

Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos *[plans with cost sharing, insert: nuestra cuota de]* una factura que recibí por servicios o medicamentos cubiertos

Introducción

Este capítulo le indica cómo y cuándo enviarnos una factura para solicitar el pago. También le indica cómo presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de cobertura. Los términos claves y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su *Manual del miembro*.

[Plans should refer to other parts of the Member Handbook using the appropriate chapter number, section, and/or page number. For example, “refer to Chapter 9, Section A, page 1.” An instruction [insert reference, as applicable] appears with many cross references throughout the Member Handbook. Plans may always include additional references to other sections, chapters, and/or member materials when helpful to the reader.]

[Plans with an arrangement with the State may add language to reflect that the organization is not allowed to reimburse members for Medicaid-covered benefits. Plans may not revise the chapter or section headings except as indicated.]

[Plans must update the Table of Contents to this document to accurately reflect where the information is found on each page after plan adds plan-customized information to this template.]

Índice

A. Cómo solicitarnos que paguemos sus servicios o medicamentos.....	2
B. Cómo enviarnos una solicitud de pago.....	5
C. Decisiones de cobertura.....	6
D. Apelaciones.....	7



Si tiene preguntas, llame a <plan name> al <toll-free phone and TTY numbers>, <days and hours of operation>. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <web address>.

A. Cómo solicitarnos que paguemos sus servicios o medicamentos

[Plans with cost sharing delete the next sentence.] No debería recibir una factura por servicios o medicamentos dentro de la red. Los proveedores de nuestra red deben facturar al plan por sus servicios y medicamentos cubiertos después de que los reciba. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud.

No permitimos que los proveedores de <plan name> le facturen estos servicios *[insert as applicable: o medicamentos]*. Pagamos a nuestros proveedores directamente y le protegemos a usted de cualquier cargo.

Si recibe una factura por *[plans with cost sharing insert: el costo total de]* cuidado de salud o medicamentos, no pague la factura y envíenosla. Para enviarnos una factura, consulte *[plans may insert reference, as applicable]*.

- Si cubrimos los servicios o medicamentos, le pagaremos directamente al proveedor.
- Si cubrimos los servicios o medicamentos y usted ya pagó *[plans with cost sharing, insert: más de su parte del costo; plans with no cost sharing, insert: la factura]*, tiene derecho a ser reembolsado.
 - o Si pagó por los servicios cubiertos por Medicare, le devolveremos el dinero.
 - o Si pagó por los servicios cubiertos por *[insert name of state-specific Medicaid program]* no podemos devolverle el dinero, pero el proveedor lo hará. Servicios al miembro o *[insert the term for your care coordinator and/or ombudsperson, if applicable.]* puede ayudarlo a comunicarse con la oficina del proveedor. Consulte la parte inferior de la página para obtener el número de teléfono de Servicios al miembro.
- Si no cubrimos los servicios o medicamentos, se lo informaremos.

Comuníquese con Servicios al miembro *[insert if appropriate: o su coordinador de cuidado de salud]* si tiene alguna pregunta. Si *[plans with cost sharing insert: no sabe lo que tendría que haber pagado, o si]* recibe una factura y no sabe qué hacer al respecto, podemos ayudarlo. También puede llamar si desea brindarnos información sobre una solicitud de pago que ya nos envió.

Aquí encontrará ejemplos de ocasiones en las que puede necesitar pedirnos que le devolvamos el dinero o que paguemos una factura que recibió:

 **Si tiene preguntas**, llame a <plan name> al <toll-free phone and TTY numbers>, <days and hours of operation>. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <web address>.

1. Cuando recibe cuidado necesario de emergencia o de urgencia de un proveedor fuera de la red

Solicítele al proveedor que nos facture a nosotros.

- Si paga el monto total cuando recibe el cuidado, pídanos que le reembolsemos *[plans with cost sharing insert: por nuestra cuota del costo]*. Envíenos la factura y el comprobante de cualquier pago que haya realizado.
- Es posible que reciba una factura del proveedor solicitando un pago que usted cree que no adeuda. Envíenos la factura y el comprobante de cualquier pago que haya realizado.
 - o Si se debe pagar al proveedor, nosotros le pagaremos directamente.
 - o Si ya le pagó *[plans with cost sharing insert: más de su cuota del costo]* por el servicio de Medicare, nosotros *[plans with cost sharing insert: averiguaremos cuánto usted debía y]* le devolveremos el dinero *[plans with cost sharing insert: por nuestra cuota del costo]*.

2. Cuando un proveedor de red le envía una factura

Los proveedores de la red siempre deben facturarnos a nosotros. Es importante que muestre su tarjeta de identificación de miembro cuando obtenga cualquier servicio o receta. Pero a veces cometen errores y le piden que pague por sus servicios o más de su cuota de los costos. **Llame a Servicios al miembro** *[insert if appropriate: o su coordinador de cuidado de salud]* al número que aparece en la parte inferior de esta página **si recibe alguna factura.**

- *[Plans with no cost sharing, insert: Puesto que pagamos por la totalidad del costo de sus servicios, usted no es responsable del pago de ningún costo. Los proveedores no deben facturarle nada por estos servicios.]*
- *[Plans with cost sharing, insert: Como miembro del plan, usted solo paga el copago cuando recibe servicios que cubrimos. No permitimos que los proveedores le facturen a usted más de esta cantidad. Esto es cierto incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor facturó por un servicio. Incluso si decidimos no pagar por algunos cargos, usted no los paga.]*
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red *[plans with cost sharing insert: que usted crea que es más de lo que debe pagar]*, envíenos la factura. Nos comunicaremos con el proveedor directamente y nos ocuparemos del asunto.
- Si ya pagó una factura de un proveedor de la red por servicios cubiertos por Medicare, *[plans with cost sharing insert: pero cree que pagó demasiado,]* envíenos la factura y el

comprobante de cualquier pago que haya realizado. Le devolveremos el dinero *[insert as appropriate: por sus servicios cubiertos or por la diferencia entre el monto que usted pagó y el monto que usted debía según nuestro plan]*.

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

A veces, su inscripción en el plan puede ser retroactiva. (Esto significa que ha pasado el primer día de su inscripción. Puede que incluso haya sido el año pasado).

- Si se inscribió retroactivamente y pagó una factura después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que le devolvamos el dinero.
- Envíenos la factura y el comprobante de cualquier pago que haya realizado.

4. Cuando utiliza una farmacia fuera de la red para surtir una receta

Si utiliza una farmacia fuera de la red, usted paga el costo total de su receta.

- Solo en unos pocos casos, cubriremos recetas surtidas en farmacias fuera de la red. Envíenos una copia de su recibo cuando nos solicite que le devolvamos el dinero *[plans with cost sharing insert: por nuestra cuota del costo]*.
- Consulte el **Capítulo 5** de su *Manual del miembro* para obtener más información sobre las farmacias fuera de la red.

5. Cuando paga el costo total de la receta *[insert if only applicable to Medicare Part D: de la Parte D de Medicare]* porque no tiene su tarjeta de identificación de miembro con usted

Si no tiene su tarjeta de identificación de miembro consigo, puede pedirle a la farmacia que nos llame o busque la información de inscripción en su plan.

- Si la farmacia no puede obtener la información de inmediato, es posible que tenga que pagar el costo total de la receta o regresar a la farmacia con su tarjeta de identificación de miembro.
- Envíenos una copia de su recibo cuando nos solicite que le devolvamos el dinero *[plans with cost sharing insert: por nuestra cuota del costo]*.

6. Cuando paga el costo total de la receta *[insert if only applicable to Medicare Part D: de la Parte D de Medicare]* para un medicamento que no está cubierto

Es posible que pague el costo total de la receta porque el medicamento no está cubierto.



Si tiene preguntas, llame a <plan name> al <toll-free phone and TTY numbers>, <days and hours of operation>. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <web address>.

- Es posible que el medicamento no esté en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (Lista de Medicamentos) en nuestro sitio web, o que tenga un requisito o restricción que usted no conoce o que no cree que se aplique a usted. Si decide obtener el medicamento, es posible que deba pagar el costo total.
 - o Si no paga el medicamento pero cree que deberíamos cubrirlo, puede solicitar una decisión de cobertura (consulte el **Capítulo 9** de su *Manual del miembro*).
 - o Si usted y su médico u otra persona que receta cree que necesita el medicamento de inmediato (dentro de las 24 horas), puede solicitar una decisión de cobertura rápida (consulte el **Capítulo 9** de su *Manual del miembro*).
- Envíenos una copia de su recibo cuando nos solicite que le devolvamos el dinero. En algunos casos, es posible que tengamos que obtener más información de su médico u otra persona autorizada a dar recetas para reembolsarle por [plans with cost sharing insert: nuestra cuota del costo pagado por] el medicamento.

Cuando nos envía una solicitud de pago, la revisamos y decidimos si el servicio o el medicamento deben estar cubiertos. A esto se le llama tomar una “decisión de cobertura”. Si decidimos que el servicio o medicamento debe estar cubierto, pagamos por [insert if the plan has cost sharing: nuestra cuota del costo].

Si denegamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el **Capítulo 9** de su *Manual del miembro*.

B. Cómo enviarnos una solicitud de pago

[Plans may edit this section to include a second address if they use different addresses for processing health care and drug claims.]

[Plans may edit this section as necessary to describe their claims process.]

Envíenos su factura y prueba de cualquier pago que haya realizado por los servicios de Medicare. [Insert if allowed: o llámenos]. El comprobante de pago puede ser una copia del cheque que escribió o un recibo del proveedor. **Es una buena idea hacer una copia de su factura y recibos para sus registros.** [Plans with care coordinators who can assist, insert: Puede pedir ayuda a su coordinador de cuidado de salud.] [Insert if applicable: Debe enviarnos su información dentro de [insert timeframe] de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.]

 **Si tiene preguntas**, llame a <plan name> al <toll-free phone and TTY numbers>, <days and hours of operation>. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <web address>.

[If the plan has a specific form for requesting payment, insert the following language: Para asegurarnos de que nos proporcione toda la información necesaria para decidir, puede rellenar nuestro formulario de reclamo para solicitar el pago.

- No está obligado a utilizar el formulario, pero eso nos ayuda a procesar la información más rápidamente.
- Puede obtener el formulario en nuestro sitio web (<web address>), o puede llamar a Servicios al miembro y solicitar el formulario.]

Envíe su solicitud de pago por correo postal junto con cualquier factura o recibo a esta dirección:

[Insert address.]

[If the plan allows members to submit oral payment requests, insert the following language:

También puede llamarnos para solicitar el pago.] [Plans include all applicable numbers and days and hours of operation.]

[Insert if applicable: Debe enviarnos su reclamo dentro de <insert timeframe> a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento].

C. Decisiones de cobertura

Cuando recibimos su solicitud de pago, tomamos una decisión de cobertura. Esto significa que decidimos si nuestro plan cubre su servicio, artículo o medicamento.

También decidimos la cantidad de dinero, si la hay, que debe pagar.

- Le haremos saber si necesitamos más información de usted.
- Si decidimos que nuestro plan cubre el servicio, artículo o medicamento y usted siguió todas las reglas para obtenerlo, le pagaremos *[plans with cost sharing insert: nuestra cuota del costo]* por él. Si ya pagó por el servicio o medicamento, le enviaremos un cheque por *[insert as applicable: lo que pagó or nuestra cuota del costo]*. Si no ha pagado, le pagaremos directamente al proveedor.

En el **Capítulo 3** de su *Manual del miembro* se explican las reglas para obtener sus servicios cubiertos. En el **Capítulo 5** de su *Manual del miembro* se explican las reglas para obtener la cobertura de sus medicamentos de receta de la Parte D de Medicare.

- Si decidimos no pagar por *[plans with cost sharing insert: nuestra cuota del costo pagado por]* el servicio o medicamento, le enviaremos una carta con los motivos. En la carta también se explican sus derechos para presentar una apelación.



Si tiene preguntas, llame a <plan name> al <toll-free phone and TTY numbers>, <days and hours of operation>. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <web address>.

- Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el Capítulo 9 *[insert reference, as applicable]*.

D. Apelaciones

Si cree que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago, puede solicitarnos que cambiemos nuestra decisión. Esto se llama “presentar una apelación”. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la cantidad que pagamos.

El proceso de apelación formal tiene procedimientos y plazos detallados. Para obtener más información sobre apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de su *Manual del miembro*: *[plans may insert reference, as applicable]*.

- Para presentar una apelación sobre el reembolso de un servicio de cuidado de salud, consulte la **Sección F** *[insert reference, as applicable]*.
- Para presentar una apelación sobre el reembolso de un medicamento, consulte la **Sección G** *[insert reference, as applicable]*.



Si tiene preguntas, llame a <plan name> al <toll-free phone and TTY numbers>, <days and hours of operation>. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <web address>.