

2027

Manual del Miembro

Este documento corresponde a los planes de seguro médico de AmeriHealth Caritas Next individual y familiar dentro y fuera del Health Insurance Marketplace® (Mercado de Seguros Médicos).

AmeriHealth Caritas Next

A product of AmeriHealth Caritas Florida, Inc.

www.amerihealthcaritasnext.com/fl

ACFL-PY27-HB-V1



Bienvenido a AmeriHealth Caritas Next

Gracias por elegirnos como su plan de seguro médico.

Aquí, **Care Is the Heart of Our Work®**, es decir, la atención es la clave de nuestro trabajo.

Somos un plan médico basado en una misión y dedicado a atender a quienes lo necesitan. Nos complace acompañarle en su camino hacia el cuidado de la salud para que pueda llevar una vida plena.

Como miembro de nuestro plan, tiene acceso a numerosos beneficios que le ayudarán a mantenerse saludable hoy, mañana y en el futuro. Este Manual del Miembro le ayudará a comprenderlos.

Ayuda en otros idiomas y formatos

Queremos que todos los miembros conozcan y utilicen sus beneficios. Si el inglés no es su idioma principal, o tiene dificultades para escuchar, ver o hablar, podemos ayudar. Contamos con diversas opciones para ayudar a que se comunique con nosotros.

- Nuestro teléfono TTY: **711**
- Intérpretes calificados del lenguaje de señas estadounidense
- Subtitulado
- Materiales escritos en letra grande, traducidos a otro idioma o en un formato electrónico accesible

Ofrecemos servicios de interpretación y formatos alternativos sin costo.

Llame a Servicios al Miembro para pedir ayuda en su idioma o formato de preferencia.

¿Tiene preguntas? Estamos a su disposición. Comuníquese con nosotros: **www.amerihealthcaritasnext.com/fl**

Servicios al Miembro: **1-833-999-3567** (**TTY 711**), de lunes a viernes, de 8 a.m. a. 6 p.m., hora del Este



Índice

Bienvenido a AmeriHealth Caritas Next 2

Ayuda en otros idiomas y formatos 3

Comuníquese con nosotros 6

Documentos importantes del plan 8

Paquete de bienvenida 8

Documentos importantes adicionales 8

Documentos de reclamos 9

¿Qué es Next? Primeros pasos 10

Busque su tarjeta de ID de miembro en el correo 10

Cree su cuenta en el portal del miembro en línea. 10

Elija un proveedor de atención primaria (PCP). 10

Cómo conectarse 11

Cómo pagar su prima mensual 12

Preguntas frecuentes (FAQ) 14

Su guía rápida para la atención 15

Cómo elegir un proveedor de atención primaria (PCP) 16

Programa de recompensas 16

Si su proveedor deja nuestra red 16

Servicios de atención virtual (telesalud) 17

Atención de especialistas 17

Proveedores fuera de la red 17

Atención de urgencia 18

Atención en una sala de emergencias (ER) 18

Atención fuera de su área de cobertura 18

Sus beneficios 19

Resumen de los beneficios cubiertos 19

Servicios preventivos 19

Beneficios para la salud conductual 21

Programa de maternidad Bright Start® 21

Límites de los beneficios 21

Sus beneficios de farmacia 22

Cómo utilizar su formulario de medicamentos con receta 22

Herramientas del formulario de farmacia 24

Autorizaciones previas y excepciones 26

Surtido de recetas 26

Programa de medicamentos especializados 27

Insumos médicos en la escuela 27

COVID-19 27

Cómo entender sus costos 28

Reclamos y explicaciones de beneficios 28

Costos compartidos 30

La atención adecuada, en el momento adecuado 31

Administración de la atención 31

Continuación de la atención 31

Administración de la utilización 32

Autorizaciones previas 32

Cómo obtener ayuda con las decisiones del plan 33

Apelaciones 33

Quejas formales 34

Derechos y responsabilidades del miembro ... 35

Sus derechos 35

Sus responsabilidades 36

Glosario 37

Comuníquese con nosotros

Visítenos en línea. **Nuestro sitio web puede atender sus necesidades 24/7.**
www.amerihealthcaritasnext.com/fl

Tenga estos números de teléfono a mano.

Servicios al Miembro

1-833-999-3567 (TTY 711)
De lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m.

Llame cuando necesite:

- Elegir o cambiar su proveedor de atención primaria (PCP).
- Sustituir una tarjeta de ID de miembro perdida.
- Consultar sobre su prima mensual.
- Hacer preguntas, por ejemplo, sobre beneficios o servicios.

Centro de pagos

1-833-780-1403
Las 24 horas del día, los siete días de la semana

Equipo de Alcance y Respuesta Rápida

1-833-435-7708 (TTY 711)
De lunes a jueves, de 8 a.m. a 7 p.m.
Viernes, de 8 a.m. a 5:30 p.m.

Utilícelo para la coordinación de la atención médica y solicitudes urgentes.

988 Suicide & Crisis Lifeline (Línea de Prevención del Suicidio y Crisis)

988

Servicios de Farmacia al Miembro

1-833-981-7967 (TTY 711)
De lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m.

Atención virtual 24/7

1-877-771-6101 (TTY 1-800-770-5531)
Las 24 horas del día, los siete días de la semana
Utilícelo para la atención médica que no sea de emergencia.

Llame al **911** en caso de emergencia.

Resolución de quejas formales a nivel estatal

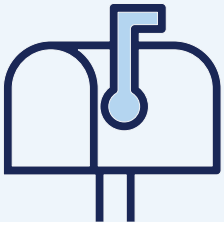
The Florida Office of Insurance Regulation (Oficina de Regulación de Seguros de Florida)
1-877-693-5236

Revisiones externas para apelaciones o quejas formales

Agency for Health Care Administration (AHCA) (Agencia para la Administración de la Atención Médica) **1-888-419-3456**

Departamento de Servicios Financieros de Florida

Teléfono: **1-877-693-5236 (TTY 711)**
Teléfono: **1-850-413-3089** (fuera del estado)



Tenga estas direcciones a mano.

Servicios al Miembro

AmeriHealth Caritas Next
P.O. Box 7332
London, KY 40742-7332

Centro de pagos

AmeriHealth Caritas Next
P.O. Box 302323
Dallas, TX 75303

Equipo de Alcance y Respuesta Rápida

AmeriHealth Caritas Next
P.O. Box 7418
London, KY 40742-7418

Apelaciones del miembro

AmeriHealth Caritas Next
P.O. Box 7101
London, KY 40742-7101

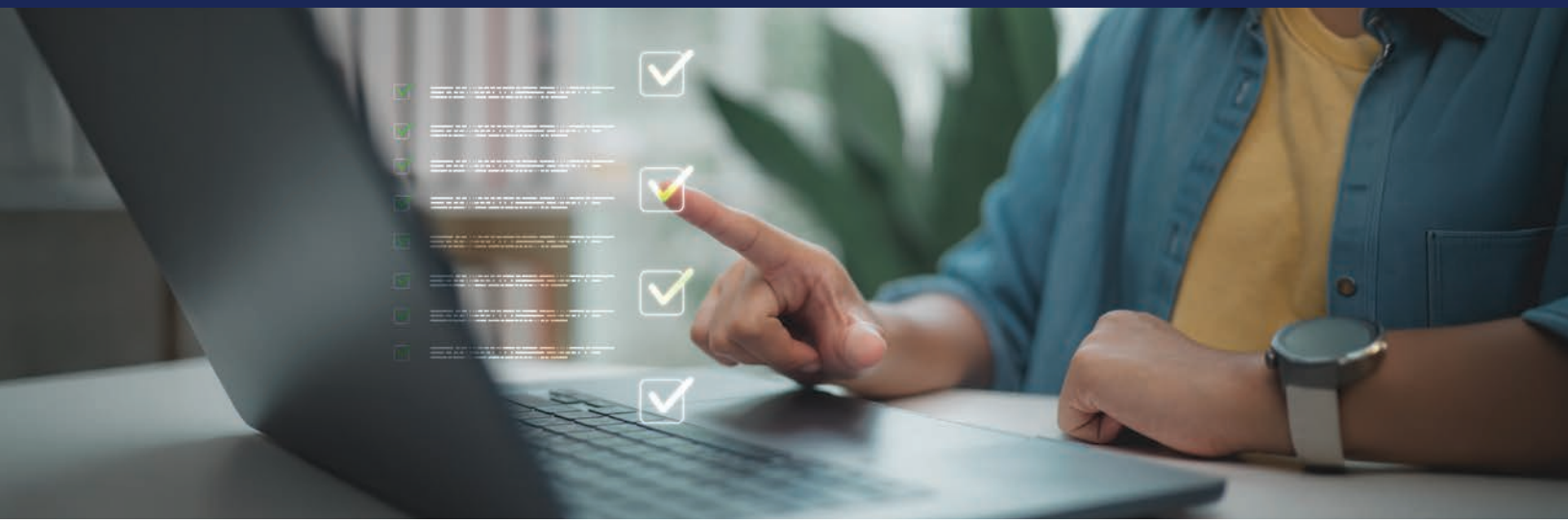
Quejas formales del miembro

AmeriHealth Caritas Next
P.O. Box 7430
London, KY 40742-7430

Revisiones externas para apelaciones o quejas formales

Agencia para la Administración de la Atención Médica (AHCA)
Programa del Comité del Defensor del Pueblo de la Atención Médica Administrada
2727 Mahan Drive
Tallahassee, FL 32308

Departamento de Servicios Financieros de Florida
División de Servicios al Consumidor
200 East Gaines Street
Tallahassee, FL 32399-0322



Documentos importantes del plan

Este Manual del Miembro puede ayudarle en su camino hacia la atención médica. No se trata de un contrato legal. Ofrecemos otros documentos que le ayudarán a comprender y gestionar su cobertura de seguro. Puede encontrar muchos de estos documentos en nuestro sitio web o puede llamar a Servicios al Miembro para solicitar una copia.

Paquete de bienvenida

Cuando se afilió como miembro del plan, le enviamos un paquete de bienvenida. Se lo enviamos a su dirección de correo electrónico o a su domicilio. El paquete incluía:

- **Una carta que le daba la bienvenida al plan**
- **Resumen de beneficios y cobertura (SBC).** Este documento describe brevemente sus beneficios cubiertos y los gastos que deberá pagar de su propio bolsillo, incluidos los copagos, el coseguro y los deducibles.
- **Tarjeta de ID de miembro.** Se trata de una tarjeta de plástico que se expide a cada miembro con su información específica. Debe llevarla **siempre** con usted. Es posible que tenga que presentar esta tarjeta cada vez que reciba atención o necesite surtir una receta. Si pierde su tarjeta de ID, llame a Servicios al Miembro o solicite una nueva a través de su portal de miembro.
- **Folleto de bienvenida.** Describe los puntos clave de su plan y los beneficios que ofrece para ayudarle a mantenerse saludable, así como los beneficios que pueda necesitar cuando no esté bien de salud.

Documentos importantes adicionales

Estos documentos establecen los términos de su cobertura. Si tiene alguna pregunta al respecto, llame a Servicios al Miembro. Estamos felices de poder ayudarle. Estos documentos también están disponibles en nuestra página web para poder consultarlos de manera inmediata.

- **Evidencia de cobertura (EOC).** Este documento es su principal fuente de información y es vinculante tanto para su plan médico (nosotros) como para usted en su carácter de miembro. En ocasiones lo llamamos "póliza". La EOC explica:
  - Qué servicios médicos y medicamentos con receta cubre su seguro y cómo acceder a ellos
  - Sus derechos y responsabilidades como miembro
  - Plazos específicos para las autorizaciones previas, el procesamiento de los reclamos o las apelaciones
- **Cuadro de beneficios (SOB).** Esta guía fácil de leer, resume los servicios establecidos en su EOC. Puede ayudarle a comprender qué servicios podrían estar cubiertos o ser rechazados y si existe alguna responsabilidad por parte de los miembros con respecto a dichos servicios. Si existe algún conflicto entre cualquier término del SOB, de este manual y de la EOC, la EOC es la fuente definitiva.
- **Formularios de privacidad.** Usted tiene el control sobre quién tiene acceso a su información médica personal. Le ofrecemos estos formularios para que pueda limitar u otorgar el acceso a su información médica protegida. Llame a Servicios al Miembro si necesita ayuda para elegir el formulario adecuado a sus necesidades.

Documentos de reclamos

Formulario de reclamo de reembolso para miembros

Si paga por adelantado los servicios y el médico o el proveedor no nos envían la factura en su nombre, este formulario le permite solicitarnos el reembolso de dichos servicios. Esto generalmente ocurre cuando recibe servicios fuera de la red que han sido aprobados previamente. Puede encontrar más información sobre los servicios fuera de la red en la página 17 de este manual. Los proveedores de la red tienen la obligación contractual de facturarnos en su nombre; por lo tanto, no necesitará este formulario para los servicios prestados dentro de la red. Si lo necesita, puede encontrarlo en nuestra página web o puede llamar a Servicios al Miembro.

Explicación de beneficios (EOB).

La mayoría de los proveedores de atención médica nos facturarán cuando usted reciba sus servicios. Esa factura que nos envía un proveedor es un "reclamo". Cuando terminamos de procesar un reclamo, le enviamos una EOB, un documento que explica nuestra decisión. Su EOB le indicará:

- El miembro que recibió el servicio
- El proveedor que facturó el servicio
- La fecha en que se recibió el servicio
- Una descripción del servicio
- El descuento que negociamos
- El monto que pagamos por el servicio
- El monto que podría tener que pagar usted
- La razón por la que podríamos haber rechazado el reclamo
- Su EOB explica qué servicios de atención médica se facturaron; qué monto pagó su plan, si lo hubo; y qué monto podría tener que pagar usted. **Su EOB no es una factura.** No debe pagarnos ningún monto que figure en su EOB. En cambio, póngase en contacto con el consultorio del proveedor para coordinar el pago con ellos.

Cada mes generaremos una EOB correspondiente a los reclamos que hayamos procesado más recientemente. Puede consultar sus EOB en línea iniciando sesión en el portal del miembro de nuestro sitio web. Si necesita ayuda, puede llamar a Servicios al Miembro.

Importante: Revise sus EOB para asegurarse de que se le cobran los servicios correctos y los montos adecuados. Su revisión puede ayudarnos a nosotros y a su proveedor a prevenir el fraude.

Si recibe una factura de un proveedor por un monto superior al que figura en la EOB como su responsabilidad, o por servicios que no recibió, llame primero a su proveedor para asegurarse de que la factura está actualizada. Si no puede resolver el problema con su proveedor, llame a Servicios al Miembro.

¿Qué es Next?
Primeros pasos

1



Busque su tarjeta de ID de miembro en el correo.

- Lleve siempre esta tarjeta con usted.
- Recibirá una tarjeta por cada miembro de su familia.
- Puede solicitar nuevas tarjetas en nuestro sitio web, a través de su portal del miembro o llamando a Servicios al Miembro.

2



Cree su cuenta en el portal del miembro en línea.

Consulte fácilmente en línea su historial de reclamos, los detalles de sus beneficios y más información sobre su salud. Simplemente visite nuestro sitio web para empezar.

- Haga clic en **Member Portal** (**Portal del miembro**) en el menú.
- Inscríbase con su número de ID de miembro (figura en su tarjeta de ID).
- Cree una ID de usuario y una contraseña.
- Descargue nuestra aplicación móvil para tener acceso al alcance de la mano.

Obtenga más información sobre este paso en la sección **Getting connected** (**Cómo conectarse**) en la página siguiente.

3



Elija un proveedor de atención primaria (PCP).

Su PCP es un médico, enfermero especializado u otro proveedor médico que se centra en su bienestar. Le pueden ayudar a acceder a numerosos servicios de atención médica.

¡Elija hoy a su PCP! Estas son dos formas de hacerlo:

- Inicie sesión en el portal del miembro.
- Llame a Servicios al Miembro para recibir ayuda.

Cómo conectarse

Portal del miembro

El portal del miembro es un sitio web seguro que lo ayuda a mantenerse conectado con nosotros. Es fácil de usar y puede ayudarle a tomar el control de su salud.

Cómo crear su cuenta en el portal del miembro

Para buscar el portal, vaya al menú **For Members** (**Para miembros**) de nuestro sitio web. Haga clic en **Member Portal** (**Portal del miembro**) en el menú desplegable. Si es la primera vez que lo va a usar, deberá registrarse. Tenga a mano su tarjeta de ID de miembro para consultar su número de ID de miembro. A continuación, elija una ID de usuario y una contraseña. Si ya se inscribió, sólo debe iniciar sesión.

Usar el portal del miembro puede ayudarle a gestionar su salud

Sabemos que no a todos les gusta que se respondan sus preguntas por teléfono. Por ello, comenzamos a ofrecer algunas opciones en línea. El portal del miembro está disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana. A través del portal, podrá:

- Leer una variedad de artículos de salud. Esta información puede servirle para aprender más sobre cómo llevar una vida saludable.
- Obtener su historial de reclamos.
- Cambiar de PCP en cualquier momento.
- Obtener detalles sobre sus beneficios.
- Obtener hasta seis meses de su historial de recetas médicas, buscar farmacias de la red, proveedores y mucho más.



Descargue nuestra aplicación móvil

Maneje su atención médica, dondequiera que esté. Vea su tarjeta digital de ID de miembro, busque proveedores de atención médica y consulte sus beneficios médicos directamente en su teléfono.

Cómo pagar su prima mensual

Su prima mensual es el monto que paga cada mes para mantener activa su cobertura de seguro médico. Le enviaremos una factura cada mes. Esta le indicará cuánto debe pagar y la fecha de vencimiento del pago.

Formas de pago

Pago en línea

Pague en línea con tarjeta de crédito, tarjeta de débito o cuenta bancaria. Puede encontrar los pasos para hacerlo en su factura.

Puede optar por realizar un pago único o configurar pagos automáticos. Visite nuestro sitio web y haga clic en **Pay Now** (**Pagar ahora**) para acceder a nuestro portal de pagos para invitados.

También puede iniciar sesión en su portal del miembro para ver las opciones de pago. Los afiliados pueden consultar aquí sus facturas y el historial de facturación.

Pago por teléfono

Utilice nuestro sistema automatizado de pago por teléfono, disponible 24/7.

1-833-780-1403

Pago por correo postal

Envíe por correo un cheque o un giro postal utilizando la información que se incluye en su factura.

Para ayudarnos a garantizar que podamos tramitar su pago a tiempo:

- Escriba su número de cuenta de miembro en el cheque o en el giro postal.
- Incluya la información necesaria que figura en su factura.
- Envíe su pago por correo al menos 10 días antes de la fecha de vencimiento.

Lo que debe saber

- Las primas vencen mensualmente.
- Cada factura indicará el monto a pagar correspondiente al mes siguiente.
- Su cobertura comienza una vez que recibamos el pago de su primera prima.
- El pago puede tardar algún tiempo en registrarse en nuestro sistema. Si necesita acceder a la atención médica de inmediato, llame a Servicios al Miembro.

¿Qué ocurre si no realizo un pago?

La falta de pago puede afectar a su cobertura, pero es posible que tenga tiempo para solucionarlo.

Ofrecemos un período de gracia para los pagos que tenga atrasados una vez que haya abonado su primera prima. El período de gracia le otorga un plazo para poner su cuenta al día luego de un pago atrasado.

- Su cobertura puede continuar durante el período de gracia.
- Le enviaremos avisos para informarle que su pago está atrasado y qué medidas debe tomar.

Períodos de gracia para el pago de la prima

Una vez que haya pagado su primera prima, tendrá un período de gracia posterior a la fecha de vencimiento de cada pago. En su Evidencia de cobertura se detalla la duración específica de este período. Su período de gracia puede ser más largo si recibe un subsidio federal. A veces, al subsidio se lo conoce como Crédito fiscal anticipado para primas (APTC).

Si no recibimos el pago completo al finalizar el período de gracia:

- Su cobertura podría finalizar a partir del último mes pagado en su totalidad.
- Le notificaremos si su cobertura de seguro está atrasada o a punto de finalizar.
- Si la cobertura finaliza por falta de pago, es posible que solo pueda volver a inscribirse durante un período de inscripción especial o en el siguiente período de inscripción abierta.

Más información sobre los períodos de gracia:

- Podemos procesar sus reclamos durante el primer mes del período de gracia si su póliza incluye un subsidio APTC.
- Los pagos de los reclamos correspondientes a servicios prestados en los meses posteriores del período de gracia pueden retrasarse o incluso rechazarse.
- Podemos informar a sus proveedores si es posible que rechacemos sus reclamos.

Preguntas frecuentes (FAQ)

1. ¿Cómo puedo reemplazar mi tarjeta de ID?

- Acceda a una versión virtual de su tarjeta a través de nuestra aplicación móvil.
- Solicite una tarjeta de reemplazo en el portal del miembro.
- Solicite una tarjeta de reemplazo llamando a Servicios al Miembro.

2. ¿Qué es un proveedor de la red?

- Un proveedor de la red es un médico, una farmacia, un hospital, una clínica u otro proveedor de atención médica que tiene un contrato con nosotros para prestar servicios de atención médica a nuestros miembros.

Por lo general, para que los servicios sean un beneficio cubierto, debe recibirlos de un proveedor de la red.

3. ¿Cómo busco a un proveedor de la red?

- Visite nuestra página web, seleccione **For Members** (**Para miembros**) en el menú y, a continuación, elija **Find a Provider, Pharmacy, or Drug** (**Buscar un proveedor, una farmacia o un medicamento**).
- Llame a Servicios al Miembro y solicite una lista de proveedores de su zona.

4. ¿Dónde puedo encontrar documentos importantes?

- Cuando se inscribió en la cobertura, le enviamos algunos documentos, ya sea por vía electrónica o por correo postal. Puede encontrarlos en su paquete de bienvenida.
- También proporcionamos documentos generales para todos los miembros en nuestro sitio web. Cuando visite el sitio web, solo tiene que seleccionar **For Members** (**Para miembros**) y, a continuación, **Forms and Documents** (**Formularios y documentos**).
- Proporcionamos documentos específicos de su plan en el portal del miembro.

5. ¿Cómo actualizo mi plan médico cuando se producen cambios en mi situación familiar?

- Los cambios familiares pueden incluir:
  - Mudanza
  - Matrimonio o divorcio
  - Nacimiento o adopción de un hijo
  - Cambios en la información de contacto
- Si obtuvo su plan a través del Mercado de Seguros Médicos, comuníqueles sus cambios. Simplemente visite **healthcare.gov** o llame al **1-800-318-2596**.
- Si adquirió su plan directamente con nosotros o a través de un agente, puede actualizar sus datos con el equipo que lo inscribió.
  - ¿No sabe a quién contactar? Llame a Servicios al Miembro.

6. ¿Qué documento me indica cuál es mi costo?

- El Cuadro de beneficios (SOB), disponible en el portal del miembro, explica los costos que usted comparte con el plan en relación con su atención médica.
- El Resumen de beneficios y cobertura (SBC), que se envía junto con su paquete de bienvenida, también está disponible en el portal del miembro.
- Su factura mensual mostrará el monto de la prima que debe abonar para el próximo mes.
- También puede solicitar cualquiera de estos documentos a Servicios al Miembro.

Su guía rápida para la atención

Utilice este cuadro como guía de referencia sencilla sobre sus opciones de atención. Puede obtener más información sobre estas opciones en las secciones siguientes.



Proveedor de atención primaria (PCP)

Su PCP le ayuda a mantenerse saludable mediante chequeos periódicos que pueden detectar problemas de forma precoz. Su PCP también puede responder a muchas de sus preguntas sobre salud. También puede solicitar una consulta para verle cuando está enfermo.

Servicios de atención virtual (telesalud)

Cuando necesite la atención de su PCP desde la comodidad de su hogar, o si su PCP no está disponible, es posible que pueda realizar una visita de atención virtual. En determinadas circunstancias, cubrimos las visitas de atención virtual 24/7 sin costo para usted.



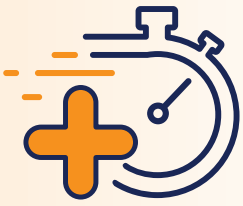


Atención de especialistas

Los especialistas son expertos en el tratamiento de afecciones específicas que van más allá de la atención que podría proporcionarle su PCP.

Atención de urgencia

Si necesita atención rápida por una lesión o enfermedad que no pone en peligro su vida y su PCP no está disponible, puede acudir a un centro de atención de urgencias.





Atención en una sala de emergencias

Una emergencia significa que su salud o su vida corren un grave riesgo. Si esto ocurre, llame al **911** o acuda inmediatamente al servicio de emergencias más cercano.



Cómo elegir un proveedor de atención primaria (PCP)

Contar con un buen médico que le comprenda a usted y a sus necesidades es muy importante para mejorar su salud. Puede elegir su propio PCP dentro de la red iniciando sesión en el portal del miembro o llamando a Servicios al Miembro para consultar las opciones disponibles dentro de la red.

Si no elige un PCP para usted o para otros miembros de su plan, podremos seleccionar uno por usted. Por supuesto, puede cambiar de PCP en cualquier momento y por cualquier motivo.

Cada miembro de la familia inscrito en su plan puede tener un PCP diferente, o usted puede elegir un PCP que atienda a toda la familia. Hay diferentes tipos de proveedores que pueden desempeñarse como su PCP. Por ejemplo, un pediatra atiende a niños. Los médicos de medicina general pueden atender a toda la familia; los médicos de medicina interna suelen atender a adultos. Las mujeres también pueden preferir a un ginecólogo-obstetra (OB/GIN) como su PCP. Aceptamos todas estas opciones de PCP.

¿Necesita una lista de proveedores de la red que ofrezcan lo que busca? Visite nuestro sitio web. Seleccione **For Members** (**Para miembros**) y luego **Find a Provider, Pharmacy, or Drug** (**Buscar un proveedor, una farmacia o un medicamento**).

Cómo le ayuda un proveedor de atención primaria (PCP)

Tener un PCP de confianza significa una mejor atención y tranquilidad. Con su apoyo, tendrá más posibilidades de mantenerse saludable. Le puede ayudar a:

- Sentirse cómodo al compartir sus inquietudes con un proveedor que conoce.
- Recibir atención y pruebas de detección periódicas que le ayuden a detectar problemas cuando todavía no son serios.
- Tener todo su historial médico en un solo lugar.
- Necesitar menos a la sala de emergencias (ER).
- Reducir sus gastos generales en asistencia médica.

Programa de recompensas



Sabemos lo importante que es contar con un proveedor de confianza que se encargue de su atención. ¡Además, queremos recompensarle por dar un paso más para mejorar su salud! Por cada año en el que realice un chequeo de rutina con su PCP y complete su evaluación de riesgos para la salud en línea, ¡le enviaremos una tarjeta de débito de recompensa en agradecimiento!

Si su proveedor deja nuestra red

Si su proveedor deja nuestra red, le informaremos tan pronto como sea posible. Si el proveedor que deja nuestra red es su PCP, se lo informaremos y lo ayudaremos a elegir un nuevo PCP.



Servicios de atención virtual (telesalud)

Puede recibir atención médica desde casa de forma virtual. La atención virtual, también conocida como telesalud, le permite ponerse en contacto con un proveedor por teléfono o videoconferencia para abordar muchas necesidades de salud habituales. Esta opción puede ayudarle a recibir atención más rápidamente, a perder menos tiempo de trabajo u otras actividades y a evitar el contacto con otros pacientes. La disponibilidad y los servicios pueden variar según el proveedor y la ubicación. Consulte con su proveedor para confirmar que ofrece opciones virtuales.

Importante: Utilice los servicios de atención virtual únicamente para la atención médica que no sea de emergencia. Si tiene una emergencia, marque **911** o acuda inmediatamente a una sala de emergencias (ER).

Es posible que pueda recibir atención virtual en cualquier momento, tanto de día como de noche, a través de Virtual Care 24/7, que está cubierto sin costo para usted. Para más información, inicie sesión en el portal del miembro, llame a Servicios al Miembro o consulte su Cuadro de beneficios (SOB).

Virtual Care 24/7
1-877-771-6101 (TTY 1-800-770-5531)
Las 24 horas del día, los 7 días de la semana

Los servicios de atención virtual con sus proveedores habituales pueden estar sujetos a costos compartidos, lo que significa que es posible que reciba una factura o que se le solicite el pago en el momento del servicio.



Atención de especialistas

Un especialista es un médico que tiene formación y ejerce en un área específica de la medicina (por ejemplo, un cardiólogo o un cirujano). Si necesita atención especializada que su PCP no pueda ofrecerle, su plan médico le permite acudir a cualquier especialista de la red que elija sin necesidad de derivación, aunque es posible que algunos especialistas sigan pidiendo que su PCP lo derive antes de verlo.

Hay algunos tratamientos y servicios para los que su especialista debe solicitarnos autorización antes de que usted pueda recibirlos. Si tiene alguna duda sobre una prueba o un tratamiento que le van a realizar en breve, llame a Servicios al Miembro.

Si tiene una afección compleja o una necesidad de atención médica especial, es posible que pueda elegir a un especialista para que actúe como su PCP, pero necesitará nuestra autorización. Para obtener más información o solicitar elegir a un especialista como su PCP, llame a Servicios al Miembro. Trabajaremos con usted para ayudarlo a coordinar la atención que necesita.

Proveedores fuera de la red

Cuando un proveedor no forma parte de nuestra red, se considera un **proveedor fuera de la red**. Por lo general, no pagaremos los reclamos fuera de la red cuando usted elija acudir a un proveedor fuera de la red, y es posible que deba hacerse cargo del pago total de la factura del proveedor. No obstante, existen algunas excepciones limitadas a esta norma. Si no tenemos un especialista en nuestra red de proveedores que pueda brindarle la atención que necesita, le prestaremos la atención que necesita mediante un especialista fuera de nuestro plan. Este especialista será un proveedor fuera de la red.

Antes de consultar a este especialista, es posible que necesite una **derivación fuera de la red** por parte de su PCP u otro proveedor de la red. Debemos aprobar cualquier derivación fuera de la red. Puede hablar con su PCP sobre este tema o llamar a Servicios al Miembro para hablar sobre sus necesidades y obtener más información.



Atención de urgencia

Es posible que tenga una lesión o una enfermedad que no sea una emergencia (que no ponga en riesgo la vida), pero que, igualmente, requiera atención y cuidados rápidos. Si necesita este tipo de atención pero su PCP no está disponible, acudir a una clínica de urgencias es una excelente alternativa.

Para encontrar la atención de urgencias más cercana que forme parte de la red, visite nuestro sitio web. Seleccione **For Members** (**Para miembros**) y luego **Find a Provider, Pharmacy, or Drug** (**Buscar un proveedor, una farmacia o un medicamento**). Otra opción es llamar a Servicios al Miembro.



Atención en una sala de emergencias (ER)

Una afección de emergencia es una situación en la que su vida podría verse amenazada o podría sufrir daños permanentes si no recibe atención inmediata.

Si cree que tiene una emergencia, llame al **911** o acuda a la ER más cercana.

Algunos ejemplos de emergencias son:

- Infarto o dolor de pecho severo
- Sangrado que no se detiene
- Una quemadura considerable
- Dificultad para respirar, convulsiones o pérdida del conocimiento
- Cuando sienta que podría hacerse daño a usted mismo o a otras personas
- Si está embarazada y tiene signos como dolor, sangrado, fiebre o vómitos
- Sobredosis de drogas

No necesita la aprobación de su plan o PCP antes de recibir atención de emergencia. Tampoco necesita acudir a nuestros hospitales o médicos. Las normas relativas a los proveedores fuera de la red no se aplican en una sala de emergencias ni en los servicios adicionales necesarios para lograr la estabilización del paciente.

Recuerde: Vaya a la sala de emergencias (ER) únicamente si tiene una emergencia. Si tiene alguna duda, llame a su PCP o a Servicios al Miembro.

Atención fuera de su área de cobertura

Su plan incluye beneficios para:

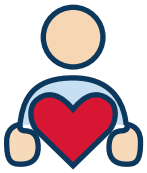
- Atención de urgencia médicamente necesaria fuera de su área
- Atención médica de emergencia dentro y fuera de EE. UU. y sus territorios

Su Evidencia de cobertura contiene más información sobre estos beneficios.

Tecnología para procedimientos médicos

Siempre estamos buscando nuevos procedimientos médicos y métodos para garantizar que nuestros miembros reciban atención médica segura, actualizada y de alta calidad. Contamos con un equipo de médicos que revisan las nuevas tecnologías de atención médica y las guías clínicas reconocidas a nivel nacional. Ellos deciden si las nuevas tecnologías deben convertirse en servicios cubiertos. No cubrimos tecnologías, métodos ni tratamientos en investigación que aún se encuentren en fase de estudio.

Sus beneficios



Resumen de los beneficios cubiertos

- Un **proveedor de atención primaria** (**PCP**) centrado en su salud, que puede ayudarle a tratar enfermedades y lesiones, recetar medicamentos y controlar su bienestar general.
- **Servicios médicos** en una sala de emergencias, en una clínica de atención de urgencia o en una ambulancia incluso con proveedores fuera de la red.
- **Hospitalización**, incluidas intervenciones quirúrgicas y hospitalizaciones que implican pasar la noche en el hospital.
- **Atención pediátrica** para niños que son miembros.
- Cobertura total de las visitas de atención **prenatal y posparto** sin deducibles.
- Cobertura de sus **medicamentos bajo receta**.
- Las visitas de **atención virtual** en cualquier momento del día o de la noche mediante Virtual Care 24/7 están cubiertas sin costo para usted.

Servicios preventivos



La atención preventiva le ayuda a mantenerse saludable. Puede recibir algunos servicios de atención preventiva sin costo para usted cuando los servicios:

- Los presten proveedores de la red.
- Cumplen los requisitos federales. (Encontrará una lista de estos servicios en la página siguiente.)

¡Solicite un chequeo médico!

Las visitas de rutina son una parte importante de la atención preventiva. Estas visitas son chequeos periódicos con su PCP, incluso cuando se sienta bien. Los chequeos, las pruebas y los exámenes de detección pueden ayudar a detectar problemas de salud en una etapa temprana, cuando son más fáciles de tratar. Su plan le ofrece cobertura total para que pueda realizar una visita de rutina al año. Consulte a su PCP cuándo usted y otros miembros de su familia deben acudir a las visitas de rutina.



A continuación, enumeramos numerosos servicios de atención preventiva que cubrimos en su totalidad. Cubrimos los servicios preventivos exigidos por las leyes federales y estatales. No se aplicarán los deducibles, copagos o coseguros si estos servicios se reciben de un proveedor de la red. Le recordamos que, si solicita servicios preventivos a un proveedor fuera de la red, es posible que deba hacerse cargo del costo total. La lista no incluye todos los servicios preventivos ni todas las limitaciones. Si desea obtener más información, llame a Servicios al Miembro.



Pruebas de detección y asesoramiento

Todas las personas

- Presión arterial
- Depresión (a partir de los 12 años)
- Hepatitis B (para algunas personas, adolescentes y mayores)
- VIH (de 15 a 65 años)
- Detección y asesoramiento sobre obesidad
- Detección y asesoramiento sobre el consumo de alcohol y tabaco (adolescentes y mayores)

A partir de los 18 años

- Colesterol (para algunos adultos)
- Cáncer colorrectal (de 45 a 75 años)
- Diabetes (tipo 2) (de 40 a 70 años para algunos adultos)
- Hepatitis C

Mujeres a partir de los 18 años

- Densidad ósea (para algunas mujeres)
- Cáncer de mama (a partir de los 40 años)
- Cáncer de cuello uterino/prueba de Papanicolaou (de 21 a 65 años)
- Clamidia (para algunas mujeres)
- Asesoramiento sobre infecciones de transmisión sexual (para algunas mujeres)
- Infección de las vías urinarias o incontinencia

Mujeres que están embarazadas o que podrían quedar embarazadas

- Asistencia con la lactancia
- Diabetes gestacional (en algunas mujeres)
- Hepatitis B (en la primera visita prenatal)
- Depresión materna o posparto
- Preeclampsia (en algunas mujeres)
- Incompatibilidad del factor Rh

Niños (desde el nacimiento hasta los 18 años)

- Autismo (a los 18 y 24 meses)
- Evaluaciones del comportamiento
- Evaluaciones del desarrollo (menores de 3 años)
- Consumo de drogas, alcohol y tabaco (adolescentes)
- Audición (recién nacidos)
- Hematocrito o hemoglobina
- Hemoglobinopatías o anemia falciforme (recién nacidos)
- Hipotiroidismo (recién nacidos)
- Plomo
- Pruebas de detección y asesoramiento sobre infecciones de transmisión sexual (ITS)
- Vista



Vacunas (inyecciones)

Todas las personas

- Varicela
- Difteria, tétanos y tos ferina (DTaP)
- Gripe (influenza)
- Hepatitis A
- Hepatitis B
- Virus del papiloma humano (VPH)
- Sarampión
- Meningocócica
- Paperas
- Neumocócica
- Rubéola

Desde el nacimiento hasta los 18 años

- Haemophilus influenzae tipo b
- Poliovirus inactivado
- Rotavirus

A partir de los 19 años

- Herpes zóster (para algunos adultos)

Fuentes:
"Preventive Care Benefits for Adults" (Beneficios de atención preventiva para adultos), Healthcare.gov, https://www.healthcare.gov/preventive-care-adults, consultado el 1.º de abril de 2026.
"Preventive Care Benefits for Women " (Beneficios de atención preventiva para mujeres), Healthcare.gov, https://www.healthcare.gov/preventive-care-women, consultado el 1.º de abril de 2026.
"Preventive Care Benefits for Children" (Beneficios de atención preventiva para niños), Healthcare.gov, https://www.healthcare.gov/preventive-care-children, consultado el 1.º de abril de 2026.

Beneficios para la salud conductual



Su cobertura le ofrece acceso a una atención integral, incluida la atención de salud conductual.

La atención de la salud conductual incluye:

- La salud mental, que es su bienestar emocional, psicológico y social. La depresión y la ansiedad son ejemplos de problemas de salud mental.
- El tratamiento y la rehabilitación por el consumo de alcohol y drogas, lo que a veces se denomina trastorno por consumo de sustancias tóxicas.

Si usted o alguien que está a su cuidado se encuentra en peligro inmediato, llame al **911** de inmediato.

Si usted o alguien que está a su cuidado sufre angustia emocional, tiene problemas de salud mental o pensamientos de autolesionarse, hay ayuda disponible. Llame o envíe un mensaje de texto al **988**, la Suicide & Crisis Lifeline (Línea de Prevención del Suicidio y Crisis). La línea de ayuda ofrece apoyo gratuito y confidencial, las 24 horas del día, los 365 días del año.

No necesita autorización previa para recibir atención de salud conductual de emergencia.

En su Evidencia de cobertura encontrará más detalles sobre nuestros servicios de salud conductual. Si cree que podría necesitar servicios de salud mental más intensivos de los que ofrece su plan, como centros de tratamiento psiquiátrico residencial o tratamiento comunitario asertivo, hable con su proveedor de atención primaria o llame a Servicios al Miembro.

Programa de maternidad Bright Start®



Queremos ayudarle a tener un embarazo lo más saludable posible. Nosotros:

- La ayudaremos a elegir un proveedor adecuado para usted.
- Organizaremos sus visitas prenatales y posparto.
- Le asignaremos un administrador de atención de la maternidad para apoyarla durante todo el embarazo.
- Le proporcionaremos información y recursos para ayudarle a usted y a su bebé a tener un comienzo saludable.

Límites de los beneficios

Algunos servicios tienen límites en cuanto a la frecuencia con la que se pueden utilizar, como un número determinado de visitas o días. En su Cuadro de beneficios se enumeran estos límites. Si su uso del servicio alcanza un límite, el plan no cubrirá más usos de ese servicio hasta el siguiente año del plan. Si sucede esto, usted será responsable del costo total de los servicios que superen dicho límite.

Sus beneficios de farmacia



Nos esforzamos por brindar una cubertura de medicamentos eficiente y de alta calidad.

Utilizamos nuestro administrador de beneficios de farmacia (PBM) para ayudar a administrar sus beneficios de medicamentos bajo receta, incluidos los medicamentos especializados.

- Para que sus medicamentos con receta estén cubiertos, deberá surtirlos en una farmacia de la red. Puede surtir sus recetas en una farmacia minorista de la red, a través de nuestra red de farmacias de pedido por correo o en una farmacia especializada de la red.
- Deberá mostrar su tarjeta de ID de miembro al surtir u obtener sus medicamentos bajo receta. Esto permite que la farmacia nos facture correctamente el importe de su medicamento.
- Si su plan incluye un copago, un deducible y/o un coseguro para los medicamentos, es posible que la farmacia le cobre ese monto por su receta en el momento de recogerla. Revise su Resumen de beneficios y cobertura para obtener más información sobre sus costos.
- Sus beneficios de medicamentos con receta no incluyen todos los medicamentos ni todas las recetas. Algunos medicamentos deben cumplir con ciertas pautas de necesidad médica antes de poder incluirlos. Su proveedor debe pedirnos una autorización previa (PA) antes de que cubramos estos medicamentos.
- Algunos medicamentos tienen límites en cuanto a la cantidad que se le puede surtir de una sola vez. Esto se denomina límite de cantidad (QL).
- Algunos medicamentos solo estarán disponibles si primero ha probado otra opción y su proveedor ha documentado dicho intento. Esto se denomina terapia escalonada (ST).

Cómo utilizar su formulario de medicamentos con receta

La lista de medicamentos bajo receta cubiertos por este plan se llama formulario. La información más reciente sobre los beneficios de farmacia y el formulario está disponible en nuestra página web. Seleccione **For Members** (**Para miembros**) del menú web y luego **Finding a Provider, Pharmacy, or Drug** (**Buscar un proveedor, una farmacia o medicamento**), o puede llamar a Servicios al Miembro para recibir ayuda.

El formulario es un formulario cerrado. Esto significa que los productos que no figuran en el formulario no son un beneficio reembolsable. Sin embargo, usted o su médico pueden solicitar medicamentos que no figuren en el formulario. Nuestro proceso de autorización previa puede permitir excepciones en determinadas circunstancias.

El formulario incluye tanto medicamentos de marca (preferidos y no preferidos) como genéricos (preferidos y no preferidos). Los clasifica en niveles que representan diferentes costos de su propio bolsillo. Consulte su Resumen de beneficios y cobertura para aprender más sobre los copagos y los deducibles.

Medicamentos con receta y suministros cubiertos



Los beneficios de medicamentos con receta abarcan diferentes clases terapéuticas de medicamentos, que puede consultar en nuestra página web. Seleccione **For Members** (**Para miembros**) en el menú web y luego elija **Find a Provider, Pharmacy, or Drug** (**Buscar un proveedor, una farmacia o un medicamento**). Allí podrá consultar la lista de medicamentos de cualquiera de estas formas:

- Busque por la primera letra del nombre del medicamento.
- Escriba parte del nombre genérico (químico) o de marca (comercial).
- Seleccione la clase terapéutica del medicamento.

La Evidencia de cobertura y el formulario de medicamentos describen otros beneficios de farmacia y exclusiones.

Cambios en el formulario

El formulario puede sufrir modificaciones ocasionalmente. Si un cambio afecta negativamente la medicación que esté tomando, le enviaremos un aviso escrito antes de que el cambio entre en vigencia. Trabajaremos con usted y el proveedor que receta el medicamento para hacer la transición hacia otro medicamento cubierto si está usando un medicamento a largo plazo.

Explicación de los niveles del formulario (Planes Signature)

Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4
Medicamentos genéricos preferidos	Medicamentos de marca preferidos	Medicamentos genéricos no preferidos y medicamentos de marca no preferidos	Medicamentos especializados

Explicación de los niveles del formulario (demás planes)

Nivel 1a	Nivel 1b	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4a	Nivel 4b
Medicamentos genéricos preferidos	Medicamentos genéricos no preferidos	Medicamentos de marca preferidos	Medicamentos genéricos no preferidos y medicamentos de marca no preferidos de alto costo	Medicamentos especializados	Medicamentos especializados no preferidos

Consulte su Resumen de beneficios y cobertura para conocer los montos del copago y coseguro.

Para obtener la información más reciente sobre los beneficios de farmacia y el formulario de medicamentos, visite nuestra página web o llame a Servicios al Miembro.

Herramientas del formulario de farmacia

Nuestro administrador de beneficios de farmacia puede utilizar determinadas herramientas para garantizar su seguridad y asegurarse de que reciba el medicamento más adecuado al menor costo para usted. Estas herramientas incluyen las autorizaciones previas, las terapias escalonadas, los límites de cantidad, los límites de edad y el programa de medicamentos genéricos.

Autorizaciones previas (PA)

Algunos medicamentos tienen un uso limitado, pueden presentar ciertos riesgos para la seguridad o son extremadamente caros. El plan puede restringir la cobertura de estos productos. Cuando esto sucede, el profesional que receta su medicación deberá obtener una autorización previa de nuestra parte para que usted pueda utilizar dichos medicamentos. El formulario indica en qué casos un medicamento requiere autorización previa.

Terapia escalonada (ST)

La terapia escalonada es un tipo de programa de autorización previa que utiliza un enfoque por etapas. Esto significa que los miembros deben utilizar los medicamentos más adecuados desde el punto de vista terapéutico y más económicos antes de que el plan cubra otros medicamentos. Si su proveedor considera que el primer medicamento no es adecuado para su afección médica y que, por motivos médicos, podría necesitar otro diferente, puede solicitarnos autorización para que usted utilice dicho medicamento.

Límites de cantidad (QL)

Para garantizar que los medicamentos que toma sean seguros y que reciba la dosis adecuada, es posible que limitemos la cantidad que puede obtener de una sola vez. Su proveedor puede solicitarnos una aprobación si necesita una mayor cantidad de medicamento a la que cubrimos.

Podemos eximir de los límites de cantidad en determinadas circunstancias, como durante un estado de emergencia o catástrofe.

Límites de edad

Los límites de edad están diseñados para evitar los daños potenciales a los miembros y promover el uso apropiado. Basamos los criterios de aprobación en la información proporcionada por la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU. (FDA), la literatura médica, médicos y farmacéuticos en ejercicio, y organizaciones externas adecuadas.

Si una receta no cumple con las directrices de edad de la FDA, no podremos cubrirla sin una autorización previa. Su proveedor puede solicitar una excepción al límite de edad.

Medicamentos genéricos

Los medicamentos genéricos tienen los mismos principios activos y funcionan igual que los medicamentos de marca. Cuando haya disponibilidad de medicamentos genéricos, es posible que no cubramos el medicamento de marca sin una autorización previa. Tenga en cuenta que algunos medicamentos genéricos tienen un costo elevado y que, además, pueden requerir autorización previa. Si usted y su proveedor consideran que un medicamento genérico no es adecuado para su afección y que el de marca es médicamente necesario, su proveedor puede solicitar una autorización previa.

Medicamentos nuevos en el mercado

Revisamos los medicamentos nuevos para probar su seguridad y eficacia antes de agregarlos a nuestro formulario. Si un proveedor considera que un medicamento nuevo en el mercado es médicamente necesario para usted antes de que lo hayamos evaluado, puede solicitar una autorización para que usted lo utilice.

Medicamentos no incluidos en el formulario

Todos los medicamentos incluidos en el formulario del plan están aprobados por la FDA y se usan ampliamente en la comunidad médica. Si bien el plan cubre la mayoría de los medicamentos, no cubre un pequeño número de medicamentos porque existen alternativas seguras, eficaces y más asequibles para tratar las mismas afecciones. Si usted y su proveedor consideran que un medicamento del formulario no es adecuado para su afección médica y que el medicamento sin cobertura es médicamente necesario, su proveedor puede solicitar una excepción.

Medicamentos no cubiertos con alternativas de venta libre

No cubrimos determinados medicamentos con receta que puede comprar sin receta médica, es decir, “de venta libre”. A estos medicamentos se los suele llamar medicamentos OTC.

Además, cuando existan versiones de venta libre de un medicamento que puedan ofrecer los mismos beneficios terapéuticos, es posible que no cubramos ninguno de los medicamentos con receta de la misma clase medicamentos. Por ejemplo, los antihistamínicos que no producen somnolencia son una clase de medicamentos que alivian los síntomas de la alergia. Dado que existen muchos antihistamínicos de venta libre que no producen somnolencia, no los cubrimos.

Consulte el formulario de farmacia para obtener una lista de los medicamentos cubiertos. Como siempre, le recomendamos hablar con su proveedor sobre los medicamentos adecuados para usted.

Autorizaciones previas y excepciones

Para los medicamentos incluidos en el formulario que tengan restricciones, como autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad y límites de edad, su proveedor podría solicitar una autorización previa. En el caso de los medicamentos no incluidos en el formulario, su proveedor puede presentar solicitudes de excepción para medicamentos fuera del formulario.

Tanto para las solicitudes de medicamentos incluidos en el formulario como para las de medicamentos no incluidos, nuestro administrador de beneficios de farmacia (PBM) revisará la documentación de respaldo y tomará una decisión sobre la cobertura.

Si el PBM aprueba el medicamento solicitado, el plan lo cubrirá de acuerdo con nuestras directrices de necesidad médica. Si el PBM aprueba una solicitud de un medicamento que no figura en el formulario, el plan lo cubrirá en el nivel más alto aplicable.

Si el PBM no aprueba la solicitud, usted, su representante autorizado o su proveedor pueden apelar la decisión.

Para obtener más información sobre el proceso de aprobación o de apelación, consulte su Evidencia de cobertura.

Surtido de recetas



Farmacia minorista
Puede surtir un suministro de hasta 90 días.



Farmacia de pedido por correo
Puede surtir un suministro de hasta 90 días.



Farmacia especializada
Puede surtir un suministro de hasta 30 días.

Farmacia minorista, farmacia de pedido por correo y farmacia especializada

Puede utilizar nuestro localizador de farmacias en nuestra página web para encontrar una farmacia participante para todo tipo de medicamentos. Esto incluye:

- Farmacias cercanas a su domicilio
- Opciones de farmacias para cuando viaje
- Farmacias de pedido por correo que realizan envíos a su domicilio
- Farmacias especializadas

Programa de medicamentos especializados

Contamos con farmacias especializadas designadas que pueden suministrar medicamentos especiales para tratar determinadas afecciones. Estas farmacias también cuentan con profesionales clínicos que pueden prestar servicios de apoyo a los miembros. Algunos medicamentos solo están disponibles en una farmacia especializada. Es posible que periódicamente se añadan nuevos medicamentos a este programa. Las farmacias especializadas pueden dispensar un suministro de medicamentos de hasta 30 días de una sola vez, y pueden enviar dicho suministro por correo, ya sea al domicilio del miembro o a la consulta de su médico. Esto no forma parte del beneficio de envío de artículos de farmacia por correo. Los suministros extendidos y los ahorros de copagos no aplican a estos medicamentos especializados designados.



Insumos médicos en la escuela

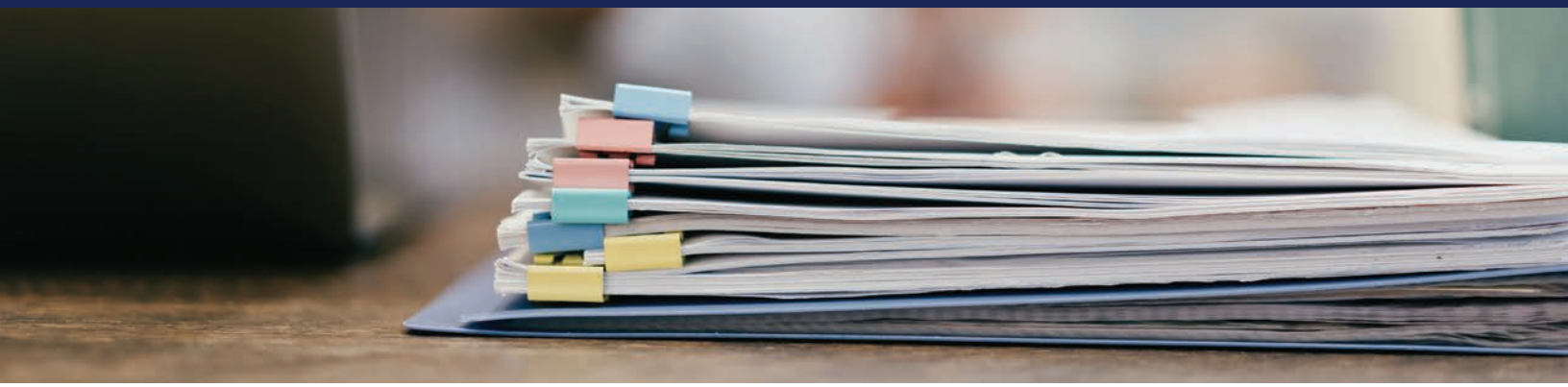
En algunos casos, es posible que tenga que dejar insumos médicos en la escuela de su hijo. Permitimos cantidades adicionales de los siguientes artículos, sujetos a su copago habitual:

- Insulina
- Agujas para insulina
- Lancetas
- Tiras reactivas
- Un glucómetro
- Hisopos de alcohol
- Glucagón
- Inhaladores
- Diastat
- Autoinyector de solución de epinefrina (genérico de EpiPen)
- Espaciadores



COVID-19

El plan cubre las vacunas contra la COVID-19 aprobadas por la FDA con un copago de $0, de acuerdo con las indicaciones aprobadas por la FDA y la edad. Para obtener más información sobre las vacunas contra la COVID-19, visite nuestro sitio web o llame a Servicios al Miembro.



Cómo entender sus costos

Reclamos y explicaciones de beneficios

Un **reclamo** es una solicitud de un beneficio por artículos o servicios que el plan puede cubrir. Estos pueden incluir el reembolso de un gasto de atención médica. Usted o su proveedor de atención médica pueden enviarnos los reclamos.

Una **explicación de beneficios** (**EOB**) es un extracto que recibe una vez que procesamos un reclamo. Muestra el monto que pagó el plan y lo que usted podría tener que pagar como saldo pendiente.

Un miembro recibe un servicio médico.

El proveedor presenta una factura al plan médico por dicho servicio, lo que se conoce como reclamo.

Tramitamos el reclamo de acuerdo a los beneficios del miembro.

Enviamos un resumen de beneficios (EOB) en el que se indican los cargos, los pagos y cualquier saldo pendiente.

Otros términos relacionados con los reclamos

Monto asignado: se trata del monto máximo que pagaremos por un servicio de atención médica cubierto. A veces también se denomina "gasto elegible", "asignación de pago" o "tarifa negociada".

Facturación del saldo: se realiza cuando un proveedor le factura el saldo restante de la factura que su plan no cubre. Este monto es la diferencia entre el monto real facturado y el monto asignado. Por ejemplo, si el monto que cobra el proveedor es de $200 y el monto asignado es de $110, el proveedor puede facturarle a usted los $90 restantes. Esto sucede con mayor frecuencia cuando acude a un proveedor fuera de la red (proveedor no participante). Un proveedor de la red (proveedor participante) no puede facturarle por los servicios cubiertos.

Reembolso: es cuando le devolvemos el dinero correspondiente a los gastos de atención médica que ya ha pagado de su propio bolsillo. El reembolso le ayuda a recuperar lo que ha gastado en tratamientos médicos, suministros o recetas médicas cubiertas. No debería pagar de su bolsillo a los proveedores por servicios dentro de la red que estén cubiertos, excepto cualquier deducible, copago o coseguro que pueda adeudar según lo establecido por su plan médico. Si consulta a un proveedor fuera de la red autorizado previamente para prestarle un servicio específico, es posible que tenga un costo inicial de bolsillo que le reembolsaremos.

Cómo entender los reclamos y los reembolsos

A veces, es necesario utilizar términos oficiales al hablar de reclamos y reembolsos. En esta sección se explican esos detalles. Si tiene alguna pregunta sobre este material, llame a Servicios al Miembro.

Reclamos

Nos aseguramos de que no haya fraude por parte de los proveedores y realizaremos auditorías de las facturas de los proveedores para verificar que los servicios y suministros facturados se hayan prestado y que se hayan aplicado los cargos correspondientes.

Reclamos de proveedores de la red

Un proveedor de la red es responsable de presentar todos los reclamos de manera oportuna. Usted no será responsable de ningún reclamo que un proveedor de la red no haya presentado de manera oportuna. Si usted le da su tarjeta del seguro a un proveedor de la red en el momento del servicio, este nos facturará directamente por los reclamos correspondientes, y si el servicio está cubierto, se lo reembolsaremos a su proveedor de manera directa.

Reclamos de proveedores fuera de la red

Para que los servicios fuera de la red se consideren, debe obtenerse una autorización previa antes de que se preste el servicio, a menos que se trate de servicios de emergencia, transporte de emergencia en ambulancia o servicios de atención urgente, como se describe en su Cuadro de beneficios y Evidencia de cobertura. Si dichos servicios no están relacionados con una atención de emergencia o urgencia, el proveedor fuera de la red debe proporcionarnos información sobre los motivos por los que usted no puede recibir la misma atención con un proveedor dentro de la red. Usted o su proveedor deben avisar sobre cualquier reclamo por servicios prestados por un proveedor fuera de la red.

Formularios de reclamos

Cuando recibamos su aviso de reclamo en el que indique que necesita un reembolso, le diremos dónde puede acceder a un formulario de reclamo o se lo enviaremos por correo si usted lo solicita. Los formularios de reclamo de reembolso médico deben enviarse por correo a la dirección que figura en el formulario.

Todos los reclamos enviados por su proveedor se presentarán mediante un formulario estándar que utilizan todos los proveedores o en un formato diseñado para ese fin, ya sea que se envíen por escrito o electrónicamente.

Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información sobre cómo presentar un reclamo de reembolso y los plazos de pago.

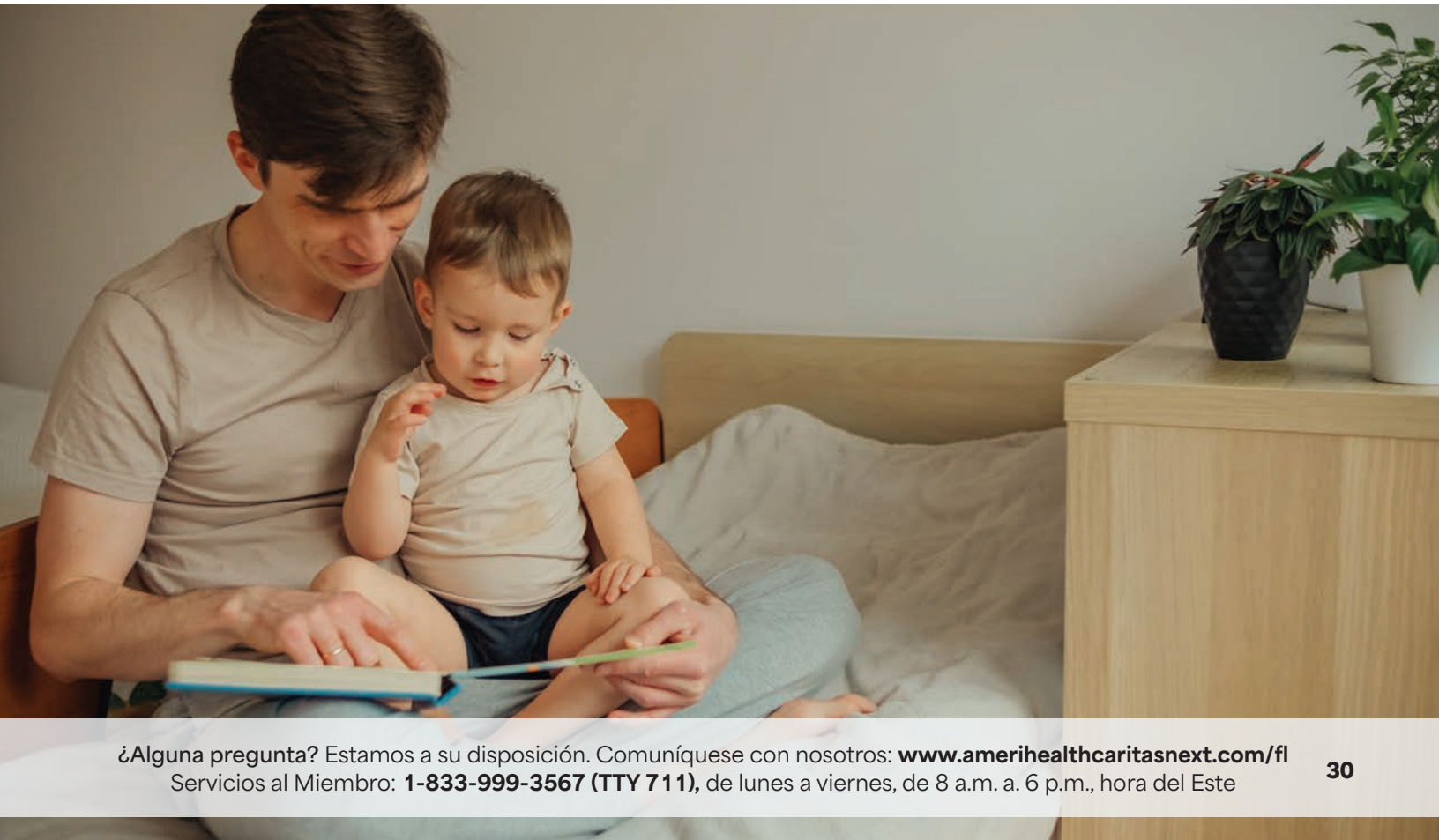
Costos compartidos

Costos compartidos significa que tanto usted como su plan médico pagan cada uno una parte de los costos de los servicios cubiertos. Su parte, llamada "gastos de bolsillo", incluye copagos, deducibles y coseguros. Los costos compartidos familiares se refieren a cuando usted paga los deducibles y otros gastos de bolsillo de su familia. Las primas, las sanciones y los servicios no cubiertos por su plan no forman parte los costos compartidos.

Deducible: se trata del monto que usted paga durante un período de cobertura (normalmente un año) por los servicios de atención médica cubiertos antes de que su plan comience a pagarlos. Un deducible general se aplica a todos o casi todos los artículos y servicios cubiertos. Un plan puede tener un deducible general y, además, deducibles separados que se aplican a servicios específicos o grupos de servicios. Un plan también puede tener únicamente deducibles separados. (Por ejemplo, si su deducible es de $1,000, usted debe pagar $1,000 antes de que su plan comience a pagar cualquier atención o producto cubierto que reciba.)

Coseguro: es la parte de los costos que le corresponde pagar por un servicio de atención médica cubierto. El coseguro se calcula como un porcentaje (por ejemplo, el 20%) del monto asignado para el servicio. Por lo general, usted paga el coseguro más cualquier deducible que le corresponda. (Por ejemplo, si el monto asignado para una visita al consultorio es de $100 y ya ha alcanzado su deducible, su pago de coseguro del 20% sería de $20. Nosotros pagaríamos el resto del monto asignado.)

Copago: es un monto fijo (por ejemplo, $15) que usted paga por un servicio de atención médica cubierto. Por lo general, debe pagar este monto cuando recibe el servicio. El monto puede variar en función del tipo de servicio de atención médica cubierto.



La atención adecuada, en el momento adecuado



Administración de la atención

Contamos con programas para ayudarle a mantenerse saludable. Nuestros programas ayudan a los miembros que tienen múltiples afecciones y/o enfermedades crónicas. Estos miembros pueden cumplir los requisitos para recibir una administración de la atención compleja. Las personas con otras afecciones, como el embarazo o problemas de salud mental, también pueden beneficiarse de nuestros programas de salud.

Los cuidadores y los proveedores pueden derivar a los miembros a estos programas de administración de la atención. También puede derivarse usted mismo. No necesita una derivación de otra persona para acceder a estos programas.

Algunos miembros tienen necesidades complejas de atención o podrían necesitar un mayor nivel de atención que el que actualmente reciben. En estos casos, el miembro, su cuidador o su proveedor pueden obtener más información y consultar por estos servicios:

- Llamando al administrador de atención del miembro o a Servicios al Miembro
- Visitando nuestro sitio web

Continuación de la atención

Si se inscribe en nuestro plan y ya está recibiendo atención o tiene servicios programados con un proveedor que no pertenece a nuestra red, comuníquese con Servicios al Miembro antes de su consulta. Revisaremos su solicitud para determinar si cumple los requisitos para una excepción por continuidad de la atención, lo que podría permitirle seguir viendo a un proveedor fuera de la red durante un tiempo limitado.

Las excepciones por continuidad de la atención solo se aprueban en circunstancias específicas y durante plazos definidos.

Del mismo modo, la excepción por continuidad de la atención puede aplicarse si está recibiendo atención de un proveedor de la red mientras está afiliado con nosotros y dicho proveedor deja nuestra red. Puede encontrar más información sobre estas circunstancias en su EOC, o Servicios al Miembro puede explicarle el proceso.

Es importante recordar que, excepto en situaciones de emergencia, los servicios que reciba de proveedores fuera de la red sin autorización previa no están cubiertos.

Administración de la utilización

Para nosotros es importante que reciba la atención que necesita, cuando la necesite.

Usamos nuestro programa de administración de la utilización para ayudar a garantizar que reciba atención adecuada, asequible y de alta calidad para su bienestar general. Nuestro programa de administración de la utilización se centra tanto en la necesidad médica como en el resultado de los servicios de la salud física y conductual. Para hacerlo, usamos revisiones prospectivas, concurrentes y retrospectivas. Para todas las decisiones, usamos criterios de revisión clínicos documentados con base en una sólida evidencia clínica. Evaluamos periódicamente nuestros criterios para garantizar que sean eficaces. Obtenemos toda la información que necesitamos para tomar las decisiones médicamente necesarias respecto a la revisión de la utilización, incluida la información clínica relevante. La revisión retrospectiva incluye la revisión de los reclamos por servicios de emergencia para determinar si se han cumplido los estándares de una persona prudente no experta.

Autorizaciones previas

Necesitaremos aprobar algunos tratamientos y servicios antes de que usted pueda recibirlos. También es posible que debamos aprobar algunos tratamientos o servicios para que usted pueda continuar recibiéndolos. Esto se llama autorización previa.

Su proveedor deberá obtener la autorización de los servicios, incluso si ya existía una autorización previa. Si tiene preguntas sobre las autorizaciones previas, llame a Servicios al Miembro.

Proceso de autorización previa

Para solicitar una autorización previa, usted o su proveedor pueden llamar a Servicios al Miembro. Los proveedores también pueden enviar solicitudes en línea a través del portal del proveedor.

Para recibir la aprobación de estos tratamientos o servicios, deben cumplirse los siguientes pasos:

- Trabajaremos con su proveedor para recopilar información que nos ayude a comprobar que el servicio es médicamente necesario.
- Nuestro personal de enfermería, nuestros médicos y profesionales de la salud conductual revisan la información.

Si aprobamos la solicitud, se lo comunicaremos tanto a usted como a su proveedor de atención médica.

Si no aprobamos la solicitud, le enviaremos una carta a usted y a su proveedor de atención médica explicando el motivo de la decisión.

Puede apelar cualquier decisión que tomemos. Si recibe una denegación y desea apelarla, hable con su proveedor. Su proveedor colaborará con nosotros para determinar si hubo algún problema con la información que recibimos.

Cómo obtener ayuda con las decisiones del plan

Apelaciones

En ocasiones, podemos decidir denegar, limitar o suspender una solicitud que su proveedor presente en su nombre para obtener beneficios o servicios ofrecidos por nuestro plan. Esta decisión se llama determinación adversa sobre un beneficio. Le enviaremos una carta para informarle sobre una **determinación adversa sobre un beneficio**. Tiene 180 días desde la fecha que figura en la carta para solicitar una apelación.

Una apelación es la solicitud que usted presenta a su plan médico para que revise una decisión por la que se le ha denegado, total o parcialmente, un beneficio o un pago.

Puede solicitarnos una apelación usted mismo. También puede pedir ayuda a un amigo o familiar con la autorización adecuada, a su proveedor o a un abogado.

Cuando usted solicita una apelación, tenemos 30 días para las solicitudes previas al servicio y 60 días para las solicitudes posteriores al servicio para darle una respuesta. Puede hacer preguntas y aportar cualquier información adicional que considere que nos ayudará a aprobar su solicitud. Por ejemplo, puede enviarnos nuevos documentos médicos de sus proveedores. Puede hacerlo en persona, por escrito o por teléfono. Su proveedor también puede enviarnos esta información directamente.

Puede llamar a Servicios al Miembro si necesita ayuda para completar la solicitud de apelación. Es fácil solicitarnos una apelación mediante una de las siguientes opciones.

- **Correo postal:** complete y firme el formulario de solicitud de apelación en el aviso que recibe sobre nuestra decisión. Envíelo a la dirección que figura en el formulario. Debemos recibir su formulario a más tardar 180 días después de la fecha que aparece en este aviso.
- **Fax:** complete, firme y envíe por fax el formulario de solicitud de apelación que está en el aviso que recibe sobre nuestra decisión. El número de fax se encuentra en el formulario.
- **Teléfono:** llame a Servicios al Miembro y solicite una apelación.

Cuando presenta su apelación, usted y la persona que haya autorizado para que lo ayude pueden ver los registros médicos y los criterios que utilizamos para tomar la decisión. Si decide que alguien le ayude, debe darle permiso por escrito para hacerlo.

Apelaciones aceleradas (más rápidas)

Usted o su proveedor pueden solicitar una revisión más rápida de su apelación cuando una demora pueda provocar un daño grave en su salud o en su capacidad de recuperar su estado de salud. Esta revisión más rápida se llama **apelación acelerada**. Para obtener más información sobre las apelaciones estándar y aceleradas, consulte su Evidencia de cobertura.

Revisión externa de apelaciones

Si no está de acuerdo con una decisión definitiva de una apelación interna, es posible que tenga derecho a solicitar una revisión externa. Una revisión externa la lleva a cabo una organización independiente que no forma parte de su plan médico.

- Los revisores externos analizan su caso y deciden si el servicio debe estar cubierto.
- El plan médico debe respetar su decisión.
- Las opciones y organizaciones de revisión externa pueden variar según el estado.

En el aviso de la decisión sobre su apelación se le explicará cómo solicitar una revisión externa y dónde enviar su solicitud. Puede obtener más información sobre las revisiones externas en su Evidencia de cobertura.

Quejas formales

Esperamos que nuestro plan médico y nuestras opciones de atención médica le brinden buena atención. Sin embargo, si tiene algún problema con su atención médica, puede presentar una queja formal.

Una queja formal es una notificación que envía a su plan médico para informar que no está satisfecho con su plan médico, su proveedor de atención médica o los servicios de atención que recibe. A veces, una queja formal también se llama queja.

Si tiene una queja formal, puede:

- Escribirnos a la dirección que figura en la sección **Comuníquese con nosotros**.
- Llamar a Servicios al Miembro.

La mayoría de los problemas pueden resolverse de inmediato. Ya sea que resolvamos su problema de inmediato o necesitemos hacer algún trabajo, registraremos su llamada, su problema y nuestra solución. Le escribiremos para informarle cuando hayamos recibido su queja formal. También le escribiremos para informarle cuando hayamos terminado de ocuparnos de su queja formal.

Si en nuestra Evidencia de cobertura u otra documentación se indica claramente que la cobertura no incluye un beneficio específico, su frustración por dicha exclusión no se considera una queja formal.

Puede pedir a un familiar o amigo autorizado, a su proveedor o a un representante legal que le ayude con su queja formal. También podemos ayudarle de varias maneras, por ejemplo, si tiene alguna discapacidad auditiva o visual, necesita servicios de traducción o ayuda para rellenar formularios. Llame a Servicios al Miembro.

Tramitamos las quejas formales siguiendo las directrices de nuestra Evidencia de cobertura (EOC). Para obtener más información sobre cómo se tramitan y resuelven las quejas formales, cuánto tiempo pueden tardar y mucho más, puede consultar la EOC en nuestro sitio web o llamar a Servicios al Miembro.

También puede ponerse en contacto con una agencia estatal para obtener ayuda con sus preguntas e inquietudes sobre seguros. Consulte la sección **Comuníquese con nosotros** para más información.

En cualquier momento, puede solicitar copias gratuitas de un expediente y otra información que tengamos relacionada con su queja formal por escrito. Esta información incluye las credenciales del profesional médico al que hayamos solicitado asesoramiento. Para obtener estas copias, llame a Servicios al Miembro.

Queja formal acelerada

Si su queja formal se refiere a una decisión o acción de nuestra parte que podría aumentar significativamente el riesgo para su vida, su salud o su capacidad para recuperar al máximo sus funciones, puede presentar una solicitud de queja formal acelerada a nuestro departamento de Servicios al Miembro. Puede contactarnos por teléfono o por escrito.

A las revisiones aceleradas las evaluarán uno o varios pares clínicos apropiados. Le notificaremos verbalmente la determinación en un plazo de 72 horas o lo antes posible, después de recibir la solicitud de revisión acelerada. Luego, le enviaremos una confirmación por escrito en el plazo de dos días hábiles. Las revisiones aceleradas cumplirán todos los requisitos de las revisiones no aceleradas, tal y como se describe en nuestros procedimientos de quejas formales y en la legislación estatal.

Tramitaremos estos temas siguiendo las directrices de nuestra Evidencia de cobertura (EOC).

Derechos y responsabilidades del miembro

Sus derechos

Como miembro, usted tiene derecho a:

- Recibir información sobre el plan médico sus beneficios, los servicios incluidos o excluidos de las políticas de cobertura, y los derechos y responsabilidades de los proveedores de la red y de los miembros. La información que se le proporcione por escrito o a través de la web debe ser legible y fácil de entender.
- Recibir un trato respetuoso y a que se reconozca su dignidad y derecho a la privacidad.
- Participar en la toma de decisiones con los proveedores en relación con su atención médica. Este derecho incluye conversaciones francas sobre las opciones de tratamiento apropiado o médicamente necesario para su afección, independientemente del costo o la cobertura de beneficios.
- Presentar quejas formales o apelaciones sobre el plan médico o la atención provista y recibir una respuesta oportuna. Ser notificado sobre la disposición de las apelaciones o quejas formales, y el derecho a apelar en otra instancia, según sea apropiado.
- Hacer recomendaciones respecto a nuestras políticas sobre los derechos y las responsabilidades del miembro contactando a Servicios al Miembro por escrito.
- Escoger proveedores, dentro de los límites de la red de proveedores, y también el derecho a rechazar la atención de proveedores específicos.
- Tener un trato confidencial de la información médica o de salud que pueda identificarlo. También tiene derecho a acceder a sus registros médicos de acuerdo con las leyes estatales y federales pertinentes.
- Recibir acceso razonable a los servicios médicos.
- Recibir servicios médicos sin discriminación por motivos de raza, color, religión, sexo, edad, origen nacional, ascendencia, nacionalidad, ciudadanía, condición de extranjero, estado civil, pareja de hecho o unión civil, orientación afectiva o sexual, capacidad física, embarazo (incluidos el parto, la lactancia y las afecciones relacionadas), discapacidad cognitiva, sensorial o mental; situación en relación con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH); situación militar o de veterano; situación de denunciante (cuando corresponda en virtud de la legislación federal o estatal en función de la localidad y las circunstancias); identidad y/o expresión de género; información genética (incluida la negativa a someterse a pruebas genéticas); o cualquier otra categoría protegida por la legislación federal, estatal o local.
- Formular una última voluntad médica. El plan les brindará información respecto a la última voluntad médica a los miembros y proveedores, y apoyará a los miembros a través de nuestras políticas de mantenimiento de registros médicos.
- Obtener un directorio actual de los proveedores de la red si lo solicita. El directorio incluye el nombre, los títulos profesionales, la especialidad, la facultad de medicina en la que se formaron, el estado de la certificación de la residencia, las direcciones, los números de teléfono y una lista de los proveedores que hablan otros idiomas además del inglés.
- Presentar una queja o apelación respecto al plan médico o la atención provista ante la agencia regulatoria correspondiente y recibir una respuesta a estas quejas dentro de un plazo razonable.
- Apelar una decisión de negar o limitar la cobertura a través de una organización independiente. También tiene derecho a saber que su proveedor no puede ser penalizado por presentar una queja o apelación en su nombre.

- Obtener ayuda y derivaciones a proveedores que tengan experiencia tratando sus discapacidades si tiene una discapacidad crónica.
- Tener una conversación sincera respecto a las opciones de tratamiento médicamente necesario o adecuado para su afección, independientemente del costo o la cobertura de beneficios, en términos que usted comprenda y en la que se incluyan una explicación de su afección, el tratamiento recomendado, los riesgos del tratamiento, los resultados esperados y las alternativas médicas razonables. Si no puede entender con facilidad esta información, tiene derecho a que se le explique a su representante designado y a que se documente en su registro médico. El plan no les pide a los proveedores que restrinjan la información respecto a las opciones de tratamiento.
- Tener acceso a servicios médicamente necesarios, incluso disponer de atención las 24 horas del día, los siete días de la semana para afecciones de emergencia y urgencia.
- Llamar al **911** en una situación que ponga potencialmente en riesgo la vida sin la autorización previa del plan, y que el plan pague por contrato una evaluación médica en la sala de emergencias para determinar si existe una afección de emergencia.
- Continuar recibiendo servicios de un proveedor que el plan haya dado de baja de su red (sin causa) dentro de los plazos estipulados. Esta concesión no aplica si el proveedor fue dado de baja de la red por motivos que podrían suponer un peligro para usted, la salud pública o su seguridad, o que estén relacionados con un incumplimiento del contrato o un fraude.
- Gozar de los derechos de un miembro otorgados por la ley o las regulaciones correspondientes como paciente de un centro de atención médica habilitado, incluido el derecho a rechazar medicamentos y tratamientos después de que se le hayan explicado las posibles consecuencias de esta decisión en términos que usted entienda.
- Recibir una notificación inmediata en caso de cancelación o cambios en los beneficios, los servicios o la red de proveedores.
- Poder elegir entre los proveedores de la red tras una autorización o derivación según corresponda, sujeto a la disponibilidad para aceptar nuevos pacientes.

Sus responsabilidades

Como miembro, usted tiene la responsabilidad de:

- Comunicar, en la medida de los posible, la información que el plan y los proveedores de la red necesitan para atenderlo.
- Seguir los planes y las instrucciones para la atención que haya acordado con sus proveedores; esto incluye tener en cuenta las posibles consecuencias de no cumplir con el tratamiento recomendado.
- Comprender sus problemas de salud y participar en el desarrollo de las metas de tratamiento mutuamente acordadas, en la medida de lo posible.
- Revisar las publicaciones de los beneficios y la membresía detenidamente y seguir las normas del plan médico.
- Preguntar para garantizar que comprenda las explicaciones e instrucciones que le dieron.
- Tratar a los demás con el mismo respeto y cortesía que espera recibir.
- Respetar las consultas programadas o avisar de manera adecuada si va a cancelar o va a llegar tarde.

Glosario

Monto asignado: el monto máximo que pagaremos por un servicio de atención médica cubierto. A veces también se denomina "gasto elegible", "asignación de pago" o "tarifa negociada".

Apelación: una solicitud para que su seguro médico o su plan revise una decisión por la que se deniega un beneficio o un pago (ya sea en su totalidad o en parte).

Reclamo: una solicitud de un beneficio por artículos o servicios que el plan puede cubrir. Estos pueden incluir el reembolso de un gasto de atención médica. Usted o su proveedor de atención médica pueden enviarnos los reclamos.

Coseguro: la parte de los costos que le corresponde pagar a usted por un servicio de atención médica cubierto. El coseguro se calcula como un porcentaje (por ejemplo, el 20%) del monto asignado para el servicio. Por lo general usted paga el coseguro más cualquier deducible que le corresponda. (Por ejemplo, si el monto asignado para una visita al consultorio es de $100 y usted ha alcanzado su deducible, su pago del coseguro del 20% sería de $20. Nosotros pagaríamos el resto del monto asignado.)

Copago: es un monto fijo (por ejemplo, $15) que usted paga por un servicio de atención médica cubierto. Por lo general, debe pagar este monto cuando recibe el servicio. El monto puede variar en función del tipo de servicio de atención médica cubierto.

Costos compartidos: cuando usted y su plan médico pagan cada uno una parte de los costos de los servicios cubiertos. Su parte, llamada "gastos de bolsillo", incluye cosas como copagos, deducibles y coseguros. Los costos compartidos familiares se refieren a cuando usted paga los deducibles y otros gastos de bolsillo de su familia. Las primas, las sanciones y los servicios no cubiertos por su plan no forman parte los costos compartidos.

Deducible: se trata del monto que usted paga durante un período de cobertura (normalmente un año) por los servicios de atención médica cubiertos antes de que su plan comience a pagarlos. Un deducible general se aplica a todos o casi todos los artículos y servicios cubiertos. Un plan puede tener un deducible general y, además, deducibles separados que se aplican a servicios específicos o grupos de servicios. Un plan también puede tener únicamente deducibles separados. (Por ejemplo, si su deducible es de $1,000, usted debe pagar $1,000 antes de que su plan comience a pagar.)

Afección de emergencia: una enfermedad, lesión, síntoma (incluido el dolor intenso) o afección lo suficientemente grave como para poner en grave riesgo su salud si no recibe atención médica de inmediato. Si no recibe atención médica inmediata, podría esperarse razonablemente que se produjera una de las siguientes situaciones:

- Su salud correría un serio peligro.
- Tendría serios problemas con sus funciones corporales.
- Sufriría daños serios en algunas partes u órganos de su cuerpo.

Atención en sala de emergencias (servicios de emergencia): servicios destinados a evaluar una afección de emergencia y a brindarle tratamiento para evitar que dicha afección empeore. Estos servicios pueden prestarse en la sala de emergencias de un hospital autorizado o en cualquier otro lugar que preste atención para afecciones de emergencia.

Servicios excluidos: servicios de atención médica que su plan no paga ni cubre.

Formulario: una lista de los medicamentos que cubre su plan. Un formulario puede incluir el monto de su parte del costo de cada medicamento. Su plan puede clasificar los medicamentos en diferentes niveles o categorías de costos compartidos. Por ejemplo, un formulario puede incluir categorías de medicamentos genéricos y de marca, y se aplicarán diferentes montos de costos compartidos a cada categoría.

Queja formal: una queja que usted presenta ante su aseguradora o su plan de seguro médico.

Seguro médico: contrato que exige que una aseguradora pague una parte o la totalidad de sus gastos de atención médica a cambio del pago de una prima. Un contrato de seguro médico también puede denominarse "póliza" o "plan".

Hospitalización: atención en un hospital que requiere la admisión como paciente hospitalizado y que, por lo general, incluye pasar la noche en el hospital. Algunos planes pueden considerar una noche de observación como atención ambulatoria en lugar de atención hospitalaria.

Atención ambulatoria en un hospital: atención en un hospital que por lo general no requiere pasar la noche en el hospital.

Mercado de Seguros Médicos (Marketplace): una tienda virtual de seguros médicos donde las personas, las familias y las pequeñas empresas pueden:

- Informarse sobre las opciones de planes.
- Comparar planes en función de los costos, los beneficios y otras características importantes.
- Solicitar y, posiblemente, recibir ayuda económica para las primas y los costos compartidos en función de los ingresos y otros factores.
- Elegir un plan e inscribirse en la cobertura.

Esto también se conoce como "Exchange" (o Mercado de Intercambio). Al Mercado lo gestiona el estado en algunos estados y el gobierno federal en otros. En algunos estados, el Mercado también ayuda a los consumidores que cumplen los requisitos a inscribirse en otros programas, como Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP). Esta ayuda está disponible en línea, por teléfono y en persona.

Límite máximo de gastos de bolsillo: monto anual que el gobierno federal establece como la suma máxima que se puede exigir que cada persona o familia pague como costos compartidos durante el año del plan por los servicios cubiertos dentro de la red. Esto se aplica a la mayoría de los tipos de planes y seguros médicos. Este monto puede ser superior a los límites de gastos de bolsillo indicados para su plan.

Médicamente necesario: servicios o suministros médicos (incluida la habilitación) necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección o sus síntomas, y que cumplen con los estándares médicos aceptados.

Cobertura mínima esencial: la cobertura mínima esencial incluye, por lo general, los planes y seguros médicos disponibles a través del Mercado de Seguros Médicos u otras pólizas del mercado individual, así como Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si reúne los requisitos para determinados tipos de cobertura esencial mínima, es posible que no reúna los requisitos para recibir el crédito fiscal para las primas.

Red: las instalaciones, los proveedores y los proveedores de insumos y equipos médicos con los que su aseguradora o plan de salud tiene un contrato para prestar servicios de atención médica.

Proveedor de la red (proveedor preferido): un proveedor que tiene un contrato con su seguro médico o plan y que se ha comprometido a prestar servicios a los miembros de ese plan. Usted paga menos si acude a un proveedor de la red. También se lo conoce como "proveedor preferido" o "proveedor participante".

Proveedor fuera de la red (proveedor no preferido): un proveedor que no tiene un contrato con su plan para prestar servicios cuyos costos generalmente no cubre su plan médico (excepto en determinadas circunstancias). Si su plan cubre los servicios fuera de la red, normalmente pagará más por acudir a un proveedor fuera de la red que a un proveedor preferente. Su póliza le explicará cuáles pueden ser esos costos. A estos proveedores también se les puede llamar proveedores "no preferidos" o "no participantes".

Límite de gastos de bolsillo: el monto máximo que podría pagar durante un período de cobertura (normalmente un año) por su parte de los costos de los servicios cubiertos. Luego de alcanzar este límite, el plan suele pagar el 100% del monto asignado. Este límite le ayuda a planificar los gastos de atención médica. Este límite nunca incluye su prima, la facturación del saldo (cuando corresponda) ni los servicios de atención médica que su plan no cubre. Algunos planes no contabilizan todos sus copagos, deducibles, pagos de coseguro, pagos fuera de la red u otros gastos para este límite.

Prima: el importe que debe pagar por su seguro médico o plan. Por lo general, se paga mensualmente, trimestralmente o anualmente.

Créditos fiscales para primas: ayuda económica que reduce sus impuestos para ayudarle a usted y a su familia a pagar un seguro médico privado. Puede tener derecho a recibir esta ayuda si contrata un seguro médico a través del Mercado de Seguros Médicos y sus ingresos están por debajo de un nivel determinado. Los pagos anticipados del crédito fiscal pueden utilizarse de inmediato para reducir el costo mensual de su prima.

Cobertura de medicamentos bajo receta: cobertura incluida en un plan que ayuda a pagar los medicamentos bajo receta. Si el formulario del plan utiliza "niveles", los medicamentos bajo receta se agrupan por tipo o por costo. El monto que deberá pagar en concepto de copago variará en función de cada "nivel" de los medicamentos bajo receta cubiertos.

Medicamentos bajo receta: fármacos y medicamentos que por ley requieren una receta (autorización por escrito o "prescripción" del medicamento por parte de su proveedor).

Atención preventiva (servicios preventivos): atención médica de rutina, que incluye pruebas de detección, revisiones médicas y asesoramiento al paciente, para prevenir o detectar enfermedades u otros problemas de salud.

Proveedor de atención primaria (PCP): un médico, ya sea un MD (Doctor en Medicina) o un DO (Doctor en Medicina Osteopática); una enfermera especializada; una enfermera clínica especializada; o un asistente médico, según lo permita la legislación estatal y los términos del plan, que le preste, coordine o le ayude a acceder a una variedad de servicios de atención médica.

Autorización previa (preautorización): decisión de su aseguradora o plan de salud por la que se determina que un servicio de atención médica, un plan de tratamiento, un medicamento bajo receta o un equipo médico duradero (DME) es médicamente necesario. Es posible que le exijamos una autorización previa para determinados servicios antes de que los reciba, excepto en caso de emergencia. A veces se denomina "preautorización", "aprobación previa" o "precertificación". La autorización previa no es una promesa de que su seguro médico o su plan vaya a cubrir el costo.

Proveedor: una persona o centro que presta servicios de atención médica. Algunos ejemplos de proveedores incluyen médicos, enfermeros, quiroprácticos, auxiliares médicos, hospitales, centros quirúrgicos, centros de enfermería especializada y centros de rehabilitación. Podemos exigir que el proveedor cuente con la licencia, certificación o acreditación que exija la legislación estatal.

Pruebas de detección: un tipo de atención preventiva que incluye pruebas o exámenes para detectar la presencia de algo, y que suelen realizarse cuando no se presentan síntomas, signos ni antecedentes médicos de una enfermedad o afección.

Especialista: un proveedor que se centra en un área específica de la medicina o en un grupo de pacientes para diagnosticar, controlar, prevenir o tratar determinados tipos de síntomas y afecciones.

Medicamento especializado: un tipo de medicamento recetado que, por lo general, requiere una manipulación especial o un seguimiento y una evaluación continuos por parte de un profesional médico, o cuyo surtido resulta relativamente difícil. Por lo general, los medicamentos especializados son los más caros de un formulario.

AmeriHealth Caritas®

Next

A product of AmeriHealth Caritas Florida, Inc.

www.amerihealthcaritasnext.com/fl

Comuníquese con nosotros

Todas las imágenes son utilizadas bajo licencia únicamente con fines ilustrativos. Cualquier persona representada es un modelo.

EXC-CP_265592800 FL
ACFL-PY27-HB-V1