ܠܐ ܐ

AVISO DE LAS NORMAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LÉALO CUIDADOSAMENTE.

Este Aviso describe las prácticas de privacidad de los planes de salud afiliados a Molina Healthcare (en este documento denominados "**Molina**", "**nosotros**" o "**nuestro**"). Usamos y compartimos información médica protegida ("**PHI**") sobre usted para brindarle sus beneficios de salud como miembro de Molina. Usamos y compartimos su PHI para realizar tratamientos, pagos y funciones de atención médica. Además, usamos y compartimos su PHI por otras razones, según lo que permite y exige la ley. Tenemos el deber de mantener su información médica en privado y cumplir con los términos de este Aviso. La fecha de vigencia de este Aviso es el 1 de enero de 2026.

La PHI es información médica que incluye su nombre, número de miembro u otros identificadores y es usada o compartida por nosotros. La PHI incluye información médica sobre trastornos por uso de sustancias e información biométrica (como una huella de voz).

¿Por qué usamos o compartimos su PHI?
Usamos o compartimos su PHI para brindarle beneficios de atención médica. Su PHI también se usa o comparte para tratamientos, pagos y funciones de atención médica.

Para tratamientos
Podemos usar o compartir su PHI para brindarle o facilitar su atención médica. Este tratamiento también incluye remisiones entre sus médicos u otros proveedores de atención médica. Por ejemplo, podemos compartir información sobre su afección con un especialista. Esto ayuda a que el especialista converse acerca del tratamiento con su médico.

Para pagos
Podemos usar o compartir su PHI para tomar decisiones con respecto a pagos. Esto puede incluir quejas, autorizaciones para tratamientos y decisiones sobre necesidades médicas. Es posible que en la factura aparezca su nombre, afección, tratamiento y suministros utilizados. Por ejemplo, podemos informarle a un médico que usted cuenta con nuestros beneficios. Asimismo, le informaríamos al médico la cantidad de la factura que nosotros pagaríamos.

Para funciones de atención médica
Podemos usar o compartir su PHI para implementar nuestros planes médicos. Por ejemplo, podemos usar la información de su reclamación para informarle sobre algún programa de salud que pudiera ayudarle. También podemos usar o compartir su PHI para resolver sus inquietudes. Su PHI también se puede usar para asegurar que se paguen los reclamos correctamente.

Las funciones de atención médica implican diversas necesidades de actividades diarias. Esto incluye, entre otras cosas, lo siguiente:

- Mejorar la calidad.
- Realizar acciones en programas de salud para ayudar a miembros con ciertas afecciones (como asma).
- Realizar o facilitar revisiones médicas.

Multi-State-Y0050-NP-ES-26-S.indd 1 11/18/2025 11:56:00 AM

- Brindar servicios legales, que incluyen la detección de fraude y abuso, y los programas de enjuiciamiento.
- Realizar acciones que nos permiten cumplir con la ley.
- Satisfacer las necesidades de los miembros, entre las que se incluyen la solución de reclamos y quejas.

Compartiremos su PHI con otras compañías ("**asociados comerciales**") que llevan a cabo diferentes tipos de actividades para nuestros planes médicos. Es posible que también usemos su PHI para recordarle sus citas. Podemos usar su PHI para darle información sobre otros tratamientos u otros servicios y beneficios relacionados con su salud.

¿Cuándo podemos usar o compartir su PHI sin obtener una autorización (aprobación) por escrito de su parte?
Además de los tratamientos, los pagos y las funciones de atención médica, la ley permite o requiere que Molina utilice y comparta su PHI para diversos fines, que incluyen lo siguiente:

Requisitos legales
Usaremos o compartiremos información sobre usted según lo requiera la ley. Compartiremos su PHI cuando así lo requiera el Secretario del Department of Health and Human Services (HHS). Esto puede incluir un proceso judicial, otra revisión legal, o cuando se requiera para el cumplimiento de la ley.

Salud pública
Su PHI se puede usar o compartir para actividades de salud pública. Esto puede incluir ayudar a las agencias de salud pública a prevenir o controlar enfermedades.

Supervisión de la atención médica
Su PHI se puede usar o compartir con agencias gubernamentales. Estas pueden requerir su PHI para realizar auditorías.

Investigación
Su PHI se puede usar o compartir para investigación en ciertos casos, como cuando se aprueba por una comisión revisora institucional o de privacidad.

Procedimientos legales o administrativos
Su PHI se puede usar o compartir para procedimientos legales, como en respuesta a una orden judicial.

Cumplimiento de la ley
Su PHI se puede usar o compartir con la policía con el fin de hacer cumplir la ley, como para ayudar a encontrar a un sospechoso, a un testigo o a una persona perdida.

Salud y seguridad
Su PHI se puede compartir para prevenir una amenaza grave e inminente a la salud o la seguridad de una persona o del público.

Funciones gubernamentales
Su PHI se puede compartir con el gobierno para funciones especiales. Un ejemplo puede ser la protección del Presidente.

Víctimas de abuso, abandono o violencia doméstica
Su PHI se puede compartir con las autoridades legales si creemos que una persona es víctima de abuso o abandono.

Indemnización de trabajadores
Su PHI se puede usar o compartir para obedecer leyes de indemnización al trabajador.

Divulgación con otros fines
Su PHI se puede compartir con médicos forenses o directores de funerarias para ayudarles a cumplir con su trabajo.

Restricciones adicionales de uso y divulgación.
Algunas leyes federales y estatales pueden requerir protecciones especiales de privacidad que restrinjan el uso y la divulgación de ciertos tipos de información médica. Estas leyes pueden proteger los siguientes tipos de información: trastornos por consumo de alcohol y sustancias, información biométrica, abuso o negligencia infantil o de adultos, incluida la agresión sexual, enfermedades transmisibles, información genética, HIV/AIDS, salud mental, información de menores, recetas, salud reproductiva y enfermedades de transmisión sexual. Seguiremos la ley más estricta cuando sea aplicable a nosotros.

Información sobre el trastorno de consumo de sustancias (SUD). Si bien no somos un programa de tratamiento de trastorno de consumo de sustancias según la ley federal (un "Programa SUD"), podemos recibir información de un Programa SUD sobre usted. No podemos divulgar información de SUD para su uso en un procedimiento civil, penal, administrativo o legislativo en su contra a menos que tengamos (i) su consentimiento por escrito, o (ii) una orden judicial acompañada de una citación u otro requisito legal que obligue a la divulgación emitida después de que nosotros y usted recibimos notificación y la oportunidad de ser escuchados.

¿Cuándo necesitamos su autorización (aprobación) por escrito para usar o compartir su PHI?
Necesitamos su aprobación por escrito para usar o compartir su PHI para cualquier propósito que no se haya especificado en este Aviso. Necesitamos su autorización antes de que divulguemos su PHI para lo siguiente: (1) la mayoría de usos y divulgaciones de notas de psicoterapia; (2) usos y divulgaciones para propósitos de marketing; y (3) usos y divulgaciones que involucren la venta de PHI. Usted puede cancelar una autorización por escrito que nos haya dado. Su cancelación no aplicará a las acciones que ya hayamos tomado como resultado de la autorización que nos dio.

¿Cuáles son sus derechos de información médica?
Usted tiene derecho a lo siguiente:

- **Solicitar restricciones para el uso o la divulgación de PHI (compartir su PHI)**
  Puede pedirnos que no compartamos su PHI para realizar tratamientos, pagos o funciones de atención médica. Asimismo, puede pedir que no compartamos su PHI con familiares, amigos u otras personas designadas por usted que participen de su atención médica. No obstante, no estamos obligados a aceptar su solicitud. Deberá presentar su solicitud por escrito. Puede usar nuestro formulario para hacer la solicitud.

- **Solicitar comunicación confidencial de la PHI**
  Usted puede pedirle a Molina que le entregue su PHI de una determinada forma y en un determinado lugar para mantener confidencial su PHI. Cumpliremos con solicitudes razonables, si usted nos informa de qué manera la divulgación de la totalidad o parte de su PHI podría poner en riesgo su vida. Deberá presentar su solicitud por escrito. Puede usar nuestro formulario para hacer la solicitud.

- **Revisión y copia de su PHI**
  Usted tiene derecho a evaluar y obtener una copia de su PHI que esté en nuestro poder. Esta puede incluir registros utilizados para tomar decisiones sobre cobertura, quejas y otros asuntos sobre usted como nuestro

miembro. Deberá presentar su solicitud por escrito. Puede usar nuestro formulario para hacer la solicitud. Podemos cobrarle un precio razonable para copiar y enviarle estos registros por correo. En ciertos casos, podemos denegar la solicitud. *Nota importante: no tenemos copias completas de su historia clínica. Si usted desea revisar, obtener una copia o modificar su historia clínica, comuníquese con su médico o clínica.*

- **Enmendar su PHI**
  Usted puede solicitar enmiendas (modificaciones) a su PHI. Esto incluye solamente aquellos registros que nosotros conservamos sobre usted como miembro. Deberá presentar su solicitud por escrito. Puede usar nuestro formulario para hacer la solicitud. Puede presentar una carta de desacuerdo si rechazamos su solicitud.

- **Recibir un resumen de las divulgaciones de PHI (compartir su PHI)**
  Puede solicitar que le brindemos una lista de determinadas partes con las que hayamos compartido su PHI durante los seis años anteriores a la fecha de su solicitud. La lista no incluirá la PHI compartida de la siguiente manera:
  - Para tratamientos, pagos o funciones de atención médica.
  - A personas sobre su propia PHI.
  - La información compartida con su autorización.
  - La información relacionada con un tipo de divulgación o uso que, de otra manera, lo permita o lo requiera la ley aplicable.
  - La PHI divulgada en interés de la seguridad nacional o para propósitos de inteligencia.
  - Como parte de un conjunto de datos limitados, conforme a las leyes aplicables.

Le cobraremos una tarifa razonable por cada lista si usted la solicita más de una vez en un periodo de 12 meses. Deberá presentar su solicitud por escrito. Puede usar nuestro formulario para hacer la solicitud.

Usted puede realizar cualquiera de las solicitudes antes mencionadas u obtener una copia impresa de este aviso. Llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al número de teléfono gratuito que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p.m, hora local. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711.

¿Qué puede hacer si no se han protegido sus derechos?
Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentarnos una queja ante el Department of Health and Human Services. No tomaremos ninguna medida en su contra por presentar una queja. Esto no afectará su atención médica ni sus beneficios en ninguna medida.

Puede presentar una queja ante nosotros en:

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al número de teléfono gratuito que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p.m, hora local. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711. O escríbanos a:

Molina Healthcare
Attn: Appeals and Grievances
P.O. Box 22816
Long Beach, CA 90801-9977

Multi-State-Y0050-NP-ES-26-S.indd 4 11/18/2025 11:56:01 AM

Puede presentar una queja ante el Secretario del Department of Health and Human Services de EE. UU. a la siguiente dirección:

U.S. Department of Health & Human Services Office for Civil Rights
200 Independence Ave., S.W. Suite 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201
(800) 368-1019; (800) 537-7697 (TDD); (202) 619-3818 (FAX)

¿Cuáles son nuestras obligaciones?
Estamos obligados a:

- Mantener su PHI en privado.
- Proporcionarle información por escrito, tal como el presente aviso, sobre nuestras obligaciones y prácticas de privacidad en relación con su PHI.
- Proporcionarle un aviso en caso de incumplimiento de su PHI no protegida.
- Abstenerse de usar o divulgar su información genética para propósitos de suscripciones de seguros.
- Cumplir con los términos de este Aviso.

Este Aviso está sujeto a cambios

Nos reservamos el derecho de cambiar en cualquier momento sus normas de información y las condiciones de este Aviso. Si lo hacemos, las nuevas condiciones y normas se aplicarán a toda la PHI que esté en nuestro poder. Si realizamos cualquier modificación importante, publicaremos el Aviso revisado en nuestra página web y enviaremos el Aviso revisado, o bien enviaremos información acerca del cambio importante y de cómo obtener el Aviso revisado en la siguiente correspondencia anual dirigida a nuestros miembros cubiertos en ese momento por nosotros. Este Aviso se encuentra disponible en nuestra página web en www.molinahealthcare.com.

Información de contacto
Si tiene preguntas sobre este Aviso, comuníquese con nosotros.

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al número de teléfono gratuito que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711. O escriba a Molina Member Services, 200 Oceangate, Suite 100, Long Beach, CA 90802.

Puede solicitar este documento sin costo alguno en otros formatos, como en letra grande, sistema braille o audio. Llame al (855) 882-3901, TTY/TDD: 711, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita.

Multi-State-Y0050-NP-ES-26-S.indd 5 11/18/2025 11:56:01 AM

ConnectiCare

Departamento de Servicios para Miembros de ConnectiCare Choice Plan 2

Método	Departamento de Servicios para Miembros: información de contacto
TELÉFONO	(800) 224-2273 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es del 1.º de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. El Departamento de Servicios para Miembros también tiene servicios gratuitos de intérprete de idiomas para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas que tienen dificultades para escuchar o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es del 1.º de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local.
FAX	(310) 507-6186
CORREO POSTAL	Molina Healthcare ATTN: Member Services 175 Scott Swamp Road, Building 2 Farmington, CT 06032
SITIO WEB	Connecticare.com/Medicare

programa de Connecticut para la asistencia, promoción, información y derivación en seguros de salud, asesoramiento y evaluación de elegibilidad (CHOICES) (SHIP de Connecticut)

programa de Connecticut para la asistencia, promoción, información y derivación en seguros de salud, asesoramiento y evaluación de elegibilidad (CHOICES) es un programa estatal que obtiene fondos del Gobierno federal para ofrecer asesoramiento local gratuito sobre seguro médico a personas que tienen Medicare.

Método	Información de contacto
TELÉFONO	(800) 994-9422 Lunes a viernes: 9 a.m. - 5 p.m. Sábado y domingo: Cerrado
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
CORREO POSTAL	Connecticut's Program for Health Insurance Assistance, Outreach, Information and Referral, Counseling, Eligibility Screening (CHOICES) 55 Farmington Avenue, 12th floor Hartford, CT 06105
SITIO WEB	https://portal.ct.gov/ads/programs-and-services/choices?language=en_US

Declaración informativa sobre PRA *Según la ley de Reducción de Papeles (PRA) de 1995, nadie está obligado a contestar una recopilación de información a menos que muestre un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1051. Si usted tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*