



1 de enero – 31 de diciembre de 2021

# EVIDENCIA DE COBERTURA

## **Sus beneficios y servicios de salud de Medicare como miembro de Cigna Fundamental Medicare (HMO)**

Este cuadernillo incluye los detalles de su cobertura de cuidado de la salud de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2021. Explica cómo obtener cobertura para los servicios de cuidado de la salud que usted necesita.

**Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Este plan, Cigna Fundamental Medicare (HMO), es ofrecido por Cigna. (Cuando esta *Evidencia de cobertura* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa Cigna. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa Cigna Fundamental Medicare [HMO]).

Este documento está disponible de forma gratuita en español.

Comuníquese con nuestro número de Servicio al Cliente al 1-800-668-3813 para obtener más información. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Del 1 de octubre al 31 de marzo, el horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local. Se usa un servicio de mensajes los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales.

Para que le proporcionemos información de manera que la entienda bien, llame a Servicio al Cliente. Podemos suministrarle información en braille, letra grande u otros formatos alternativos si la necesita.

Los beneficios y/o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2022.

La red de proveedores puede cambiar en cualquier momento. Recibirá una notificación cuando sea necesario.



**Evidencia de cobertura de 2021****Índice**

Esta lista de capítulos y números de páginas es su punto de partida. Para obtener más ayuda para encontrar la información que necesita, vaya a la primera página de un capítulo. **Encontrará una lista de temas detallada al principio de cada capítulo.**

<b>Capítulo 1.</b>	<b>Primeros pasos para los miembros</b> .....	<b>3</b>
	Explica lo que significa estar en un plan de salud de Medicare y cómo usar este cuadernillo. Trata sobre los materiales que le enviaremos, la prima de su plan, su tarjeta de membresía del plan y cómo mantener actualizado su registro de membresía.	
<b>Capítulo 2.</b>	<b>Números de teléfono y recursos importantes</b> .....	<b>10</b>
	Le dice cómo comunicarse con nuestro plan (Cigna Fundamental Medicare [HMO]) y con otras organizaciones, como Medicare, el Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP), la Organización de Mejora de la Calidad, el Seguro Social, Medicaid (el programa estatal de seguro de salud para personas con bajos ingresos) y la Junta de Jubilación Ferroviaria.	
<b>Capítulo 3.</b>	<b>Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos</b> .....	<b>19</b>
	Explica cosas importantes que usted necesita saber para obtener su atención médica como miembro de nuestro plan. Los temas incluyen el uso de proveedores de la red del plan y dónde atenderse cuando tenga una emergencia.	
<b>Capítulo 4.</b>	<b>Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)</b> .....	<b>29</b>
	Brinda detalles sobre qué tipos de atención médica están cubiertos y cuáles <i>no</i> están cubiertos como miembro de nuestro plan. Explica cuánto pagará como su parte del costo por su atención médica cubierta.	
<b>Capítulo 5.</b>	<b>Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos cubiertos</b> .....	<b>68</b>
	Explica cuándo y cómo enviamos una factura cuando usted desea pedirnos que le devolvamos el dinero de nuestra parte del costo de sus servicios cubiertos.	
<b>Capítulo 6.</b>	<b>Sus derechos y responsabilidades</b> .....	<b>72</b>
	Explica los derechos y las responsabilidades que usted tiene como miembro de nuestro plan. Le dice lo que puede hacer si piensa que no se están respetando sus derechos.	
<b>Capítulo 7.</b>	<b>Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)</b> .....	<b>80</b>
	Le dice qué hacer, paso a paso, si tiene problemas o inquietudes como miembro de nuestro plan.	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explica cómo pedir decisiones de cobertura y presentar apelaciones si está teniendo inconvenientes para recibir la atención médica que piensa que nuestro plan cubre. Esto incluye pedirnos que sigamos cubriendo los cuidados hospitalarios y determinados tipos de servicios médicos si piensa que su cobertura finalizará demasiado pronto.</li> <li>• Explica cómo presentar quejas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otras inquietudes.</li> </ul>	
<b>Capítulo 8.</b>	<b>Cómo finalizar su membresía en el plan</b> .....	<b>107</b>
	Explica cómo y cuándo puede finalizar su membresía en el plan. Explica situaciones en las que nuestro plan está obligado a finalizar su membresía.	
<b>Capítulo 9.</b>	<b>Avisos legales</b> .....	<b>113</b>
	Incluye avisos sobre derecho aplicable y sobre no discriminación.	
<b>Capítulo 10.</b>	<b>Definiciones de términos importantes</b> .....	<b>117</b>
	Explica los términos más importantes que se usan en este cuadernillo.	

# CAPÍTULO 1

*Primeros pasos para los miembros*

**Capítulo 1. Primeros pasos para los miembros**

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Introducción .....</b>	<b>4</b>
Sección 1.1	Usted está inscrito en Cigna Fundamental Medicare (HMO), que es un Plan HMO de Medicare .....	4
Sección 1.2	¿De qué trata el cuadernillo de <i>Evidencia de cobertura</i> ? .....	4
Sección 1.3	Información legal sobre la <i>Evidencia de cobertura</i> .....	4
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>¿Cuáles son los requisitos para ser miembro del plan? .....</b>	<b>4</b>
Sección 2.1	Sus requisitos para ser miembro .....	4
Sección 2.2	¿Qué son la Parte A y la Parte B de Medicare? .....	5
Sección 2.3	Esta es el área de servicio de nuestro plan .....	5
Sección 2.4	Ciudadano de los EE. UU. o presencia legal en el país .....	5
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>¿Qué otros materiales le proporcionaremos? .....</b>	<b>5</b>
Sección 3.1	Su tarjeta de membresía del plan: úsela para obtener todos los servicios de cuidado de la salud cubiertos .....	5
Sección 3.2	El <i>Directorio de proveedores y farmacias</i> : su guía para todos los proveedores de la red del plan .....	6
<b>SECCIÓN 4</b>	<b>La prima mensual de su plan.....</b>	<b>6</b>
Sección 4.1	¿Cuánto debe pagar de prima por su plan? .....	6
Sección 4.2	¿Podemos cambiar la prima mensual de su plan durante el año? .....	7
<b>SECCIÓN 5</b>	<b>Mantenga actualizado su registro de membresía del plan .....</b>	<b>7</b>
Sección 5.1	Cómo ayudar a asegurar que tengamos información precisa sobre usted .....	7
<b>SECCIÓN 6</b>	<b>Protegemos la privacidad de su información sobre la salud personal .....</b>	<b>7</b>
Sección 6.1	Nos aseguramos de que su información sobre la salud esté protegida .....	7
<b>SECCIÓN 7</b>	<b>Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan.....</b>	<b>8</b>
Sección 7.1	¿Qué plan paga primero cuando usted tiene otro seguro? .....	8

**SECCIÓN 1** Introducción**Sección 1.1** Usted está inscrito en Cigna Fundamental Medicare (HMO), que es un Plan HMO de Medicare

Su cobertura está a cargo de Medicare, y usted ha elegido obtener su cobertura de cuidado de la salud de Medicare a través de nuestro plan, Cigna Fundamental Medicare (HMO).

Hay diferentes tipos de planes de salud de Medicare. Cigna Fundamental Medicare (HMO) es un Plan HMO de Medicare Advantage (HMO significa Organización para el Mantenimiento de la Salud, por sus siglas en inglés) aprobado por Medicare y dirigido por una compañía privada. Cigna Fundamental Medicare (HMO) no incluye cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.

**La cobertura en virtud de este Plan reúne los requisitos para ser considerada una cobertura de salud calificada (QHC, por sus siglas en inglés) y cumple el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, por sus siglas en inglés). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) en [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families) para obtener más información.**

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

Este cuadernillo de *Evidencia de cobertura* le indica cómo obtener su cobertura de atención médica de Medicare a través de nuestro plan. También le explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto y lo que usted paga como miembro del plan.

Los términos “cobertura” y “servicios cubiertos” se refieren a la atención médica y los servicios que usted tiene disponibles como miembro de Cigna Fundamental Medicare (HMO).

Es importante que conozca las reglas del plan y los servicios que tiene disponibles. Le alentamos a que dedique un tiempo a consultar este cuadernillo de *Evidencia de cobertura*.

Si está confundido o preocupado, o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con el Servicio al Cliente de nuestro plan (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo).

**Sección 1.3** Información legal sobre la *Evidencia de cobertura***Es parte de nuestro contrato con usted**

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted y estipula la forma en que nuestro plan cubre sus servicios de cuidado de la salud. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción y cualquier notificación que nosotros le enviemos sobre cambios en su cobertura o condiciones que afecten su cobertura. A veces, estas notificaciones se denominan “cláusulas adicionales” o “enmiendas”.

El contrato tiene vigencia durante los meses en los que usted esté inscrito en nuestro plan, del 1 de enero de 2021 al 31 de diciembre de 2021.

Cada año calendario, Medicare nos permite hacer cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que, después del 31 de diciembre de 2021, podemos cambiar los costos y los beneficios de nuestro plan. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan, u ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2021.

**Medicare debe aprobar nuestro plan cada año**

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar nuestro plan cada año. Usted puede continuar recibiendo cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre que decidamos continuar ofreciendo el plan y que Medicare renueve su aprobación del plan.

**SECCIÓN 2** ¿Cuáles son los requisitos para ser miembro del plan?**Sección 2.1** Sus requisitos para ser miembro

*Usted reúne los requisitos para ser miembro de nuestro plan si:*

- Usted tiene la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare (en la Sección 2.2 se le informa sobre la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare)
- –y– Usted vive en nuestra área geográfica de servicio (la Sección 2.3 que aparece a continuación describe nuestra área de servicio)
- –y– Usted es ciudadano de los Estados Unidos o está presente legalmente en el país

**Sección 2.2 ¿Qué son la Parte A y la Parte B de Medicare?**

Cuando usted se inscribió en Medicare por primera vez, recibió información sobre los servicios que están cubiertos en virtud de la Parte A y la Parte B de Medicare. Recuerde:

- Generalmente, la Parte A de Medicare ayuda a cubrir servicios prestados por hospitales (para servicios para pacientes internados, centros de cuidados especiales o agencias de cuidado de la salud en el hogar).
- La Parte B de Medicare es para la mayoría de los demás servicios médicos (como los servicios de profesionales médicos, la terapia de infusión en el hogar y otros servicios para pacientes ambulatorios) y determinados artículos (como equipo médico duradero [DME, por sus siglas en inglés] y artículos médicos).

**Sección 2.3 Esta es el área de servicio de nuestro plan**

Si bien Medicare es un programa federal, nuestro plan está disponible únicamente para personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar residiendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en Pennsylvania: Bucks, Chester, Delaware, Montgomery, Philadelphia

Si piensa mudarse fuera del área de servicio, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo). Cuando se muda, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare que esté disponible en su nueva ubicación.

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

**Sección 2.4 Ciudadano de los EE. UU. o presencia legal en el país**

Los miembros de los planes de salud de Medicare deben ser ciudadanos de los EE. UU. o estar presentes legalmente en el país. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a Cigna Fundamental Medicare (HMO) si usted ya no cumple los requisitos para seguir siendo miembro por este motivo. Cigna Fundamental Medicare (HMO) debe cancelar su inscripción si usted no cumple con este requisito.

**SECCIÓN 3 ¿Qué otros materiales le proporcionaremos?**

**Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan: úsela para obtener todos los servicios de cuidado de la salud cubiertos**

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar la tarjeta de membresía de nuestro plan para obtener los servicios cubiertos por este plan. También debe mostrarle al proveedor su tarjeta de Medicaid, si corresponde. A continuación, incluimos un modelo de tarjeta de membresía para mostrarle cómo se verá la suya:

**Cigna.** <Plan Name>  
<Plan Type>

**Name** <Customer Full Name> <Contract/PBP/segment>  
**ID** <Customer ID>  
**Health Plan** (80840)  
**[Effective Date** <Effective Date>]  
**PCP** <PCP Name>  
**PCP Phone** <Phone Number>  
**PCP Network** <Network>

**Part B Drugs**  
**[RxBIN** <XXXXXXX>  
**[RxPCN** <XXXXXXX>  
**[RxGRP** <XXXXXXX>

**[No Referral Required]** **COPS**

**PCP** <\$xx> **Specialist** <\$xx>  
**Emergency** <\$xx> **Urgent Care** <\$xx>

**This card does not guarantee coverage or payment.**  
 <barcode>  
 [Services may require [a referral or] [an] authorization by the Health Plan.]  
 [Medicare limiting charges apply.]

**[Customer Service** <--- Toll Free Number ---> (TTY 711)]  
**[Provider Services** <Phone Number>  
**[Authorization/Referral]** <Phone Number>  
**[Provider Medical Claims** <Address>  
**[Dental Services** <Phone Number>  
**[Provider Dental Claims** <Address>  
**[Pharmacy Help Desk** <Phone Number>

**[<URL>]**

NO use su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para obtener los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía de Cigna Fundamental Medicare (HMO), quizás tenga que pagar el costo total de los servicios médicos por su cuenta. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Quizás le

pidan que muestre su tarjeta si necesita servicios hospitalarios y servicios para enfermos terminales, o si participa en estudios de investigación de rutina.

**Aquí le explicamos por qué esto es tan importante:** Si recibe sus servicios cubiertos usando su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en lugar de usar su tarjeta de membresía de Cigna Fundamental Medicare (HMO) mientras sea miembro del plan, quizás tenga que pagar todo el costo por su cuenta.

En caso de daño, pérdida o robo de su tarjeta de membresía del plan, llame a Servicio al Cliente de inmediato, y le enviaremos una tarjeta nueva. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente están impresos en la contratapa de este cuadernillo).

### **Sección 3.2 El Directorio de proveedores y farmacias: su guía para todos los proveedores de la red del plan**

El *Directorio de proveedores y farmacias* detalla los proveedores de servicios y de equipos médicos duraderos de nuestra red.

#### **¿Qué son los “proveedores de la red”?**

Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales del cuidado de la salud, grupos médicos, proveedores de equipos médicos duraderos, hospitales y otros centros de cuidado de la salud que tienen un contrato con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago total. Hemos acordado que estos proveedores proporcionen los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. La lista de proveedores más reciente está disponible en nuestro sitio web [www.cignamedicare.com](http://www.cignamedicare.com).

#### **¿Por qué necesita saber qué proveedores son parte de nuestra red?**

Es importante que sepa qué proveedores son parte de nuestra red porque, con limitadas excepciones, deberá usar proveedores de la red para recibir atención y servicios médicos mientras sea miembro de nuestro plan. Al elegir un médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés), también elegirá toda una red (un grupo específico de proveedores del plan) de especialistas y hospitales. Llame a Servicio al Cliente para obtener detalles acerca de los especialistas y hospitales que usted puede usar. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios de urgencia cuando la red no está disponible (generalmente, cuando usted se encuentra fuera del área), los servicios de diálisis fuera del área y los casos en los que nuestro plan autorice el uso de proveedores fuera de la red. Consulte el Capítulo 3 (*Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos*) para obtener información más específica sobre la cobertura de emergencias, fuera de la red y fuera del área.

Si no tiene su copia del *Directorio de proveedores y farmacias*, puede pedirle una copia a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo). Puede pedirle a Servicio al Cliente más información sobre los proveedores de nuestra red, incluida la formación profesional. También puede ver el *Directorio de proveedores y farmacias* en [www.cignamedicare.com](http://www.cignamedicare.com), o descargarlo de este sitio web. Tanto Servicio al Cliente como el sitio web pueden brindarle la información más actualizada sobre los cambios en los proveedores de nuestra red.

## **SECCIÓN 4 La prima mensual de su plan**

### **Sección 4.1 ¿Cuánto debe pagar de prima por su plan?**

Usted no tiene que pagar una prima mensual aparte por su plan. Debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro tercero pague su prima de la Parte B por usted).

#### **Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare**

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Como se explicó previamente en la Sección 2, para reunir los requisitos para participar en nuestro plan, debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare. Algunos miembros del plan (quienes no reúnen los requisitos para la Parte A sin primas) pagan una prima por la Parte A de Medicare. Y la mayoría de los miembros del plan pagan una prima por la Parte B de Medicare. **Usted debe seguir pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.**

Su copia de *Medicare y usted 2021* le brinda información sobre estas primas en la sección “Costos de Medicare 2021”. Esto explica las distintas primas de la Parte B de Medicare que se aplican a personas con diferentes ingresos. Todos los miembros de Medicare reciben una copia de *Medicare y usted* todos los años en otoño. Las personas que se han inscrito recientemente en Medicare la reciben en el plazo de un mes a partir de su inscripción. También puede descargar una copia de *Medicare y usted 2021* del sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)). O puede pedir una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.



## Sección 4.2 ¿Podemos cambiar la prima mensual de su plan durante el año?

**No.** No tenemos permitido comenzar a cobrar una prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia para el año siguiente, se lo comunicaremos en septiembre, y el cambio entrará en vigor el 1 de enero.

## SECCIÓN 5 Mantenga actualizado su registro de membresía del plan

### Sección 5.1 Cómo ayudar a asegurar que tengamos información precisa sobre usted

Su registro de membresía tiene información tomada de su formulario de inscripción, que incluye su dirección y número de teléfono. Indica la cobertura específica de su plan, lo que incluye su proveedor de cuidado primario/grupo médico/IPA. Un grupo médico es una asociación de proveedores de cuidado primario (PCP), especialistas y/o proveedores auxiliares, como terapeutas y radiólogos. Una asociación de médicos independientes (IPA, por sus siglas en inglés) es un grupo de médicos de cuidado primario y especialistas que trabajan juntos para coordinar sus necesidades médicas.

Los médicos, hospitales y otros proveedores de la red del plan deben tener información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red usan su registro de membresía para saber qué servicios están cubiertos y cuáles son sus cantidades de costo compartido.** Debido a esto, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

#### Infórmenos de los siguientes cambios:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono
- Cambios en la cobertura de cualquier otro seguro de salud que tenga (como la cobertura de su empleador, del empleador de su cónyuge, un seguro de accidentes de trabajo o Medicaid)
- Si tiene alguna demanda de responsabilidad civil, como una demanda por un accidente automovilístico
- Si fue admitido en un hogar de ancianos
- Si se atiende 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 está participando en un estudio de investigación clínica

Si alguno de estos datos cambia, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo) para informarlo.

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

#### Lea la información que le enviemos sobre cualquier otra cobertura de seguro que tenga

Medicare nos exige que le pidamos información sobre cualquier otra cobertura de seguro médico y/o cobertura de seguro de medicamentos que usted tenga. Esto se debe a que debemos coordinar cualquier otra cobertura que usted tenga con sus beneficios en virtud de nuestro plan. (Para obtener más información sobre cómo funciona nuestra cobertura cuando usted tiene otro seguro, consulte la Sección 7 de este capítulo).

Una vez al año, y también cuando Medicare nos informa cambios en su cobertura de otros seguros, le enviaremos una carta junto con un cuestionario para confirmar la cobertura de otros seguros. Le pedimos que complete el cuestionario y nos lo devuelva, o que llame a Servicio al Cliente para informarnos si sigue teniendo la cobertura de otros seguros o si esta ha finalizado. Si tiene cobertura de otro seguro médico u otro seguro de medicamentos que no esté incluido en la carta, llame a Servicio al Cliente para informarnos sobre esta otra cobertura (el número de teléfono de Servicio al Cliente está impreso en la contratapa de este cuadernillo).

## SECCIÓN 6 Protegemos la privacidad de su información sobre la salud personal

### Sección 6.1 Nos aseguramos de que su información sobre la salud esté protegida

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

Para obtener más información sobre la forma en que protegemos su información sobre la salud personal, consulte la Sección 1.3 del Capítulo 6 de este cuadernillo.

**SECCIÓN 7    Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan****Sección 7.1    ¿Qué plan paga primero cuando usted tiene otro seguro?**

Si usted tiene otro seguro (como la cobertura colectiva de salud de un empleador), hay reglas establecidas por Medicare que determinan si debe pagar primero nuestro plan o su otro seguro. El seguro que paga primero se llama “pagador primario” y paga hasta los límites de su cobertura. El que paga segundo se llama “pagador secundario”; este solo paga si quedan costos que la cobertura primaria no haya cubierto. Es posible que el pagador secundario no pague todos los costos que no fueron cubiertos.

Estas reglas se aplican para la cobertura de planes de salud colectivos de un sindicato o empleador:

- Si usted tiene cobertura para jubilados, Medicare paga primero.
- Si su cobertura de un plan de salud colectivo depende de su empleo actual o del de un familiar, la decisión de quién paga primero dependerá de su edad, de la cantidad de empleados de su empleador y de si usted tiene Medicare en función de su edad, una discapacidad o una enfermedad renal terminal (ESRD, por sus siglas en inglés):
  - Si tiene menos de 65 años y es discapacitado, y usted o un familiar todavía trabajan, su plan de salud colectivo paga primero si el empleador tiene 100 empleados o más, o al menos un empleador de un plan de empleadores múltiples tiene más de 100 empleados.
  - Si tiene más de 65 años y usted o su cónyuge todavía trabajan, su plan de salud colectivo paga primero si el empleador tiene 20 empleados o más, o al menos un empleador de un plan de empleadores múltiples tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare debido a una ESRD, su plan de salud colectivo pagará primero durante los primeros 30 meses a partir del momento en que usted comience a reunir los requisitos de Medicare.

Por lo general, estos tipos de cobertura pagan primero por los servicios relacionados con cada tipo:

- Seguro sin culpa (incluye seguro de automotores)
- Responsabilidad civil (incluye seguro de automotores)
- Beneficios por antracosis
- Seguro de accidentes de trabajo

Medicaid y TRICARE nunca pagan primero por servicios cubiertos por Medicare. Solo pagan después de que Medicare, planes de salud colectivos de empleadores y/o Medigap hayan pagado.

Si usted tiene otro seguro, infórmeselo a su médico, hospital y farmacia. Si tiene preguntas acerca de quién paga primero o necesita actualizar la información de su otro seguro, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo). Es posible que deba proporcionar su número de identificación de miembro del plan a sus otras aseguradoras (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen en forma correcta y puntual.

# CAPÍTULO 2

*Números de teléfono  
y recursos importantes*

**Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes**

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Contactos del plan</b> (cómo comunicarse con nosotros y cómo hablar con el Servicio al Cliente del plan) .....	<b>11</b>
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>Medicare</b> (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare).....	<b>13</b>
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico</b> (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare).....	<b>14</b>
<b>SECCIÓN 4</b>	<b>Organización de Mejora de la Calidad</b> (pagada por Medicare para verificar la calidad de la atención para las personas que tienen Medicare) .....	<b>14</b>
<b>SECCIÓN 5</b>	<b>Seguro Social</b> .....	<b>15</b>
<b>SECCIÓN 6</b>	<b>Medicaid</b> (un programa federal y estatal conjunto que ayuda a algunas personas con recursos e ingresos limitados a pagar sus costos médicos).....	<b>15</b>
<b>SECCIÓN 7</b>	<b>Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación Ferroviaria</b> .....	<b>16</b>
<b>SECCIÓN 8</b>	<b>¿Tiene un “seguro colectivo” u otro seguro de salud de un empleador?</b> .....	<b>17</b>

**SECCIÓN 1 Contactos del plan**

(cómo comunicarse con nosotros y cómo hablar con el Servicio al Cliente del plan)

**Cómo comunicarse con el Servicio al Cliente de nuestro plan**

Para obtener asistencia con preguntas sobre tarjetas de miembro, facturación o reclamos, llame o escriba a Servicio al Cliente de nuestro plan. Nos complacerá ayudarle.

Método	Servicio al Cliente – Información de contacto
<b>TELÉFONO</b>	1-800-668-3813  Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, Servicio al Cliente atiende de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local. Se usa un servicio de mensajes los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales.  Servicio al Cliente también ofrece servicios gratuitos de intérpretes de idiomas para quienes no hablan inglés.
<b>TTY</b>	711  Este número requiere un equipo telefónico especial y es únicamente para personas que tienen dificultades de la audición o del habla.  Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, Servicio al Cliente atiende de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local. Se usa un servicio de mensajes los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales.
<b>FAX</b>	1-888-766-6403
<b>CORREO POSTAL</b>	Cigna, Attn: Member Services, P.O. Box 2888, Houston, TX 77252  LetUsHelpU@cigna.com
<b>SITIO WEB</b>	www.cignamedicare.com

**Cómo comunicarse con nosotros cuando pida una decisión de cobertura respecto de su atención médica**

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

Si tiene preguntas sobre nuestro proceso de decisión de cobertura, puede llamarnos.

Método	Decisiones de cobertura respecto de la atención médica – Información de contacto
<b>TELÉFONO</b>	1-800-668-3813  Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, Servicio al Cliente atiende de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local. Se usa un servicio de mensajes los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales.
<b>TTY</b>	711  Este número requiere un equipo telefónico especial y es únicamente para personas que tienen dificultades de la audición o del habla.  Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, Servicio al Cliente atiende de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local. Se usa un servicio de mensajes los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales.
<b>FAX</b>	1-888-766-6403
<b>CORREO POSTAL</b>	Cigna, Attn: Precertification Department, P.O. Box 20002, Nashville, TN 37202

**Cómo comunicarse con nosotros cuando presente una apelación respecto de su atención médica**

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

Método	Apelaciones respecto de la atención médica – Información de contacto
<b>TELÉFONO</b>	1-800-511-6943 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 9:00 p.m., hora local. Se usa un servicio de mensajes los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales.
<b>TTY</b>	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es únicamente para personas que tienen dificultades de la audición o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 9:00 p.m., hora local. Se usa un servicio de mensajes los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales.
<b>FAX</b>	1-855-350-8671
<b>CORREO POSTAL</b>	Cigna, Attn: Part C Appeals, P.O. Box 188081, Chattanooga, TN 37422

**Cómo comunicarse con nosotros cuando presente una queja respecto de su atención médica**

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre uno de los proveedores de nuestra red, lo cual incluye una queja sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no incluye disputas respecto de pagos ni de la cobertura. (Si su problema está relacionado con los pagos o la cobertura del plan, debe consultar la sección anterior sobre cómo presentar una apelación). Para obtener más información sobre la presentación de una queja respecto de su atención médica, consulte el Capítulo 7 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Quejas respecto de la atención médica – Información de contacto
<b>TELÉFONO</b>	1-800-668-3813 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, Servicio al Cliente atiende de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local. Se usa un servicio de mensajes los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales.
<b>TTY</b>	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es únicamente para personas que tienen dificultades de la audición o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, Servicio al Cliente atiende de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local. Se usa un servicio de mensajes los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales.
<b>CORREO POSTAL</b>	Cigna, Attn: Medicare Grievance Dept., P.O. Box 188080, Chattanooga, TN 37422
<b>SITIO WEB DE MEDICARE</b>	Puede enviar una queja sobre nuestro plan directamente a Medicare. Para enviar una queja en línea a Medicare, visite <a href="http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx">www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx</a> .

**Adónde enviar una solicitud para pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica que haya recibido**

Para obtener más información sobre situaciones en las que es posible que deba pedirnos que le otorguemos un reembolso o que paguemos una factura que usted recibió de un proveedor, consulte el Capítulo 5 (*Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos cubiertos*).

**Tenga en cuenta lo siguiente:** Si nos envía una solicitud de pago y rechazamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Para obtener más información, consulte el Capítulo 7 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Solicitudes de pago – Información de contacto
<b>CORREO POSTAL</b>	Cigna, Attn: Direct Member Reimbursement, Medical Claims, P.O. Box 20002, Nashville, TN 37202
<b>SITIO WEB</b>	www.cignamedicare.com

**SECCIÓN 2 Medicare**

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

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

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (a veces llamados “CMS”, por sus siglas en inglés). Esta agencia tiene contratos con organizaciones Medicare Advantage, como nosotros.

Método	Medicare – Información de contacto
<b>TELÉFONO</b>	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
<b>TTY</b>	1-877-486-2048 Este número requiere un equipo telefónico especial y es únicamente para personas que tienen dificultades de la audición o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.



Método	Medicare – Información de contacto
<b>SITIO WEB</b>	<p><a href="http://www.medicare.gov">www.medicare.gov</a></p> <p>Este es el sitio web oficial del gobierno para Medicare. Le brinda información actualizada sobre Medicare y cuestiones actuales de Medicare. También tiene información sobre hospitales, hogares de ancianos, médicos, agencias de salud en el hogar y centros de diálisis. Incluye cuadernillos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado.</p> <p>El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre sus opciones de inscripción y elegibilidad de Medicare con las siguientes herramientas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Herramienta de elegibilidad de Medicare:</b> Brinda información sobre la condición de elegibilidad con respecto a Medicare.</li> <li>• <b>Localizador de planes de Medicare:</b> Brinda información personalizada sobre planes de medicamentos con receta de Medicare, planes de salud de Medicare y pólizas de Medigap (Seguro complementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas proporcionan una <i>estimación</i> de cuáles podrían ser sus costos de desembolso en diferentes planes de Medicare.</li> </ul> <p>También puede usar el sitio web para comunicarle a Medicare cualquier queja que tenga sobre nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Informe su queja a Medicare:</b> Puede enviar una queja sobre nuestro plan directamente a Medicare. Para enviar una queja a Medicare, visite <a href="http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx">www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx</a>. Medicare toma muy en serio sus quejas y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad de su programa.</li> </ul> <p>En caso de que no tenga computadora, visite la biblioteca local o algún centro para personas mayores desde donde pueda hacer uso de una computadora y visitar este sitio web. También puede llamar a Medicare y decir cuál es la información que está buscando. Ellos buscarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227], las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).</p>

### SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. En Pennsylvania, el SHIP se llama APPRISE.

APPRISE es independiente (no tiene ninguna conexión con ninguna compañía de seguros ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe dinero del Gobierno Federal para ofrecer asesoramiento gratuito sobre seguros de salud locales a las personas que tienen Medicare.

Los asesores de APPRISE pueden ayudarle con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare. Pueden ayudarle a entender sus derechos en virtud de Medicare, a presentar quejas sobre su atención o tratamiento médicos, y a resolver problemas con sus facturas de Medicare. Los asesores de APPRISE también pueden ayudarle a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre el cambio de planes.

Método	APPRISE (SHIP de Pennsylvania) – Información de contacto
<b>TELÉFONO</b>	1-800-783-7067
<b>CORREO POSTAL</b>	APPRISE, Commonwealth of Pennsylvania Department of Aging, 555 Walnut Street, 5th Floor, Harrisburg, PA 17101-1919
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.aging.pa.gov">www.aging.pa.gov</a>

### SECCIÓN 4 Organización de Mejora de la Calidad (pagada por Medicare para verificar la calidad de la atención para las personas que tienen Medicare)

Cada estado tiene una Organización de Mejora de la Calidad designada para brindar servicios a los beneficiarios de Medicare de cada estado. En Pennsylvania, la Organización de Mejora de la Calidad se llama Livanta.



Livanta tiene un grupo de médicos y otros profesionales del cuidado de la salud a quienes paga el Gobierno Federal. Medicare paga a esta organización para que verifique la calidad de la atención para las personas que tienen Medicare y ayude a mejorarla. Livanta es una organización independiente. No está vinculada con nuestro plan.

Debe comunicarse con Livanta en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Si tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió.
- Si cree que su cobertura para una hospitalización terminará demasiado pronto.
- Si cree que su cobertura para cuidados de la salud en el hogar, cuidados en un centro de cuidados especiales o servicios en un centro de rehabilitación ambulatoria integral (CORF, por sus siglas en inglés) terminará demasiado pronto.

Método	Livanta (Organización de Mejora de la Calidad de Pennsylvania) – Información de contacto
<b>TELÉFONO</b>	1-888-396-4646 El horario de atención es de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m.; hay un servicio de correo de voz disponible las 24 horas
<b>TTY</b>	1-888-985-2660 Este número requiere un equipo telefónico especial y es únicamente para personas que tienen dificultades de la audición o del habla.
<b>CORREO POSTAL</b>	Livanta, BFCC-QIO Program, 10820 Guilford Rd., Suite 202, Annapolis Junction, MD 20701
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.livantaqio.com">www.livantaqio.com</a>

## SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y de manejar la inscripción en Medicare. Los ciudadanos y residentes permanentes legales de los Estados Unidos de 65 años en adelante, los que tienen una discapacidad o los que tienen enfermedad renal terminal y cumplen con determinadas condiciones reúnen los requisitos para Medicare. Si ya recibe cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no recibe cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. El Seguro Social se ocupa del proceso de inscripción en Medicare. Para solicitar la inscripción en Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar su oficina local del Seguro Social.

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

Método	Seguro Social – Información de contacto
<b>TELÉFONO</b>	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. Puede usar los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y resolver algunas cuestiones las 24 horas del día.
<b>TTY</b>	1-800-325-0778 Este número requiere un equipo telefónico especial y es únicamente para personas que tienen dificultades de la audición o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m.
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a>

## SECCIÓN 6 Medicaid

(un programa federal y estatal conjunto que ayuda a algunas personas con recursos e ingresos limitados a pagar sus costos médicos)

Medicaid es un programa gubernamental federal y estatal conjunto que ayuda a determinadas personas con recursos e ingresos limitados a pagar sus costos médicos. Algunas personas que tienen Medicare también reúnen los requisitos para obtener Medicaid.

Además, hay programas que se ofrecen a través de Medicaid que ayudan a las personas que tienen Medicare a pagar sus costos de Medicare, como sus primas de Medicare. Estos “Programas de ahorros de Medicare” ayudan a las personas con recursos e ingresos limitados a ahorrar dinero todos los años:

- **Beneficiario de Medicare calificado (QMB, por sus siglas en inglés):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y de la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunas personas con QMB también reúnen los requisitos para obtener beneficios completos de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario de Medicare especificado con ingresos bajos (SLMB, por sus siglas en inglés):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también reúnen los requisitos para obtener beneficios completos de Medicaid [SLMB+]).
- **Persona calificada (QI, por sus siglas en inglés):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Personas con discapacidades que están trabajando calificadas (QDWI, por sus siglas en inglés):** Ayudan a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con el Departamento de Servicios Humanos de Pennsylvania.

Método	Departamento de Servicios Humanos de Pennsylvania – Información de contacto
<b>TELÉFONO</b>	1-800-692-7462 El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 4:45 p.m.
<b>CORREO POSTAL</b>	Pennsylvania Department of Human Services, Office of Medical Assistance Programs, P.O. Box 2675, Harrisburg, PA 17105-2675
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.dhs.pa.gov/">http://www.dhs.pa.gov/</a>

## SECCIÓN 7 Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación Ferroviaria

La Junta de Jubilación Ferroviaria es una agencia federal independiente que administra programas de beneficios integrales para los trabajadores ferroviarios del país y sus familias. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de la Junta de Jubilación Ferroviaria, comuníquese con la agencia.

Si recibe Medicare a través de la Junta de Jubilación Ferroviaria, es importante que les informe si se muda o cambia su dirección postal.

Método	Junta de Jubilación Ferroviaria – Información de contacto
<b>TELÉFONO</b>	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona “0”, podrá hablar con un representante de la Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB, por sus siglas en inglés), de 9:00 a.m. a 3:30 p.m., los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 a.m. a 12:00 p.m. los miércoles. Si presiona “1”, podrá acceder a la línea de ayuda automatizada de la RRB e información grabada las 24 horas del día, incluso los fines de semana y días festivos.
<b>TTY</b>	1-312-751-4701 Este número requiere un equipo telefónico especial y es únicamente para personas que tienen dificultades de la audición o del habla. Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://rrb.gov/">rrb.gov/</a>

---

**SECCIÓN 8 ¿Tiene un “seguro colectivo” u otro seguro de salud de un empleador?**

---

Si usted (o su cónyuge) recibe beneficios de un seguro colectivo de jubilados o de su empleador (o el de su cónyuge) como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios del empleador o del sindicato, o a Servicio al Cliente si tiene alguna pregunta. Puede hacer preguntas sobre el período de inscripción, las primas o los beneficios de salud que ofrece el seguro de jubilados o de su empleador (o el de su cónyuge). (Los números de teléfono de Servicio al Cliente están impresos en la contratapa de este cuadernillo). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare en virtud de este plan.

# CAPÍTULO 3

*Cómo usar la cobertura del plan  
para sus servicios médicos*

**Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos**

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Cosas que necesita saber al obtener su atención médica cubierta como miembro de nuestro plan.....</b>	<b>20</b>
Sección 1.1	¿Qué son los “proveedores de la red” y los “servicios cubiertos”? .....	20
Sección 1.2	Reglas básicas para obtener su atención médica cubierta por el plan.....	20
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>Use proveedores de la red del plan para recibir atención médica.....</b>	<b>21</b>
Sección 2.1	Debe elegir un proveedor de cuidado primario (PCP) para que le brinde atención médica y la supervise.....	21
Sección 2.2	¿Qué tipos de atención médica puede recibir sin obtener aprobación por anticipado de su PCP? .....	21
Sección 2.3	Cómo obtener servicios de cuidado de la salud de especialistas y de otros proveedores de la red.....	22
Sección 2.4	Cómo atenderse con proveedores fuera de la red .....	22
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>Cómo recibir servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o necesita cuidados de urgencia o durante una catástrofe .....</b>	<b>22</b>
Sección 3.1	Cómo obtener servicios de cuidado de la salud si tiene una emergencia médica .....	22
Sección 3.2	Cómo obtener servicios de cuidado de la salud cuando necesita servicios de urgencia .....	23
Sección 3.3	Cómo obtener servicios de cuidado de la salud durante una catástrofe .....	24
<b>SECCIÓN 4</b>	<b>¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de sus servicios cubiertos? .....</b>	<b>24</b>
Sección 4.1	Puede pedirnos que pagemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos .....	24
Sección 4.2	Si nuestro plan no cubre los servicios, usted debe pagar el costo total .....	24
<b>SECCIÓN 5</b>	<b>¿Cómo se cubren sus servicios médicos si es parte de un “estudio de investigación clínica”? .....</b>	<b>24</b>
Sección 5.1	¿Qué es un “estudio de investigación clínica”? .....	24
Sección 5.2	Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga qué? .....	25
<b>SECCIÓN 6</b>	<b>Reglas para recibir servicios de cuidado de la salud cubiertos en una “institución religiosa de cuidados de la salud no médicos”.....</b>	<b>26</b>
Sección 6.1	¿Qué es una institución religiosa de cuidados de la salud no médicos?.....	26
Sección 6.2	Cómo recibir servicios de cuidado de la salud en una institución religiosa de cuidados de la salud no médicos.....	26
<b>SECCIÓN 7</b>	<b>Reglas de propiedad de equipos médicos duraderos .....</b>	<b>26</b>
Sección 7.1	¿Será usted dueño del equipo médico duradero después de hacer una determinada cantidad de pagos en virtud del plan?.....	26
<b>SECCIÓN 8</b>	<b>Reglas para los equipos de oxígeno, los suministros y el mantenimiento .....</b>	<b>27</b>
Sección 8.1	¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?.....	27
Sección 8.2	¿Cuál es su costo compartido? ¿Cambiará después de 36 meses? .....	27
Sección 8.3	¿Qué sucede si abandona su plan y regresa a Original Medicare? .....	27

**SECCIÓN 1 Cosas que necesita saber al obtener su atención médica cubierta como miembro de nuestro plan**

Este capítulo explica lo que necesita saber al usar el plan para obtener su atención médica cubierta. Le brinda definiciones de términos y explica las reglas que necesitará seguir para obtener los tratamientos médicos, los servicios y otra atención médica que están cubiertos por el plan.

Para conocer los detalles acerca de la atención médica cubierta por nuestro plan y cuánto debe pagar usted al recibir esta atención, use el cuadro de beneficios que aparece en el siguiente capítulo, el Capítulo 4 (*Cuadro de beneficios médicos, lo que está cubierto y lo que usted paga*).

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

A continuación se brindan algunas definiciones que pueden ayudarle a comprender la manera en que recibe la atención y los servicios cubiertos como miembro de nuestro plan:

- Los **“proveedores”** son médicos y otros profesionales del cuidado de la salud con licencia del estado para brindar atención y servicios médicos. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de cuidado de la salud.
- Los **“proveedores de la red”** son los médicos y otros profesionales de cuidado de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de cuidado de la salud que tienen un contrato con nosotros para aceptar nuestro pago y la cantidad de su costo compartido como pago total. Hemos acordado que estos proveedores proporcionen los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan directamente por la atención que le brindan. Al atenderse con un proveedor de la red, pagará solo su parte del costo por sus servicios.
- Los **“servicios cubiertos”** incluyen toda la atención médica, los servicios de cuidado de la salud, los suministros y los equipos cubiertos por nuestro plan. Sus servicios cubiertos para la atención médica se detallan en el cuadro de beneficios del Capítulo 4.

**Sección 1.2 Reglas básicas para obtener su atención médica cubierta por el plan**

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

Nuestro plan generalmente cubrirá su atención médica, siempre que se cumplan las siguientes condiciones:

- **La atención que usted recibe está incluida en el Cuadro de beneficios médicos del plan** (este cuadro está en el Capítulo 4 de este cuadernillo).
- **La atención que usted recibe se considera médicamente necesaria.** “Médicamente necesario” significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica, y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- **Usted tiene un proveedor de cuidado primario (un PCP) que está brindando y supervisando su atención.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP de la red (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
- **Debe recibir la atención de un proveedor de la red** (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no es parte de la red de nuestro plan). *A continuación, se establecen tres excepciones:*
  - El plan cubre servicios de emergencia o de urgencia que usted reciba de proveedores fuera de la red. Para obtener más información sobre este tema y para saber qué significa atención de emergencia o servicios de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
  - Si necesita atención médica que Medicare requiere que nuestro plan cubra, y los proveedores de nuestra red no pueden proporcionarla, puede obtener esta atención a través de un proveedor fuera de la red. Debe obtener autorización del plan antes de recibir atención. En esta situación, pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red. Para obtener información sobre cómo obtener aprobación para consultar a un médico fuera de la red, lea la Sección 2.4 de este capítulo.
  - El plan cubre los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan.

**SECCIÓN 2 Use proveedores de la red del plan para recibir atención médica****Sección 2.1 Debe elegir un proveedor de cuidado primario (PCP) para que le brinde atención médica y la supervise****¿Qué es un “PCP” y qué hace por usted?**

Cuando usted se convierte en miembro de nuestro plan, debe elegir un proveedor del plan para que sea su médico de cuidado primario (PCP). Su PCP es un médico cuya especialidad es la Medicina Familiar, la Medicina Interna, la Medicina General, la Geriátrica o la Pediatría, que cumple con los requisitos estatales y que está capacitado para brindarle atención médica básica. Como se explica más adelante, usted obtendrá sus servicios de cuidado de la salud básicos o rutinarios por medio de su PCP. Su PCP se encargará también de “coordinar” el resto de los servicios cubiertos que usted reciba como miembro de nuestro plan. Su PCP le proporcionará la mayor parte de sus servicios de cuidado de la salud y le ayudará a organizar o coordinar el resto de los servicios que reciba como miembro de nuestro plan. Esto incluye sus radiografías, análisis de laboratorio, terapias, el cuidado de médicos especialistas, admisiones hospitalarias y el cuidado de seguimiento. La “coordinación” de sus servicios incluye revisar o consultar con otros proveedores del plan los asuntos relacionados con sus servicios de cuidado de la salud y su funcionamiento. En algunos casos, su PCP deberá obtener nuestra autorización previa (aprobación previa). Debido a que su PCP le proporcionará y coordinará toda su atención médica, es necesario que envíe todos sus registros médicos anteriores al consultorio de su PCP. En el Capítulo 6, se le informa cómo protegeremos la privacidad de sus registros médicos y de la información sobre su salud personal.

**¿Cómo elige su PCP?**

Usted elige un médico de cuidado primario de su *Directorio de proveedores y farmacias*, y llama a Servicio al Cliente para informar su elección. El directorio se actualiza continuamente; por lo tanto, comuníquese con Servicio al Cliente para asegurarse de que el proveedor acepte pacientes nuevos. Llame a Servicio al Cliente para que le ayuden a encontrar un médico que se ajuste a sus necesidades. Servicio al Cliente también puede ayudarle a verificar si un proveedor pertenece a nuestra red de médicos. Si desea usar un especialista o un hospital en particular, consulte primero para asegurarse de que el especialista o el hospital estén en la red de su plan. El nombre y el número de teléfono del consultorio de su PCP están impresos en su tarjeta de membresía.

**Cómo cambiar de PCP**

Usted puede cambiar su PCP por cualquier motivo en cualquier momento. También es posible que su PCP deje la red de proveedores de nuestro plan y que usted tenga que buscar un PCP nuevo. Consulte la Sección 2.3 de este capítulo para obtener más detalles.

El cambio entrará en vigor el primer día del mes siguiente. Para cambiar de PCP, llame a Servicio al Cliente. Servicio al Cliente le confirmará si el PCP al que usted desea cambiarse acepta pacientes nuevos. Cambiaremos su registro de membresía para que incluya al nuevo PCP y le confirmaremos cuándo entrará en vigor el cambio a su nuevo PCP. Recibirá una tarjeta de membresía nueva con el nombre y el número de teléfono de su PCP nuevo.

**Sección 2.2 ¿Qué tipos de atención médica puede recibir sin obtener aprobación por anticipado de su PCP?**

Puede obtener servicios como los que se enumeran a continuación sin obtener aprobación por anticipado de su PCP.

- Cuidados de salud de rutina para mujeres, que incluyen exámenes de los senos, mamografías de detección (radiografías de los senos), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre que los reciba a través de un proveedor de la red.
- Vacunas contra la gripe, vacunas contra la hepatitis B y vacunas contra la neumonía, siempre que se las aplique un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red.
- Servicios de urgencia de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no se puede tener acceso a ellos en forma temporal (por ejemplo, cuando usted se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan).
- Servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan. (Si es posible, llame a Servicio al Cliente antes de dejar el área de servicio para que podamos ayudar a coordinar que reciba diálisis de mantenimiento mientras se encuentra fuera del área. Los números de teléfono de Servicio al Cliente están impresos en la contratapa de este cuadernillo).



**Sección 2.3 Cómo obtener servicios de cuidado de la salud de especialistas y de otros proveedores de la red**

Un especialista es un médico que proporciona servicios de cuidado de la salud para una enfermedad o una parte del cuerpo específica. Hay muchos tipos de especialistas. A continuación, se brindan algunos ejemplos:

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

Al elegir un PCP, también podría estar eligiendo toda una red (un grupo específico de proveedores del plan) de especialistas y hospitales a los cuales le referirá su PCP. Si desea usar especialistas u hospitales específicos, debe averiguar si están en la red de su plan. Llame a Servicio al Cliente para obtener detalles acerca de los especialistas y hospitales que usted puede usar.

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

Es importante que sepa que es posible que hagamos cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Existen varios motivos por los cuales su proveedor puede irse de su plan; pero si su médico o especialista efectivamente se van de su plan, usted tiene determinados derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque nuestra red de proveedores cambie durante el año, Medicare exige que le garanticemos un acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos todo lo que esté a nuestro alcance para notificarle que su proveedor dejará de pertenecer a nuestro plan con una anticipación de al menos 30 días, para que usted tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor.
- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado para que siga manejando sus necesidades de cuidado de la salud.
- Si usted se está realizando un tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que se esté realizando. Nosotros trabajaremos con usted para asegurarnos de que así sea.
- Si usted cree que no le hemos ofrecido un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención médica no se está manejando adecuadamente, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista se irá de su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a encontrar un nuevo proveedor para manejar sus necesidades de cuidado de la salud.

Para recibir asistencia, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo), y ellos podrán ayudarle a elegir un nuevo proveedor en su área. También puede buscar en su *Directorio de proveedores y farmacias* para obtener un listado de todos los proveedores de la red en su área, o visitar nuestro sitio web [www.cignamedicare.com](http://www.cignamedicare.com) para acceder a la versión más actualizada del *Directorio de proveedores y farmacias*. Una vez que elija un proveedor en su área, puede llamar a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo) y brindarles esta información.

**Sección 2.4 Cómo atenderse con proveedores fuera de la red**

Para los servicios cubiertos por Medicare, si necesita servicios especializados que no están disponibles a través de un proveedor de nuestra red, comuníquese con su médico de cuidado primario (PCP) para la autorización y coordinación de cuidados. Los miembros tienen derecho a recibir los servicios a través de proveedores fuera de la red para servicios de emergencia o servicios de urgencia fuera del área. Los servicios de diálisis están cubiertos para miembros con ESRD que hayan viajado fuera del área de servicio del plan y no puedan acceder a proveedores contratados especializados en ESRD.

**SECCIÓN 3 Cómo recibir servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o necesita cuidados de urgencia o durante una catástrofe****Sección 3.1 Cómo obtener servicios de cuidado de la salud si tiene una emergencia médica****¿Qué es una “emergencia médica” y qué debe hacer en caso de emergencia médica?**

Existe una “**emergencia médica**” cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que usted tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida, de una extremidad o de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:



- **Pida ayuda lo más rápido que pueda.** Llame al 911 para recibir ayuda o vaya a la sala de emergencias o al hospital más cercanos. Llame una ambulancia si la necesita. *No* es necesario que obtenga previamente la aprobación o referencia de su PCP.
- **Asegúrese de que se informe su emergencia a nuestro plan lo antes posible.** Debemos realizar un seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona deben llamar para informarnos sobre su atención de emergencia, habitualmente, dentro de las 48 horas. Llame a Servicio al Cliente al número gratuito que aparece en la parte de atrás de su tarjeta de membresía. Del 1 de octubre al 31 de marzo, el horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local. Se usa un servicio de mensajes los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Además, debe llamar a su PCP. El número de teléfono de su PCP aparece en la parte de adelante de su tarjeta de membresía.

### ¿Qué cubre el plan si usted tiene una emergencia médica?

Usted puede recibir atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite en cualquier lugar de los Estados Unidos o de sus territorios. Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones en las que llegar a la sala de emergencias de otra forma podría poner en peligro su salud. Para obtener más información, consulte el Cuadro de beneficios médicos que se encuentra en el Capítulo 4 de este cuadernillo.

Su plan cubre las emergencias fuera del país. Para obtener más información, consulte el Cuadro de beneficios médicos que se encuentra en el Capítulo 4 de este cuadernillo.

Si tiene una emergencia, hablaremos con los médicos que le están brindando la atención de emergencia para ayudar con la administración y el seguimiento de su atención. Los médicos que le estén brindando atención de emergencia determinarán cuándo su afección está estable y ha finalizado la emergencia médica.

Una vez finalizada la emergencia, usted tiene derecho a recibir cuidados de seguimiento para asegurarse de que su afección se mantenga estable. Nuestro plan cubrirá sus cuidados de seguimiento. Si la atención de su emergencia es proporcionada por proveedores fuera de la red, intentaremos coordinar que proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su situación médica y las circunstancias lo permitan.

### ¿Qué sucedería si no fuera una emergencia médica?

A veces, puede ser difícil saber si se trata de una emergencia médica. Por ejemplo, usted podría solicitar atención de emergencia porque piensa que su salud está en grave peligro y tal vez el médico le diga que, en realidad, no se trataba de una emergencia médica. Si finalmente no se trataba de una emergencia, siempre que usted haya pensado razonablemente que su salud estaba en peligro, cubriremos los cuidados que reciba.

Sin embargo, una vez que el médico haya dicho que *no* se trataba de una emergencia, cubriremos los cuidados adicionales *únicamente* si los recibe en una de las siguientes dos formas:

- usted consulta a un proveedor de la red para obtener esos cuidados adicionales;
- *–o bien–* los cuidados adicionales que recibe se consideran “servicios de urgencia”, y usted sigue las reglas para recibir el servicio de urgencia (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 3.2 a continuación).

## Sección 3.2 Cómo obtener servicios de cuidado de la salud cuando necesita servicios de urgencia

### ¿Qué son los “servicios de urgencia”?

Los “servicios de urgencia” son los que se brindan para tratar una afección, una lesión o una enfermedad médica imprevista, que no es de emergencia y requiere atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser proporcionados por proveedores de la red o proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no se puede tener acceso a ellos en forma temporal. La afección imprevista podría ser, por ejemplo, un brote imprevisto de una afección conocida que usted tenga.

### ¿Qué sucede si está en el área de servicio del plan cuando necesita cuidados de urgencia?

Siempre debe tratar de obtener los servicios de urgencia a través de proveedores de la red. Sin embargo, si los proveedores no están disponibles o no se puede tener acceso a ellos en forma temporal, y no es razonable esperar a atenderse con su proveedor de la red cuando esté disponible, cubriremos los servicios de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red.

Para obtener una lista de los centros de cuidado de urgencia de nuestra red, consulte nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*. Puede llamar a Servicio al Cliente para obtener información sobre cómo acceder a centros de cuidado de urgencia. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente están impresos en la contratapa de este cuadernillo).

### **¿Qué sucede si está fuera del área de servicio del plan cuando necesita cuidados de urgencia?**

Si está fuera del área de servicio y no puede atenderse con un proveedor de la red, nuestro plan cubrirá los servicios de urgencia que usted reciba de cualquier proveedor.

Nuestro plan cubre servicios de emergencia y de urgencia fuera de los Estados Unidos y en todo el mundo en las siguientes circunstancias descritas en los beneficios de Servicios de emergencia y de urgencia detallados en el Cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este cuadernillo.

#### **Sección 3.3 Cómo obtener servicios de cuidado de la salud durante una catástrofe**

Si el gobernador de su estado, el secretario de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. o el presidente de los Estados Unidos declara un estado de catástrofe o de emergencia en su área geográfica, de todos modos tendrá derecho a recibir servicios de cuidado de la salud de su plan.

Visite el sitio web [www.cigna.com/medicare/disaster-policy](http://www.cigna.com/medicare/disaster-policy) para obtener información sobre cómo recibir los servicios de cuidado de la salud necesarios durante una catástrofe.

Por lo general, si no puede usar un proveedor de la red durante una catástrofe, su plan le permitirá atenderse con proveedores fuera de la red con un costo compartido al nivel dentro de la red.

### **SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de sus servicios cubiertos?**

#### **Sección 4.1 Puede pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos**

Si pagó una parte de los servicios cubiertos superior a la que le corresponde o si recibió una factura por el costo total de servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 5 (*Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos cubiertos*) para obtener información sobre lo que debe hacer.

#### **Sección 4.2 Si nuestro plan no cubre los servicios, usted debe pagar el costo total**

Nuestro plan cubre todos los servicios médicos que sean médicamente necesarios. Estos servicios están incluidos en el Cuadro de beneficios médicos del plan (este cuadro se encuentra en el Capítulo 4 de este cuadernillo) y se obtienen de conformidad con las reglas del plan. Usted es responsable de pagar el costo total de los servicios que nuestro plan no cubra, ya sea porque el plan no cubre esos servicios o porque se obtuvieron fuera de la red y no estaban autorizados.

Si tiene alguna pregunta respecto de si pagaremos algún tipo de atención médica o servicio médico que está considerando, tiene derecho a preguntarnos si lo cubriremos antes de recibirlo. También tiene derecho a pedirnos esto por escrito. Si le informamos que no cubriremos sus servicios, usted tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir sus servicios de cuidado de la salud.

El Capítulo 7 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*) contiene más información sobre lo que debe hacer si desea solicitarnos una decisión de cobertura o apelar una decisión que ya tomamos. También puede llamar a Servicio al Cliente para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo).

En el caso de servicios cubiertos que tengan un límite de beneficios, usted paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de haber agotado su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Por ejemplo, es posible que deba pagar el costo total de los cuidados recibidos en un centro de cuidados especiales después de que el pago de nuestro plan alcance el límite de beneficios. Una vez que haya agotado su límite de beneficios, los pagos adicionales que haga por el servicio no se computan para su desembolso máximo anual. Cuando desee averiguar qué cantidad de beneficios utilizó respecto de su límite, puede llamar a Servicio al Cliente.

### **SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren sus servicios médicos si es parte de un “estudio de investigación clínica”?**

#### **Sección 5.1 ¿Qué es un “estudio de investigación clínica”?**

Un estudio de investigación clínica (también llamado “ensayo clínico”) es una vía que médicos y científicos utilizan para probar nuevos tipos de atención médica, como por ejemplo, para determinar la eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer. Prueban nuevos medicamentos o procedimientos médicos pidiendo voluntarios que colaboren con el estudio. Este tipo de estudio

es una de las etapas finales de un proceso de investigación que ayuda a médicos y científicos a verificar si este nuevo enfoque resulta eficaz y seguro.

No todos los estudios de investigación clínica están abiertos a miembros de nuestro plan. En primer lugar, Medicare debe aprobar el estudio de investigación. Si participa en un estudio que Medicare *no* aprobó, *usted será responsable de pagar todos los costos de su participación en el estudio.*

Una vez que Medicare lo apruebe, una persona que trabaje en el estudio se pondrá en contacto con usted para brindarle más detalles y verificar si reúne los requisitos establecidos por los científicos a cargo del estudio. Puede participar en el estudio siempre que reúna sus requisitos y comprenda y acepte plenamente lo que implica su participación.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayoría de los costos de los servicios cubiertos que usted reciba como parte del estudio. Si es parte de un estudio de investigación clínica, puede mantenerse inscrito en nuestro plan y continuar obteniendo el resto de los cuidados (los cuidados que no estén relacionados con el estudio) a través de nuestro plan.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* es necesario que reciba nuestra aprobación ni la de su PCP. *No* es necesario que los proveedores que le atiendan como parte del estudio de investigación clínica sean parte de la red de proveedores de nuestro plan.

Si bien no es necesario que obtenga el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, **sí debe informarnos antes de comenzar a participar en un estudio de este tipo.**

Si piensa participar en un estudio de investigación clínica, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo) para informarles que participará en un estudio clínico y para obtener detalles más específicos acerca de lo que pagará su plan.

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

Si participa en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, tiene cobertura para artículos y servicios de rutina que reciba como parte del estudio, tales como:

- Habitación y comida para una estadía en el hospital que Medicare pagaría incluso si usted no estuviera en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si es parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de efectos secundarios y complicaciones del nuevo servicio de cuidado de la salud.

Original Medicare paga la mayor parte del costo de los servicios cubiertos que usted reciba como parte del estudio. Después de que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan también pagará parte de los costos. Pagaremos la diferencia entre el costo compartido en Original Medicare y su costo compartido como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará la misma cantidad por los servicios que reciba como parte del estudio que la que pagaría si recibiera estos servicios a través de nuestro plan.

*A continuación, proporcionamos un ejemplo de cómo funciona el costo compartido:* Supongamos que le hacen un análisis de laboratorio que cuesta \$100 como parte del estudio de investigación. Supongamos también que su parte de los costos de este análisis es de \$20 en virtud de Original Medicare, pero el análisis costaría \$10 en virtud de los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría \$80 por el análisis, y nosotros pagaríamos otros \$10. Esto significa que usted pagaría \$10, que es lo mismo que pagaría en virtud de los beneficios de nuestro plan.

Para que nosotros paguemos nuestra parte de los costos, deberá enviar una solicitud de pago. Con su solicitud, deberá enviarnos una copia de sus Notificaciones de resúmenes de Medicare u otra documentación que muestre los servicios que recibió como parte del estudio y cuánto adeuda. Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre cómo enviar solicitudes de pago.

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

- Generalmente, Medicare *no* pagará el nuevo artículo o servicio que el estudio está probando, con la excepción de aquellos artículos o servicios que Medicare hubiera cubierto incluso si usted *no* estuviera en un estudio.
- Artículos y servicios que el estudio le da a usted o a cualquier participante en forma gratuita.
- Artículos o servicios que se proporcionan únicamente para recopilar datos y que no se utilizan directamente en el cuidado de su salud. Por ejemplo, Medicare no pagaría tomografías computarizadas mensuales que se hagan como parte del estudio si su afección médica normalmente requeriría solo una tomografía computarizada.

**¿Desea obtener más información?**

Puede obtener más información sobre la participación en un estudio de investigación clínica leyendo la publicación “Medicare y pruebas clínicas” en el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

---

**SECCIÓN 6 Reglas para recibir servicios de cuidado de la salud cubiertos en una “institución religiosa de cuidados de la salud no médicos”**


---

**Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa de cuidados de la salud no médicos?**

Las instituciones religiosas de cuidados de la salud no médicos son centros que brindan servicios de cuidado de la salud para afecciones que, comúnmente, se tratarían en un hospital o un centro de cuidados especiales. Si atenderse en un hospital o un centro de cuidados especiales va en contra de las creencias religiosas del miembro, en lugar de eso, brindaremos cobertura para atenderse en una institución religiosa de cuidados de la salud no médicos. Puede elegir obtener atención médica en cualquier momento y por cualquier motivo. Este beneficio se brinda únicamente para servicios para pacientes internados de la Parte A (servicios de cuidado de la salud no médicos). Medicare pagará únicamente los servicios de cuidado de la salud no médicos prestados por instituciones religiosas de cuidados de la salud no médicos.

**Sección 6.2 Cómo recibir servicios de cuidado de la salud en una institución religiosa de cuidados de la salud no médicos**

Para atenderse en una institución religiosa de cuidados de la salud no médicos, debe firmar un documento legal que afirme que usted se opone conscientemente a recibir tratamiento médico que es “no obligatorio”.

- Los tratamientos o la atención médica “no obligatorios” son cualquier atención médica o tratamiento que son *voluntarios* y *no se requieren* en virtud de una ley federal, estatal ni local.
- Los tratamientos médicos “obligatorios” son tratamientos o atención médica que usted recibe que *no* son voluntarios o que *se requieren* en virtud de una ley federal, estatal o local.

Para que nuestro plan brinde cobertura, los servicios de cuidado de la salud que reciba de una institución religiosa de cuidados de la salud no médicos deben cumplir con las siguientes condiciones:

- El centro que brinda los servicios de cuidado de la salud debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de nuestro plan de servicios que usted reciba debe limitarse a los aspectos *no religiosos* del cuidado.
- Si recibe servicios de esta institución que se le brindan en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
  - debe tener una afección médica que le permitiría recibir servicios cubiertos de atención hospitalaria para pacientes internados o en un centro de cuidados especiales;
  - –y– debe recibir aprobación por anticipado de nuestro plan antes de que se le admita en el centro, o su estadía no se cubrirá.

Se aplican los límites de la cobertura hospitalaria para pacientes internados de Medicare (consulte el Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4).

---

**SECCIÓN 7 Reglas de propiedad de equipos médicos duraderos**


---

**Sección 7.1 ¿Será usted dueño del equipo médico duradero después de hacer una determinada cantidad de pagos en virtud del plan?**

Los equipos médicos duraderos (DME) incluyen equipos de oxígeno y suministros, sillas de ruedas, andadores, sistemas con colchón eléctrico, muletas, suministros para la diabetes, dispositivos de generación de voz, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital indicadas por un proveedor para su uso en el hogar. El miembro siempre será dueño de determinados artículos, como las prótesis. En esta sección, analizamos otros tipos de DME que se deben rentar.

En Original Medicare, las personas que rentan determinados tipos de DME son dueñas del equipo después de pagar copagos por el artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de nuestro plan, generalmente, usted no adquirirá la propiedad de los DME rentados, independientemente de cuántos copagos haya abonado por el equipo mientras era miembro de nuestro plan. En determinadas circunstancias limitadas, le transferiremos la propiedad del DME. Llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo) para obtener información sobre los requisitos que debe reunir y la documentación que debe proporcionar.

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

Si no adquirió la propiedad del DME mientras estaba en nuestro plan, tendrá que hacer otros 13 pagos consecutivos después de cambiar a Original Medicare para adquirir el DME. Los pagos realizados mientras era parte de nuestro plan no se computarán para estos 13 pagos consecutivos.

Si realizó menos de 13 pagos por el DME en virtud de Original Medicare *antes* de afiliarse a nuestro plan, estos pagos previos tampoco se computarán para los 13 pagos consecutivos. Tendrá que hacer otros 13 pagos consecutivos después de regresar a Original Medicare para adquirir el DME. No hay excepciones a este caso cuando usted regresa a Original Medicare.

## SECCIÓN 8 Reglas para los equipos de oxígeno, los suministros y el mantenimiento

### Sección 8.1 ¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si usted reúne los requisitos para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare, durante el tiempo que esté inscrito, nuestro plan cubrirá lo siguiente:

- Alquiler de equipos de oxígeno
- Administración de oxígeno y contenidos de oxígeno
- Tubos y accesorios relacionados con la administración de oxígeno y contenidos de oxígeno
- Mantenimiento y reparación de equipos de oxígeno

Si abandona nuestro plan o los equipos de oxígeno dejan de ser médicamente necesarios, los equipos de oxígeno deberán devolverse al propietario.

### Sección 8.2 ¿Cuál es su costo compartido? ¿Cambiará después de 36 meses?

Su costo compartido para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare es la cantidad del coseguro o copago que se indique para los equipos médicos duraderos (DME) en el Cuadro de beneficios médicos que aparece en el Capítulo 4, cada mes que usted necesite equipos de oxígeno mientras esté inscrito en nuestro plan.

Si antes de inscribirse en nuestro plan ha pagado 36 meses de alquiler para la cobertura de equipos de oxígeno, su costo compartido en nuestro plan es la cantidad del coseguro o copago que se indique para los equipos médicos duraderos (DME) en el Cuadro de beneficios médicos que aparece en el Capítulo 4, cada mes que usted necesite equipos de oxígeno mientras esté inscrito en nuestro plan.

### Sección 8.3 ¿Qué sucede si abandona su plan y regresa a Original Medicare?

Si regresa a Original Medicare, comenzará un nuevo ciclo de 36 meses que se renueva cada cinco años. Por ejemplo, si había pagado 36 meses de alquiler por los equipos de oxígeno antes de inscribirse en nuestro plan, se inscribe en nuestro plan durante 12 meses y luego regresa a Original Medicare, pagará todo el costo compartido por la cobertura de los equipos de oxígeno.

De modo similar, si realizó pagos durante 36 meses mientras estaba inscrito en nuestro plan y luego regresa a Original Medicare, pagará todo el costo compartido por la cobertura de los equipos de oxígeno.

# CAPÍTULO 4

*Cuadro de beneficios médicos  
(lo que está cubierto y  
lo que usted paga)*



**Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Explicación de sus costos de desembolso por servicios cubiertos .....</b>	<b>30</b>
Sección 1.1	Tipos de costos de desembolso que usted podría pagar por sus servicios cubiertos.....	30
Sección 1.2	¿Cuál es la cantidad máxima que pagará por servicios médicos cubiertos de la Parte A y de la Parte B de Medicare? .....	30
Sección 1.3	Nuestro plan no permite que los proveedores le “facturen el saldo” .....	30
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>Use el <i>Cuadro de beneficios médicos</i> para averiguar qué cobertura brinda el plan en su caso y cuánto deberá pagar.....</b>	<b>31</b>
Sección 2.1	Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan.....	31
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>¿Qué servicios no cubre el plan? .....</b>	<b>63</b>
Sección 3.1	Servicios que <i>no</i> cubrimos (exclusiones).....	63

**SECCIÓN 1 Explicación de sus costos de desembolso por servicios cubiertos**

En este capítulo, se analizan los servicios cubiertos y lo que usted paga por sus beneficios médicos. Incluye un Cuadro de beneficios médicos que enumera los servicios cubiertos y muestra cuánto pagará usted por cada servicio cubierto como miembro de nuestro plan. Más adelante en este capítulo, podrá encontrar información sobre servicios médicos que no están cubiertos. También se explican los límites sobre determinados servicios.

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

Para entender la información de pagos que incluimos en este capítulo, deberá conocer los tipos de costos de desembolso que podría pagar por sus servicios cubiertos.

- **“Copago”** es la cantidad fija que usted paga cada vez que recibe determinados servicios médicos. Usted paga un copago cuando recibe el servicio médico. (El Cuadro de beneficios médicos de la Sección 2 le brinda más información sobre sus copagos).
- **“Coseguro”** es el porcentaje que usted paga del costo total de determinados servicios médicos. Usted paga un coseguro cuando recibe el servicio médico. (El Cuadro de beneficios médicos de la Sección 2 le brinda más información sobre su coseguro).

La mayoría de las personas que reúnen los requisitos para la cobertura de Medicaid o del programa Beneficiario de Medicare calificado (QMB) nunca deben pagar deducibles, copagos ni coseguros. Asegúrese de mostrarle su comprobante de elegibilidad de Medicaid o QMB a su proveedor, si corresponde. Si cree que le están pidiendo que pague y no corresponde, comuníquese con Servicio al Cliente.

**Sección 1.2 ¿Cuál es la cantidad máxima que pagará por servicios médicos cubiertos de la Parte A y de la Parte B de Medicare?**

Dado que está inscrito en un Plan Medicare Advantage, hay un límite respecto de cuál será su gasto de desembolso cada año por servicios médicos dentro de la red que estén cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare (consulte el Cuadro de beneficios médicos en la Sección 2 a continuación). Este límite se llama “cantidad máxima de desembolso por servicios médicos”.

Como miembro de nuestro plan, el gasto máximo de desembolso que deberá pagar por servicios de la Parte A y la Parte B cubiertos dentro de la red en 2021 será de \$6,900. Las cantidades que usted pague en concepto de copagos y coseguro por servicios cubiertos dentro de la red se computan para esta cantidad máxima de desembolso. Además, las cantidades que usted pague por algunos servicios no se computan para su cantidad máxima de desembolso. Estos servicios se indican en el Cuadro de beneficios médicos en cursiva. Si alcanza la cantidad máxima de desembolso de \$6,900, no deberá pagar ningún otro costo de desembolso durante el resto del año por servicios de la Parte A y la Parte B cubiertos dentro de la red. Sin embargo, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro tercero pague su prima de la Parte B por usted).

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

Como miembro de nuestro plan, una protección importante para usted es que solamente tiene que pagar su cantidad del costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores sumen otros cargos separados, lo que se llama “facturar el saldo”. Esta protección (que usted nunca pague más que su cantidad de costo compartido) se aplica incluso si nosotros le pagamos al proveedor menos de lo que este cobra por un servicio e, incluso, si hay una disputa, y no pagamos determinados cargos del proveedor.

Esta protección funciona del siguiente modo:

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad fija de dólares, por ejemplo, \$15.00), usted paga únicamente esa cantidad por cualquier servicio cubierto de un proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), usted nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor al que consulte:
  - Si recibe los servicios cubiertos a través de un proveedor de la red, paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (según se determina en el contrato celebrado entre el proveedor y el plan).
  - Si recibe los servicios cubiertos a través de un proveedor fuera de la red que participa en Medicare, paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para proveedores participantes. (Recuerde que el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red únicamente en determinadas situaciones, como cuando usted obtiene una referencia).