

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2024

Evidencia de Cobertura:

Sus beneficios y servicios de salud de Medicare y su cobertura de medicamentos recetados como miembro de Florida Complete Care (HMO D-SNP)

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

Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-833-FC2-PLAN (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana (excepto Acción de Gracias y Navidad) del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto días festivos) del 1 de abril al 30 de septiembre. Esta llamada es gratuita.

Este plan, Florida Complete Care (D-SNP), es ofrecido por Florida Complete Care (Cuando esta Evidencia de Cobertura dice "nosotros", "nos" o "nuestro", significa Florida Complete Care. Cuando dice "plan" o "nuestro plan", se refiere a Florida Complete Care (HMO D-SNP).

Este documento está disponible de forma gratuita en diferentes formatos, incluyendo braille, letra grande y audio. Llame a Servicios para Miembros al número indicado anteriormente si necesita información sobre el plan en otro formato.

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

El formulario, la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario. Notificaremos a los afiliados afectados sobre los cambios con al menos 30 días de anticipación.

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

- La prima de su plan y los costos compartidos;
- Sus beneficios médicos y de medicamentos recetados;
- Cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento;
- Cómo ponerse en contacto con nosotros si necesita más ayuda; y
- Otras protecciones requeridas por la ley de Medicare.

Evidencia de Cobertura 2024**Índice**

CAPÍTULO 1: <i>Primeros pasos como miembro</i>	5
SECCIÓN 1 Introducción.....	6
SECCIÓN 2 ¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan?.....	8
SECCIÓN 3 Materiales importantes de membresía que recibirá.....	10
SECCIÓN 4 Su mensualidad costos de Florida Complete Care (HMO D-SNP).....	11
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual.....	14
SECCIÓN 6 Mantener actualizado su registro de membresía del plan.....	15
SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan.....	16
CAPÍTULO 2: <i>Números de teléfono y recursos importantes</i>	18
SECCIÓN 1 Contactos de Florida Complete Care (HMO D-SNP) (cómo comunicarse con nosotros, incluido cómo comunicarse con Servicios para miembros).....	19
SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare).....	25
SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (ayuda, información y respuestas gratuitas a sus preguntas sobre Medicare).....	26
SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad.....	27
SECCIÓN 5 Seguridad social.....	28
SECCIÓN 6 Medicaid.....	29
SECCIÓN 7 Información sobre programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos recetados.....	31
SECCIÓN 8 Cómo ponerse en contacto con la Junta de Jubilación Ferroviaria.....	33
SECCIÓN 9 ¿Tiene seguro grupal u otro seguro de salud de un empleador?.....	34
CAPÍTULO 3: <i>Uso del plan para sus servicios médicos</i>	35
SECCIÓN 1 Cosas que debe saber sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan	36
SECCIÓN 2 Use proveedores de la red del plan para obtener su atención médica.....	38
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cuando tiene una emergencia o necesidad urgente de atención o durante un desastre.....	41
SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si se le factura directamente el costo total de sus servicios?.....	43
SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando está en un estudio de investigación clínica?	44

Índice

SECCIÓN 6	Reglas para recibir atención médica en un centro de atención médica religioso no médico institución	46
SECCIÓN 7	Normas para la propiedad de equipos médicos duraderos.....	47
CAPÍTULO 4:	<i>Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)</i>	49
SECCIÓN 1	Comprender los servicios cubiertos.....	50
SECCIÓN 2	Uso el <i>Tabla de Beneficios Médicos</i> para saber qué está cubierto	51
SECCIÓN 3	¿Qué servicios están cubiertos fuera de Florida Complete Care (HMO D-SNP)?	84
SECCIÓN 4	Qué servicios no están cubiertos por el plan?.....	85
CAPÍTULO 5:	<i>Uso de la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D.</i>	89
SECCIÓN 1	Introducción.....	90
SECCIÓN 2	Surta su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan.....	91
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar en la "Lista de medicamentos" del plan	95
SECCIÓN 4	Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos.....	96
SECCIÓN 5	¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que le gustaría que estuviera cubierto?	98
SECCIÓN 6	¿Qué pasa si cambia la cobertura de uno de sus medicamentos?.....	100
SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos son? <i>no</i> cubierto por el plan?	103
SECCIÓN 8	Cómo surtir una receta.....	104
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales.....	105
SECCIÓN 10	Programas sobre seguridad de medicamentos y administración de medicamentos	107
SECCIÓN 11	Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y en qué etapa de pago se encuentra.....	109
CAPÍTULO 6:	<i>Pedirnos que paguemos una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos</i>	112
SECCIÓN 1	Situaciones en las que debes preguntar para pagar sus servicios o medicamentos cubiertos.....	113
SECCIÓN 2	Cómo pedirnos que le devolvamos el dinero o que paguemos una factura han recibido.....	115
SECCIÓN 3	Consideraremos su solicitud de pago y le diremos que sí o no.....	115
CAPÍTULO 8:	<i>Sus derechos y responsabilidades</i>	117
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan	118

SECCIÓN 2	Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan	124
CAPÍTULO 9:	<i>Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)</i>	126
SECCIÓN 1	Introducción.....	127
SECCIÓN 2	Dónde obtener más información y asistencia personalizada.....	127
SECCIÓN 3	Comprender las quejas y apelaciones de Medicare y Medicaid en nuestro plan	128
SECCIÓN 4	Decisiones de cobertura y apelaciones.....	128
SECCIÓN 5	Una guía sobre los conceptos básicos de las decisiones de cobertura y las apelaciones	129
SECCIÓN 6	Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura.....	133
SECCIÓN 7	Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	143
SECCIÓN 8	Cómo pedirnos que cubramos una estadía hospitalaria más larga si cree que Le están dando el alta demasiado pronto.....	153
SECCIÓN 9	Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura está terminando demasiado pronto	161
SECCIÓN 10	Llevar su apelación al Nivel 3 y más allá.....	167
SECCIÓN 11	Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes.....	170
CAPÍTULO 10:	<i>Finalización de su membresía en el plan</i>	175
SECCIÓN 1	Introducción hasta la finalización de su membresía en nuestro plan.....	176
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan?	176
SECCIÓN 3	¿Cómo finaliza su membresía en nuestro plan?.....	180
SECCIÓN 4	Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo su atención médica artículos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan.....	181
SECCIÓN 5	<i>Florida Complete Care (HMO D-SNP)</i> debe finalizar su membresía en el plan en ciertas situaciones.....	181
CAPÍTULO 11:	<i>Avisos legales</i>	184
SECCIÓN 1	Aviso sobre la ley aplicable.....	185
SECCIÓN 2	Aviso sobre la no discriminación	185
SECCIÓN 3	Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare.....	185

CAPÍTULO 12: *Definiciones de palabras importantes*..... 186

CAPÍTULO 1:

Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Está inscrito en Florida Complete Care (HMO D-SNP), que es un plan especializado de Medicare Advantage (Plan de Necesidades Especiales)
--------------------	--

Usted está cubierto tanto por Medicare como por Medicaid:

- **Medicare** es el programa federal de seguro de salud para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal).
- **Medicaid** es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda con los costos médicos de ciertas personas con ingresos y recursos limitados. La cobertura de Medicaid varía según el estado y el tipo de Medicaid que tenga. Algunas personas con Medicaid reciben ayuda para pagar sus primas de Medicare y otros costos. Otras personas también reciben cobertura para servicios y medicamentos adicionales que no están cubiertos por Medicare.

Usted ha elegido obtener su atención médica de Medicare y Medicaid y su cobertura de medicamentos recetados a través de nuestro plan, Florida Complete Care (HMO D-SNP). Estamos obligados a cubrir todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso a proveedores en este plan difieren de Medicare Original.

Florida Complete Care (HMO D-SNP) es un plan especializado de Medicare Advantage (un plan de necesidades especiales de Medicare), lo que significa que sus beneficios están diseñados para personas con necesidades especiales de atención médica. Florida Complete Care (HMO D-SNP) está diseñado para personas que tienen Medicare y que también tienen derecho a recibir asistencia de Medicaid.

Debido a que recibe asistencia de Medicaid con sus costos compartidos de las Partes A y B de Medicare (deducibles, copagos y coaseguro), es posible que no pague nada por sus servicios de atención médica de Medicare. Medicaid también le brinda otros beneficios al cubrir servicios de atención médica que generalmente no están cubiertos por Medicare. También recibirá "Ayuda adicional" de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos recetados de Medicare. Florida Complete Care (HMO D-SNP) le ayudará a administrar todos estos beneficios por usted, para que obtenga los servicios de atención médica y la asistencia de pago a los que tiene derecho.

Florida Complete Care (HMO D-SNP) es administrado por una compañía privada. Al igual que todos los planes Medicare Advantage, este plan de necesidades especiales de Medicare está aprobado por Medicare. El plan también tiene un contrato con el programa Medicaid de Florida para coordinar sus beneficios de Medicaid. Nos complace brindarle su cobertura de atención médica de Medicare y Medicaid, incluida su cobertura de medicamentos recetados y servicios de atención a largo plazo.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

La cobertura de este Plan califica como Cobertura de Salud Calificada (QHC, por sus siglas en inglés) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (ACA, por sus siglas en inglés). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) en: www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Sección 1.2 ¿Cuál es el Evidencia de Cobertura ¿Sobre qué documento?

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

Las palabras *cobertura* y servicios cubiertos *se refieren a la atención y los servicios médicos y los medicamentos recetados disponibles para usted como miembro de Florida Complete Care (HMO D-SNP)*.

Es importante que conozca cuáles son las reglas del plan y qué servicios están disponibles para usted. Le recomendamos que reserve algo de tiempo para revisar este *documento de Evidencia de Cobertura*.

Si está confundido, preocupado o simplemente tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicios para miembros.

Sección 1.3 Información legal sobre el Evidencia de Cobertura

Esta *Evidencia de Cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo Florida Complete Care (HMO D-SNP) cubre su atención. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* y cualquier aviso que reciba de nosotros sobre cambios en su cobertura o condiciones que afecten su cobertura. Estos avisos a veces se denominan anexos o *enmiendas*.

El contrato está vigente para los meses en los que esté inscrito en Florida Complete Care (HMO D-SNP) entre el 1 de enero de 2024 y el 31 de diciembre de 2024.

Cada año calendario, Medicare nos permite hacer cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Florida Complete Care (HMO D-SNP) después del 31 de diciembre de 2024. También podemos optar por dejar de ofrecer el plan en su área de servicio, u ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2024.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar Florida Complete Care (HMO D-SNP) cada año. Puede continuar cada año obteniendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan, siempre y cuando decidamos continuar ofreciendo el plan y Medicare renueve su aprobación del plan.

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

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad
--

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

- Tiene tanto la Parte A de Medicare como la Parte B de Medicare
- -- y -- Usted vive en nuestra área geográfica de servicio (la Sección 2.3 a continuación describe nuestra área de servicio). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área geográfica de servicio, incluso si se encuentran físicamente en ella.
- -- y -- usted es ciudadano de los Estados Unidos o está legalmente presente en los Estados Unidos
- -- y -- Usted cumple con los requisitos especiales de elegibilidad que se describen a continuación.

Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan

Nuestro plan está diseñado para satisfacer las necesidades de las personas que reciben ciertos beneficios de Medicaid. (Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda con los costos médicos de ciertas personas con ingresos y recursos limitados). Para ser elegible para nuestro plan, debe ser elegible tanto para Medicare como para Medicaid. Este plan es un Plan de Necesidades Especiales Totalmente Integrado (FIDE, por sus siglas en inglés) para personas que viven en nuestra área de servicio y tienen el plan de atención a largo plazo Community Care de Florida.

Tenga en cuenta: Si pierde su elegibilidad, pero se puede esperar razonablemente que recupere la elegibilidad dentro de los seis meses, entonces aún es elegible para la membresía en nuestro plan (el Capítulo 4, Sección 2.1 le informa sobre la cobertura y los costos compartidos durante un período de elegibilidad considerada continua).

Sección 2.2 ¿Qué es Medicaid?

Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda con los costos médicos y de atención a largo plazo para ciertas personas que tienen ingresos y recursos limitados. Cada estado decide qué cuenta como ingresos y recursos, quién es elegible, qué servicios están cubiertos y el costo de los servicios. Los estados también pueden decidir cómo ejecutar su programa, siempre y cuando sigan las pautas federales.

Beneficio completo con doble elegibilidad: Es posible que haya asistencia financiera disponible para pagar la prima de la Parte A de Medicare y/o las primas de la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coaseguros y copagos) y proporciona beneficios completos de Medicaid.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Además, hay programas que se ofrecen a través de Medicaid que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como sus primas de Medicare. Estos "Programas de Ahorros de Medicare" ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero cada año:

- **Beneficiario calificado de Medicare (QMB, por sus siglas en inglés):** ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coaseguros y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para recibir todos los beneficios de Medicaid (QMB+)).
- **Beneficiario Específico de Medicare de Bajos Ingresos (SLMB, por sus siglas en inglés):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para recibir los beneficios completos de Medicaid (SLMB+)).
- **Individuo Calificado (QI, por sus siglas en inglés):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Personas Discapacitadas y Trabajadoras Calificadas (QDWI, por sus siglas en inglés):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Sección 2.3	Aquí está el área de servicio del plan para Florida Complete Care (HMO D-SNP)
--------------------	--

Florida Complete Care (HMO D-SNP) está disponible solo para personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar residiendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye estos condados en Florida: Alachua, Brevard, Broward, Duval, Escambia, Hillsborough, Indian River, Lee, Marion, Martin Miami-Dade, Orange, Osceola, Palm Beach, Pasco, Pinellas, Polk, Santa Rosa, Sarasota, Seminole, St. Lucie y Volusia.

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

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

Sección 2.4	Ciudadano de los EE. UU. o presencia legal
--------------------	---

Un miembro de un plan de salud de Medicare debe ser ciudadano estadounidense o estar legalmente presente en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a Florida Complete Care (HMO D-SNP) si usted no es elegible para seguir

siendo miembro por este motivo. Florida Complete Care (HMO D-SNP) debe cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes de membresía que recibirá

Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de membresía cada vez que reciba servicios cubiertos por este plan y para los medicamentos recetados que obtenga en las farmacias de la red. También debe mostrarle al proveedor su tarjeta de Medicaid. Aquí tienes un ejemplo de tarjeta de socio para que te muestre cómo será la tuya:



NO use su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta Florida Complete Care (HMO D-SNP), es posible que tenga que pagar el costo total de los servicios médicos usted mismo. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que se le pida que lo muestre si necesita servicios hospitalarios, servicios de hospicio o si participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare, también llamados ensayos clínicos.

Si su tarjeta de membresía del plan se daña, se pierde o es robada, llame a Servicios para Miembros de inmediato y le enviaremos una nueva tarjeta.

Sección 3.2 Directorio de proveedores

El *Directorio de proveedores* enumera a los proveedores de nuestra red actual y a los proveedores de equipos médicos duraderos. **Los proveedores de la red son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, proveedores de equipos médicos duraderos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago total.**

Debe usar proveedores de la red para obtener su atención y servicios médicos. Si vas a otro lugar sin la debida autorización, tendrás que pagar en su totalidad. Las únicas excepciones son las

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

emergencias, los servicios que se necesitan con urgencia cuando la red no está disponible (es decir, en situaciones en las que no es razonable o no es posible obtener servicios dentro de la red), los servicios de diálisis fuera del área y los casos en los que Florida Complete Care (HMO D-SNP) autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

Si no tiene su copia del Directorio de *proveedores*, puede solicitar una copia (electrónicamente o en forma impresa) a Servicios para Miembros. Las solicitudes de directorios de proveedores impresos se le enviarán por correo en un plazo de tres días hábiles.

Sección 3.3 Directorio de Farmacias

El directorio de farmacias enumera las farmacias de nuestra red. **Las farmacias de** la red son todas las farmacias que han acordado surtir recetas cubiertas para los miembros de nuestro plan. Puede usar el *Directorio de farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desea usar. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo puede usar farmacias que no están en la red del plan.

Si no tiene el *Directorio de farmacias*, puede obtener una copia de Servicios para Miembros. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en www.FC2healthplan.com.

Sección 3.4 La lista de medicamentos cubiertos del plan (Formulario)

El plan tiene una *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*. Lo llamamos la "Lista de Medicamentos" para abreviar. Indica qué medicamentos recetados de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en Florida Complete Care (HMO D-SNP). Los medicamentos de esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la "Lista de medicamentos" de Florida Complete Care (HMO D-SNP).

La "Lista de medicamentos" también le indica si hay alguna regla que restrinja la cobertura de sus medicamentos.

Le proporcionaremos una copia de la "Lista de medicamentos". Para obtener la información más completa y actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (www.FC2healthplan.com) o llamar a Servicios para Miembros.

SECCIÓN 4 Su mensualidad costos de Florida Complete Care (HMO D-SNP)

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Prima de Beneficio Suplementario Opcional (Sección 4.3)

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

- Multa por inscripción tardía de la Parte D (Sección 4.4)
- Monto Mensual Ajustado Relacionado con los Ingresos (Sección 4.5)

En algunas situaciones, la prima de su plan podría ser menor Sección 4.1 Prima del plan

Usted no paga una prima mensual separada del plan para Florida Complete Care (HMO D-SNP).

Sección 4.2 Mensual Prima de la Parte B de Medicare**Muchos miembros están obligados a pagar otras primas de Medicare**

Algunos miembros están obligados a pagar otras primas de Medicare. Como se explica en la Sección 2 anterior, para ser elegible para nuestro plan, debe mantener su elegibilidad para Medicaid, así como tener tanto la Parte A como la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de Florida Complete Care (HMO D-SNP), Medicaid paga su prima de la Parte A (si no califica automáticamente) y su prima de la Parte B.

Si Medicaid no paga sus primas de Medicare por usted, debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan. Esto incluye su prima de la Parte B. También puede incluir una prima para la Parte A que afecta a los miembros que no son elegibles para la Parte A sin prima.

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía de la Parte D

Debido a que usted es doblemente elegible, el LEP no se aplica a usted mientras mantenga su estatus de doble elegibilidad, pero si pierde su estatus de doble elegibilidad, puede incurrir en un LEP. La multa por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que se debe pagar por la cobertura de la Parte D si en cualquier momento después de que finalice su período de inscripción inicial, hay un período de 63 días o más seguidos en el que no tuvo la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados. La cobertura acreditable de medicamentos recetados es una cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo haya pasado sin la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados. Tendrá que pagar esta multa mientras tenga cobertura de la Parte D.

No **tendrás** que pagarlo si:

- Usted recibe "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos recetados.
- Ha pasado menos de 63 días seguidos sin cobertura acreditable.
- Ha tenido una cobertura de medicamentos acreditable a través de otra fuente, como un empleador anterior, un sindicato, TRICARE o el Departamento de Asuntos de Veteranos. Su aseguradora o su departamento de recursos humanos le dirán cada año si su cobertura

de medicamentos es una cobertura acreditable. Esta información puede ser enviada a usted en una carta o incluida en un boletín informativo del plan. Guarde esta información, ya que es posible que la necesite si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

- **Nota:** Cualquier aviso debe indicar que usted tenía una cobertura de medicamentos recetados acreditable que se espera que pague tanto como paga el plan estándar de medicamentos recetados de Medicare.
- **Nota:** Las siguientes *coberturas de medicamentos recetados no son* acreditables: tarjetas de descuento para medicamentos recetados, clínicas gratuitas y sitios web de descuentos en medicamentos.

Medicare determina el monto de la multa. Así es como funciona:

- Primero, cuente la cantidad de meses completos que retrasó la inscripción en un plan de medicamentos de Medicare, después de haber sido elegible para inscribirse. O cuente el número de meses completos que no tuvo cobertura acreditable de medicamentos recetados, si la interrupción de la cobertura fue de 63 días o más. La multa es del 1% por cada mes que no haya tenido cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será del 14%.
- Para 2024, este monto promedio de prima es de \$37.70.
- Para calcular su multa mensual, multiplique el porcentaje de multa y la prima mensual promedio y luego redondee a los 10 centavos más cercanos. En el ejemplo de aquí, sería el 14% multiplicado por 37,70 dólares, lo que equivale a 5,278 dólares. Esto se redondea a 37,70 dólares. Esta cantidad se agregaría **a la prima mensual para alguien con una multa por inscripción tardía de la Parte D.**

Hay tres cosas importantes para tener en cuenta sobre esta multa mensual por inscripción tardía de la Parte D:

- En primer lugar, **la multa puede cambiar cada año, porque la prima mensual promedio puede cambiar cada año.**
- En segundo lugar, **continuará pagando una multa** todos los meses mientras esté inscrito en un plan que tenga beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- En tercer lugar, si tiene menos de 65 años y actualmente recibe beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se restablecerá cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, su multa por inscripción tardía de la Parte D se basará únicamente en los meses en que no tenga cobertura después de su período de inscripción inicial para envejecer en Medicare.

Si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión. Por lo general, debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que reciba indicando que tiene que

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si estaba pagando una multa antes de unirse a nuestro plan, es posible que no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de esa multa por inscripción tardía.

Importante: No deje de pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D mientras espera una revisión de la decisión sobre su multa por inscripción tardía. Si lo hace, podría ser dado de baja por falta de pago de las primas de su plan.

Sección 4.4	Monto del Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos
--------------------	--

Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como el Monto de Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos de la Parte D, también conocido como IRMAA. El cargo adicional se calcula utilizando su ingreso bruto ajustado modificado según lo informado en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años. Si esta cantidad es superior a cierta cantidad, pagará la cantidad de la prima estándar y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre la cantidad adicional que puede tener que pagar en función de sus ingresos, visite <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>.

Si tiene que pagar una cantidad adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta informándole cuál será esa cantidad adicional. El monto adicional se retendrá de su cheque de beneficios del Seguro Social, la Junta de Jubilación Ferroviaria o la Oficina de Administración de Personal, sin importar cómo pague normalmente la prima de su plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Debe pagar el monto adicional al gobierno. No se puede pagar con la prima mensual de su plan. Si no paga el monto adicional, se cancelará su inscripción en el plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.**

Si no está de acuerdo en pagar una cantidad adicional, puede pedirle al Seguro Social que revise la decisión. Para obtener más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con el Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

SECCIÓN 5 **Más información sobre su prima mensual**

Sección 5.1	¿Podemos cambiar la prima mensual de su plan durante el año?
--------------------	---

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

Sin embargo, en algunos casos, es posible que pueda dejar de pagar una multa por inscripción tardía, si se debe. O necesita comenzar a pagar una multa por inscripción tardía. Esto podría

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

suceder si usted es elegible para el programa de "Ayuda Adicional" o si pierde su elegibilidad para el programa de "Ayuda Adicional" durante el año:

- Si actualmente paga la multa por inscripción tardía de la Parte D y es elegible para la "Ayuda Adicional" durante el año, podrá dejar de pagar su multa.
- Si pierde la Ayuda Adicional, puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía si pasa 63 días seguidos o más sin la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados.

Puede obtener más información sobre el programa de "Ayuda adicional" en el Capítulo 2, Sección 7.

SECCIÓN 6 Mantener actualizado su registro de membresía del plan

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

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

Háganos saber sobre estos cambios:

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

Si alguna de esta información cambia, háganoslo saber llamando a Servicios para Miembros. Los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

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

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Otros seguros

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

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

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

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

- Si tiene cobertura para jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o en el de un miembro de su familia, quién paga primero depende de su edad, la cantidad de personas empleadas por su empleador y si tiene Medicare según la edad, la discapacidad o la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD):
 - Si usted tiene menos de 65 años y está discapacitado y usted o un miembro de su familia todavía está trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados o al menos un empleador en un plan de empleadores múltiples que tiene más de 100 empleados.
 - Si tiene más de 65 años y usted o su cónyuge o pareja de hecho todavía está trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 o más empleados o al menos un empleador en un plan de empleadores múltiples que tiene más de 20 empleados.

- Si tiene Medicare debido a la ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de que sea elegible para Medicare.

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

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

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

CAPÍTULO 2:

Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1 Contactos de Florida Complete Care (HMO D-SNP) **(cómo comunicarse con nosotros, incluido cómo comunicarse con Servicios para miembros)**

Cómo comunicarse con Servicios para Miembros de nuestro plan

Para obtener ayuda con reclamos, facturación o preguntas sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba a Servicios para Miembros de Florida Complete Care (HMO D-SNP). Estaremos encantados de ayudarte.

Método	Servicios para miembros - Información de contacto
LLAMAR	<p>1-833-FC2-PLAN</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana (excepto Acción de Gracias y Navidad) del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto días festivos) del 1 de abril al 30 de septiembre. Nuestro sistema automatizado está disponible en cualquier momento para opciones de autoservicio. También puede dejar un mensaje fuera del horario de atención y los fines de semana y días festivos. Por favor, deje su número de teléfono y el resto de la información solicitada por nuestro sistema automatizado. Un representante le devolverá la llamada al final del siguiente día hábil</p> <p>El Departamento de Servicios para Miembros también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana (excepto Acción de Gracias y Navidad) del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto días festivos) del 1 de abril al 30 de septiembre</p>
ESCRIBIR	<p>Cuidado completo de Florida P.O Box 667870 Miami, Florida 33166</p>
SITIO WEB	<p>www.FC2healthplan.com</p>

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes**Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura sobre su atención médica**

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos recetados de la Parte D. Una apelación es una forma formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones sobre su atención médica o medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Método	Decisiones de cobertura para atención médica - Información de contacto
LLAMAR	1-833-FC2-PLAN Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana (excepto Acción de Gracias y Navidad) del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto días festivos) del 1 de abril al 30 de septiembre.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana (excepto Acción de Gracias y Navidad) del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto días festivos) del 1 de abril al 30 de septiembre
ESCRIBIR	Cuidado completo de Florida P.O Box 667870 Miami, Florida 33166

Método	Apelaciones para atención médica - Información de contacto
LLAMAR	1-833-FC2-PLAN Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana (excepto Acción de Gracias y Navidad) del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto días festivos) del 1 de abril al 30 de septiembre.
TTY	711 El horario es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana (excepto Acción de Gracias y Navidad) del 1 de octubre al 31 de marzo, y de

Método	Apelaciones para atención médica - Información de contacto
	lunes a viernes (excepto días festivos) del 1 de abril al 30 de septiembre.
ESCRIBIR	Las solicitudes de apelación se pueden enviar por correo postal o electrónico a las direcciones abajo: Florida Complete Care- Apelaciones P.O Box 668170 Miami, Florida 33166 Correo electrónico: Appeals@FC2healthplan.com

Método	Apelaciones para medicamentos recetados de la Parte D – Información de contacto
LLAMAR	1-855-344-0930 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
FAX	1-855-633-7673
ESCRIBIR	Las solicitudes de apelación se pueden enviar por correo a la siguiente dirección: Appeals, 1 CVS Caremark P.O. Box 668170, Miami, FL 33166
Método	Decisiones de cobertura para medicamentos recetados de la Parte D Información – Información de contacto
LLAMAR	1-855-344-0930 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
FAX	1-855-633-7673

Método	Decisiones de cobertura para medicamentos recetados de la Parte D Información – Información de contacto
ESCRIBIR	Autorización previa de CVS Caremark P.O Box 52000 MC109 Phoenix, AZ 85072-2000

Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una queja sobre su atención médica

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre uno de nuestros proveedores o farmacias de la red, incluida una queja sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no involucra disputas de cobertura o pago. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Método	Quejas sobre la atención médica - Información de contacto
LLAMAR	1-833-FC2-PLAN Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana (excepto Acción de Gracias y Navidad) del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto días festivos) del 1 de abril al 30 de septiembre.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana (excepto Acción de Gracias y Navidad) del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto días festivos) del 1 de abril al 30 de septiembre.
FAX	1-800-887-2838
ESCRIBIR	Florida Complete Care- Queja P.O Box 668800 Miami, Florida 33166 Correo electrónico: Grievance@FC2healthplan.com
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre Florida Complete Care (HMO D-SNP) directamente a Medicare. Para presentar una queja en línea a Medicare, vaya a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Método	Quejas sobre medicamentos recetados de la Parte D – Información de contacto
LLAMAR	1-844-740-0625 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
ESCRIBIR	Departamento de Quejas de la Parte D de CVS Caremark Medicare P.O Box 30016 Pittsburgh, PA 15222-0330
SITIO WEB	Puede presentar una queja sobre Florida Complete Care directamente a Medicare. Para presentar una queja en línea a Medicare, vaya a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Dónde enviar una solicitud pidiéndonos que paguemos el costo de la atención médica o de un medicamento que haya recibido.

Si ha recibido una factura o ha pagado por servicios (como una factura de proveedor) que cree que deberíamos pagar, es posible que deba solicitarnos un reembolso o pagar la factura del proveedor. Consulte el Capítulo 7 (*Pedirnos que paguemos una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

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

Método	Solicitudes de pago – Información de contacto
LLAMAR	1-833-FC2-PLAN Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana (excepto Acción de Gracias y Navidad) del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto días festivos) del 1 de abril al 30 de septiembre.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana (excepto Acción de Gracias y Navidad) del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto días festivos) del 1 de abril al 30 de septiembre.
ESCRIBIR	Florida Complete Care- Departamento de Reclamos P.O Box 21688 Eagan, MN 55121
SITIO WEB	www.FC2healthplan.com

Método	Solicitudes de pago de medicamentos recetados - Información de contacto
LLAMAR	CVS1-844-740-0625 Las llamadas a este número son gratuitas. Abierto las 24 horas del día, los 7 días de la semana
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Abierto las 24 horas del día, los 7 días de la semana
ESCRIBIR	P.O. Box 5206652000 Phoenix, AZ 85072-2000
SITIO WEB	www.FC2healthplan.com

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

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

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

Método	Medicare – Información de contacto
LLAMAR	1-800-MEDICARE, o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas.
SITIO WEB	<u>www.Medicare.gov</u> Este es el sitio web oficial del gobierno para Medicare. Le brinda información actualizada sobre Medicare y los problemas actuales de Medicare. También tiene información sobre hospitales, hogares de ancianos, médicos, agencias de atención médica en el hogar y centros de diálisis. Incluye documentos que puedes imprimir directamente desde tu ordenador. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado. El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre su elegibilidad para Medicare y las opciones de inscripción con las siguientes herramientas: <ul style="list-style-type: none">• Herramienta de elegibilidad de Medicare: Proporciona información sobre el estado de elegibilidad de Medicare.• Buscador de planes de Medicare: Proporciona información personalizada sobre los planes de medicamentos recetados de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas de Medigap (seguro complementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas proporcionan una <i>estimación</i> de cuáles podrían ser sus gastos de bolsillo en diferentes planes de Medicare.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Método	Medicare – Información de contacto
SITIO WEB (continuación)	<p>También puede usar el sitio web para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga sobre Florida Complete Care (HMO D-SNP):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informe a Medicare sobre su queja: Puede presentar una queja sobre Florida Complete Care (HMO D-SNP) directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, vaya a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma en serio sus quejas y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare. <p>Si no tiene una computadora, es posible que su biblioteca local o centro para personas mayores pueda ayudarlo a visitar este sitio web usando su computadora. O bien, puede llamar a Medicare y decirles qué información está buscando. Ellos encontrarán la información en el sitio web y revisarán la información con usted. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).</p>

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (ayuda, información y respuestas gratuitas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa gubernamental con consejeros capacitados en todos los estados. En Florida, el SHIP se llama Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE).

SHINE es un programa estatal independiente (no conectado con ninguna compañía de seguros o plan de salud) que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito sobre seguros de salud locales a personas con Medicare.

Los consejeros de SHINE pueden ayudarlo a entender sus derechos de Medicare, ayudarlo a presentar quejas sobre su atención o tratamiento médico y ayudarlo a resolver problemas con sus facturas de Medicare. Los consejeros de SHINE también pueden ayudarlo con preguntas o problemas de Medicare y ayudarlo a entender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre el cambio de plan.

MÉTODO PARA ACCEDER A LA NAVE y OTROS RECURSOS:

- Visite <https://www.shiphelp.org> (Haga clic en LOCALIZADOR DE BARCOS en el centro de la página)
- Haga clic en **Hablar con alguien** en el medio de la página de inicio
- Ahora tiene las siguientes opciones
 - Opción #1: Puede tener un **chat en vivo con un representante del 1-800-MEDICARE**
 - Opción #2: Puede seleccionar su **ESTADO** en el menú desplegable y hacer clic en IR. Esto te llevará a una página con números de teléfono y recursos específicos de tu estado.

Método	SHINE: Florida SHIP – Información de contacto
LLAMAR	1-800-96-ELDER (1-800-963-5337) De lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., hora local
TTY	1-800-955-8770 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para Personas que tienen dificultades para oír o hablar.
ESCRIBIR	Departamento de Asuntos de la Tercera Edad 4040 Esplanade Way, Suite 270 Tallahassee, FL 32399-7000
SITIO WEB	http://www.floridashine.org/

SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Existe una Organización de Mejoramiento de la Calidad designada para atender a los beneficiarios de Medicare en cada estado. Para Florida, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama KEPRO.

KEPRO es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a los que Medicare paga para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. KEPRO es una organización independiente. No está relacionado con nuestro plan.

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

- Tiene una queja sobre la calidad de la atención que ha recibido.
- Cree que la cobertura de su estadia en el hospital está terminando demasiado pronto.
- Cree que la cobertura de su atención médica en el hogar, la atención en un centro de enfermería especializada o los servicios del Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés) están terminando demasiado pronto.

Método	KEPRO: Organización para el Mejoramiento de la Calidad de la Florida – Información de contacto
LLAMAR	1-888-317-0751 de 9 a.m. a 5 p.m., hora local, de lunes a viernes; De 11 a.m. a 3 p.m., hora local, los fines de semana y días festivos.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.
ESCRIBIR	KEPRO 5201 W. Kennedy Blvd., Suite 900 Tampa, FL 33609
SITIO WEB	www.keproqio.com/

SECCIÓN 5 Seguridad social

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

El Seguro Social también es responsable de determinar quién tiene que pagar una cantidad adicional por su cobertura de medicamentos de la Parte D porque tiene ingresos más altos. Si recibió una carta del Seguro Social diciéndole que tiene que pagar la cantidad adicional y tiene preguntas sobre la cantidad o si sus ingresos disminuyeron debido a un evento que le cambió la vida, puede llamar al Seguro Social para solicitar una reconsideración.

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

Método	Seguro Social – Información de contacto
LLAMAR	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8:00 am a 7:00 pm, de lunes a viernes. Puede usar los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información registrada y realizar algunos trámites las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8:00 am a 7:00 pm, de lunes a viernes.
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Para inscribirse en este Plan de Necesidades Especiales de Doble Elegible, debe estar inscrito en Medicare y también debe recibir ciertos niveles de asistencia de Florida Medicaid. (Consulte el Capítulo 1, Sección 2.1 "Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan" para conocer los requisitos específicos de este plan).

Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda con los costos médicos de ciertas personas con ingresos y recursos limitados.

Beneficio completo con doble elegibilidad (FBDE): La asistencia financiera puede estar disponible para pagar las primas de la Parte A de Medicare y/o las primas de la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coaseguros y copagos) y proporciona beneficios completos de Medicaid.

- **Beneficiario Calificado de Medicare Plus (QMB+):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coaseguros y copagos) y proporciona beneficios completos de Medicaid para los servicios de Medicaid proporcionados por los proveedores de Medicaid.
- **Beneficiario Plus de Medicare de Bajos Ingresos Especificado (SLMB+):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B y proporciona beneficios completos de Medicaid para los servicios de Medicaid proporcionados por los proveedores de Medicaid.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Si cumple con los requisitos especiales de elegibilidad y se inscribe en este plan, recibirá todos sus beneficios de Medicare y los servicios de atención a largo plazo de Medicaid a través de Florida Complete Care. El programa de Atención a Largo Plazo (LTC, por sus siglas en inglés) de Medicaid brinda servicios de enfermería y atención domiciliaria y comunitaria a quienes califican. Para obtener detalles sobre los beneficios de su programa de atención a largo plazo, consulte el manual para miembros de Medicaid que recibió cuando se inscribió por primera vez en el plan de atención a largo plazo Florida Community Care.

Si tiene preguntas sobre la asistencia que recibe de Medicaid, comuníquese con el Programa de Medicaid de Florida – Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud.

Método	Programa de Medicaid de Florida – Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud: Programa de Medicaid de Florida – Información de contacto
LLAMAR	1-888-419-3456 De lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. ET
TTY	1-800-955-8771 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.
ESCRIBIR	Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud 2727 Mahan Drive Tallahassee, FL 32308
SITIO WEB	https://ahca.myflorida.com/Medicaid/index.shtml

El Programa del Defensor del Pueblo para Cuidados a Largo Plazo ayuda a las personas a obtener información sobre los hogares de ancianos y a resolver problemas entre los hogares de ancianos y los residentes o sus familias.

Método	Programa del Defensor del Pueblo de Cuidado a Largo Plazo del Departamento de Asuntos de la Tercera Edad - Información de contacto
LLAMAR	850-414-2323 o al número gratuito 1-888-831-0404
TTY	711
ESCRIBIR	4040 Esplanade Way, Suite 380 Tallahassee, FL 32399-7000 Correo electrónico: LTCOPInformer@elderaffairs.org
SITIO WEB	https://ombudsman.elderaffairs.org/
Método	<i>Programa de Defensores del Pueblo de Atención a Largo Plazo (LTC) Florida– Información de contacto</i>
LLAMAR	850-414-2323 o al número gratuito 1-888-831-0404
TTY	711
ESCRIBIR	4040 Esplanade Way, Suite 380 Tallahassee, FL 32399-7000 Correo electrónico: LTCOPInformer@elderaffairs.org
SITIO WEB	https://ombudsman.elderaffairs.org/

SECCIÓN 7 Información sobre programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos recetados

El sitio web de Medicare.gov (<https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs>) proporciona información sobre cómo reducir los costos de sus medicamentos recetados. Para las personas con ingresos limitados, también hay otros programas de ayuda, que se describen a continuación.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes**Programa de "Ayuda Adicional" de Medicare**

Debido a que usted es elegible para Medicaid, califica y está recibiendo "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. No necesita hacer nada más para obtener esta "Ayuda Adicional".

Si tiene preguntas sobre "Ayuda adicional", llame al:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 (solicitudes), las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
- La Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 8 a.m. a 7 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o
- Su oficina estatal de Medicaid (solicitudes) (consulte la Sección 6 de este capítulo para obtener información de contacto).

Si cree que está pagando un monto incorrecto de costos compartidos cuando obtiene su receta en una farmacia, nuestro plan tiene un proceso para que solicite ayuda para obtener evidencia de su nivel de copago adecuado o, si ya tiene la evidencia, para proporcionarnos esta evidencia.

- Si necesita ayuda para obtener la mejor evidencia disponible, llame al departamento de Servicios para Miembros (consulte el capítulo 2, sección 1 para conocer los números de teléfono) y un representante lo ayudará a obtener la evidencia y le dirá dónde enviarla.
- Cuando recibamos la evidencia que demuestre su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el copago correcto cuando reciba su próxima receta en la farmacia. Si paga de más su copago, le reembolsaremos. Le enviaremos un cheque por el monto de su sobrepago o compensaremos los copagos futuros. Si la farmacia no le ha cobrado un copago y está cargando su copago como una deuda que usted debe, podemos hacer el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, podemos hacer el pago directamente al estado. Póngase en contacto con Servicios para Miembros si tiene preguntas.

La mayoría de nuestros miembros califican y ya están recibiendo "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados.

¿Qué sucede si tiene cobertura de un Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP)?**¿Qué es el Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP)?**

El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés) ayuda a las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos contra el VIH que salvan vidas. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están en el formulario de ADAP califican para recibir asistencia para compartir los costos de los medicamentos recetados a través del ADAP que opera en su estado. Nota: Para ser elegible para el ADAP que opera en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluida la prueba de residencia en el estado y el estado de VIH, bajos ingresos según lo definido por el estado y estado de no asegurado o con seguro insuficiente. Si cambia de

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

plan, notifique a su trabajador local de inscripción de ADAP para que pueda continuar recibiendo asistencia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al ADAP que opera en su estado. La información de contacto de su Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés) es:

Método	Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA – Información de contacto
LLAMAR	1-850-245-4422 1-800-545-7432 (1-800-545-SIDA) (español) 1-800-2437-101 (1-800-AIDS-101) (criollo)
TTY	1-888-503-7118 (TTY) Las llamadas a este número son gratuitas.
ESCRIBIR	Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA de Florida (ADAP) Sección de VIH/SIDA 4052 Camino del ciprés calvo Tallahassee, FL 32399
SITIO WEB	http://www.floridahealth.gov/diseases-and-conditions/aids/adap/index.html

SECCIÓN 8 Cómo ponerse en contacto con la Junta de Jubilación Ferroviaria

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

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

SECCIÓN 9 ¿Tiene seguro grupal u otro seguro de salud de un empleador?

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

Si tiene otra cobertura de medicamentos recetados a través de su empleador (o el de su cónyuge o pareja de hecho) o un grupo de jubilados, comuníquese con **el administrador de beneficios de ese grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarle a determinar cómo funcionará su cobertura actual de medicamentos recetados con nuestro plan.

CAPÍTULO 3:

Uso del plan para sus servicios médicos

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

En este capítulo se explica lo que necesita saber sobre el uso del plan para obtener cobertura de atención médica. Da definiciones de términos y explica las reglas que deberá seguir para obtener los tratamientos médicos, los servicios, el equipo, los medicamentos recetados y otros cuidados médicos que están cubiertos por el plan.

Para obtener más información sobre la atención médica que cubre nuestro plan, use la tabla de beneficios en el siguiente capítulo, Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, lo que está cubierto*).

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

- **Los proveedores** son médicos y otros profesionales de la salud con licencia del estado para brindar servicios y atención médica. El término proveedores también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- **Los proveedores de la red son los médicos y otros** profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago como pago en su totalidad. Hemos hecho arreglos para que estos proveedores brinden servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan directamente por la atención que le brindan. Cuando consulta a un proveedor de la red, no paga nada por los servicios cubiertos.
- **Los servicios cubiertos incluyen toda la atención médica, los** servicios de atención médica, los suministros, el equipo y los medicamentos recetados que están cubiertos por nuestro plan. Sus servicios cubiertos para atención médica se enumeran en la tabla de beneficios en el Capítulo 4. Sus servicios cubiertos para medicamentos recetados se analizan en el Capítulo 5.

Sección 1.2 Reglas básicas para obtener su examen médico Atención cubierta por el plan
--

Como plan de salud de Medicare, Florida Complete Care (HMO D-SNP) debe cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Original

Florida Complete Care (HMO D-SNP) generalmente cubrirá su atención médica siempre y cuando:

- **La atención que recibe se incluye en la Tabla de Beneficios Médicos del plan** (esta tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este documento).
- **La atención que recibe se considera médicamente necesaria.** Médicamente necesario significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

- **Tiene un proveedor de atención primaria de la red (PCP, por sus siglas en inglés) que le brinda y supervisa su atención.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP de la red (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
 - En la mayoría de las situaciones, su PCP de la red debe darle su aprobación por adelantado antes de que pueda usar otros proveedores de la red del plan, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica en el hogar. A esto se le llama darle una referencia. Para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
 - No se requieren referencias de su PCP para atención de emergencia o servicios que se necesitan con urgencia. También hay otros tipos de atención que puede recibir sin la aprobación previa de su PCP (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Debe recibir su atención de un proveedor de la red** (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan) no estará cubierta. Esto significa que tendrá que pagar al proveedor en su totalidad por los servicios prestados. *Aquí hay tres excepciones:*
 - El plan cubre la atención de emergencia o los servicios de urgencia que recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información al respecto, y para ver lo que significan los servicios de emergencia o de necesidad urgente, consulte la Sección 3 de este capítulo.
 - Si necesita atención médica que Medicare o Medicaid requiere que nuestro plan cubra, pero no hay especialistas en nuestra red que brinden esta atención, puede obtener esta atención de un proveedor fuera de la red con el mismo costo compartido que normalmente paga dentro de la red. Se debe obtener una autorización del plan antes de buscar atención. En esta situación, cubriremos estos servicios sin costo alguno para usted. Para obtener información sobre cómo obtener la aprobación para consultar a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
 - El plan cubre los servicios de diálisis renal que usted recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor de este servicio no está disponible o es inaccesible temporalmente. Los costos compartidos que usted paga al plan de diálisis nunca pueden exceder los costos compartidos en Medicare Original. Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y obtiene la diálisis de un proveedor que está fuera de la red del plan, sus costos compartidos no pueden exceder los costos compartidos que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de diálisis dentro de la red no está disponible temporalmente y usted elige obtener servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red del plan, el costo compartido de la diálisis puede ser mayor.

SECCIÓN 2 Use proveedores de la red del plan para obtener su atención médica

Sección 2.1	Debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) para que le brinde y supervise su atención
--------------------	---

¿Qué es un PCP y qué hace por usted?

- Un "PCP" es su proveedor de atención primaria. Cuando se convierte en miembro del plan, debe elegir un médico de la red para que sea su PCP. Su PCP es un proveedor que cumple con los requisitos de licencia estatal y está capacitado para brindarle atención médica básica.
- ¿Qué tipos de proveedores pueden actuar como PCP? Médicos de familia, Medicina interna, comuníquese con el plan de salud para obtener información adicional.
- Explique el papel de un PCP en su plan. Por lo general, verá primero a su PCP para la mayoría de sus necesidades de atención médica de rutina. Para ayudar a su PCP a comprender su historial médico y supervisar toda su atención, es posible que desee que sus médicos anteriores envíen sus registros médicos anteriores a su nuevo PCP.
- ¿Cuál es el papel del PCP en la coordinación de los servicios cubiertos? Su PCP puede ayudar a asegurarse de que su atención esté coordinada consultando con otros proveedores de la red y nuestros administradores de atención médica para coordinar los servicios cubiertos.
- ¿Cuál es el papel del PCP en la toma de decisiones o en la obtención de la autorización previa (PA), si corresponde? Es posible que su PCP necesite obtener una autorización (aprobación previa. El Capítulo 4 contiene más información sobre los servicios que requieren autorización previa.

¿Cómo elige a su PCP?

Cuando se inscribió, recibió un directorio de proveedores con una lista de muchos PCP en su área. Si necesita ayuda para encontrar un PCP o elegir uno, llame a Servicios para Miembros para obtener asistencia adicional.

Cambiar de PCP

Puede cambiar de PCP por cualquier motivo, en cualquier momento. Además, es posible que su PCP abandone la red de proveedores de nuestro plan y usted tenga que encontrar un nuevo PCP.

Las solicitudes de cambio recibidas después del día 15 del mes generalmente entrarán en vigencia el primer día del mes siguiente. Para cambiar su PCP, llame a Servicios para Miembros. Cuando llame, asegúrese de informar a Servicios para Miembros si está consultando a especialistas u obteniendo otros servicios cubiertos que necesitaban la aprobación de su PCP (como servicios de atención médica en el hogar y equipo médico duradero). El Departamento de

Capítulo 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos

Servicios para Miembros le ayudará a asegurarse de que pueda continuar con la atención especializada y otros servicios que ha estado recibiendo cuando cambie de PCP. También se asegurarán de que el PCP al que desea cambiarse acepte nuevos pacientes. Servicios para Miembros cambiará su registro de membresía para mostrar el nombre de su nuevo PCP y le dirá cuándo entrará en vigencia el cambio a su nuevo PCP. También le enviarán una nueva tarjeta de membresía que muestra el nombre y el número de teléfono de su nuevo PCP.

Sección 2.2	¿Qué tipos de atención médica? ¿Puede obtener sin una remisión de su PCP?
--------------------	--

Puede obtener los servicios que se enumeran a continuación sin obtener la aprobación previa de su PCP.

- Atención médica de rutina para la mujer, que incluye exámenes de los senos, mamografías de detección (radiografías de los senos), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos: siempre y cuando los obtenga de un proveedor de la red.
- Vacunas contra la gripe, COVID-19, hepatitis B y neumonía, siempre y cuando las reciba de un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red.
- Los servicios que se necesitan con urgencia son servicios cubiertos que no son servicios de emergencia, que se proporcionan cuando los proveedores de la red no están disponibles o son inaccesibles temporalmente o cuando el afiliado está fuera del área de servicio. Por ejemplo, necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser necesarios de inmediato y médicamente necesarios.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan. Si es posible, llame a Servicios para Miembros antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarlo a organizar la diálisis de mantenimiento mientras está fuera.
- Todos los servicios preventivos cubiertos de los proveedores de la red.
- Beneficios suplementarios cubiertos por el plan.

Sección 2.3	Cómo obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red
--------------------	---

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

- Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer
- Los cardiólogos atienden a pacientes con afecciones cardíacas
- Los ortopedistas atienden a pacientes con ciertas afecciones óseas, articulares o musculares

Cuando su PCP cree que necesita tratamiento especializado, puede derivarlo a un especialista o a otros proveedores de la red del plan. Para algunos servicios, es posible que usted o su PCP deban obtener una aprobación por adelantado de nuestro plan (esto se denomina obtener "autorización previa"). Para estos servicios, el plan tomará la decisión sobre si el servicio solicitado es o no médicamente necesario y apropiado para usted. Consulte el Capítulo 4, Sección 2.1 para obtener información sobre qué servicios requieren autorización previa. ¿Qué sucede si un especialista u otro proveedor de la red abandona nuestro plan?

Es posible que realicemos cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Si su médico o especialista abandona su plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare requiere que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le notificaremos que su proveedor abandona nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
 - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual abandona nuestro plan, le notificaremos si ha consultado a ese proveedor en los últimos tres años.
 - Si alguno de sus otros proveedores abandona nuestro plan, le notificaremos si está asignado al proveedor, si actualmente recibe atención de ellos o si los ha visto en los últimos tres meses.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado dentro de la red al que pueda acceder para recibir atención continua.
- Si actualmente está recibiendo tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar, y trabajaremos con usted para garantizar, que el tratamiento o las terapias médicamente necesarias que esté recibiendo continúen.
- Le proporcionaremos información sobre los diferentes períodos de inscripción disponibles para usted y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Organizaremos cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores, pero con costos compartidos dentro de la red, cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas. Se requiere autorización previa.
- Si se entera de que su médico o especialista está dejando su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor para administrar su atención.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada adecuadamente,

tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención ante la QIO, una queja sobre la calidad de la atención ante el plan, o ambas. Véase el capítulo 9.

Sección 2.4 Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red

Su plan debe darle su aprobación por adelantado antes de que pueda usar proveedores que no están en la red del plan. A esto se le llama darle una "autorización previa". Para obtener más información sobre esto y las situaciones en las que puede consultar a un proveedor fuera de la red sin una autorización previa (como una emergencia), consulte las Secciones 2.2 y 2.3 de este capítulo. Si no tiene autorización previa (aprobación por adelantado) antes de recibir servicios de un proveedor fuera de la red, es posible que tenga que pagar estos servicios usted mismo. Para algunos tipos de servicios, es posible que su médico deba obtener la aprobación por adelantado de nuestro plan (esto se denomina obtener "autorización previa"). Consulte el Capítulo 4, Sección 2.1 para obtener más información sobre qué servicios requieren autorización previa. Lo mejor es pedirle a un proveedor fuera de la red que facture primero al plan. Pero, si ya pagó por los servicios cubiertos, le reembolsaremos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos. O si un proveedor fuera de la red le envía una factura que usted cree que deberíamos pagar, puede enviarnosla para que la paguemos. Consulte el Capítulo 7 (Pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos) para obtener información sobre qué hacer si recibe una factura o si necesita solicitar un reembolso.

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

Sección 3.1 Recibir atención médica si tiene una emergencia médica

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

Una **emergencia médica** es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de su vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un feto), la pérdida de una extremidad o la función de una extremidad, o pérdida o deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o vaya a la sala de emergencias o al hospital más cercano. Llame a una ambulancia si la necesita. No es necesario que primero obtenga la aprobación o una remisión de su PCP. No es necesario que acuda a un médico de la red. Puede recibir atención médica de emergencia cubierta siempre que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con una licencia estatal adecuada, incluso si no forma parte de nuestra red.

Capítulo 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos

- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de que nuestro plan haya sido informado sobre su emergencia.** Necesitamos hacer un seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona debe llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente dentro de las 48 horas. Llame a Servicios para Miembros al número de teléfono impreso en la contraportada de este folleto.

¿Qué cubre si tiene una emergencia médica?

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

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

Una vez que termine la emergencia, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para asegurarse de que su condición continúe siendo estable. Sus médicos continuarán tratándolo hasta que se comuniquen con nosotros y hagan planes para recibir atención adicional. Su atención de seguimiento estará cubierta por nuestro plan. Si su atención de emergencia es proporcionada por proveedores fuera de la red, intentaremos hacer arreglos para que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su condición médica y las circunstancias lo permitan.

¿Y si no fuera una emergencia médica?

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

Sin embargo, después de que el médico haya dicho que *no* fue una emergencia, cubriremos la atención adicional *solo* si recibe la atención adicional de una de estas dos maneras:

- Usted acude a un proveedor de la red para recibir atención adicional.
- – o – La atención adicional que recibe se considera servicios de necesidad urgente y usted sigue las reglas para obtener esta atención de urgencia (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 3.2 a continuación).

Sección 3.2	Recibir atención cuando tenga una necesidad urgente de servicios
--------------------	---

¿Cuáles son los servicios que se necesitan con urgencia?

Un servicio que se necesita con urgencia es una situación que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata, pero, dadas sus circunstancias, no es posible o no es razonable

obtener estos servicios de un proveedor de la red. El plan debe cubrir los servicios que se necesitan con urgencia y que se prestan fuera de la red. Algunos ejemplos de servicios que se necesitan con urgencia son: i) un dolor de garganta intenso que ocurre durante el fin de semana o ii) un brote imprevisto de una afección conocida cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio.

Siempre debe tratar de obtener los servicios que necesita con urgencia de los proveedores de la red. Sin embargo, si los proveedores no están disponibles temporalmente o son inaccesibles y no es razonable esperar para obtener atención de su proveedor de la red cuando la red esté disponible, cubriremos los servicios que necesita con urgencia y que recibe de un proveedor fuera de la red.

En esta situación, debe llamar a Servicios para Miembros a los números de teléfono impresos en la contraportada de este folleto y hablar con nuestra enfermera de guardia. Para necesidades no urgentes, podrán ayudarlo a determinar el curso de tratamiento adecuado. Nuestro plan no cubre los servicios de emergencia, los servicios que se necesitan con urgencia ni ningún otro servicio de atención recibida fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre

Si el gobernador de su estado, el secretario de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. o el presidente de los Estados Unidos declaran un estado de desastre o emergencia en su área geográfica, aún tiene derecho a recibir atención de su plan.

Visite el siguiente sitio web: www.FC2healthplan.com para obtener información sobre cómo obtener la atención necesaria durante un desastre.

Si no puede usar un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener atención de proveedores fuera de la red con costos compartidos dentro de la red. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre, es posible que pueda surtir sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener más información.

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

Sección 4.1	Puedes preguntar Pagar por los servicios cubiertos
--------------------	---

Si ha pagado por sus servicios cubiertos, o si ha recibido una factura por servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 (Pedirnos que paguemos una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos) *para obtener información sobre qué hacer.*

Sección 4.2	¿Qué debe hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan?
--------------------	--

Los planes deben revisar esta sección según sea necesario para indicar a los miembros que antes de pagar el costo del servicio, los miembros deben consultar con el plan si el servicio está cubierto por Medicaid.

Florida Complete Care (HMO D-SNP) cubre todos los servicios médicamente necesarios como se enumeran en la Tabla de Beneficios Médicos en el Capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios no cubiertos por nuestro plan o servicios obtenidos fuera de la red y no fueron autorizados, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

En el caso de los servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, usted también paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de haber agotado su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. *PAGAR LOS COSTOS UNA VEZ QUE SE HAYA ALCANZADO UN LÍMITE DE BENEFICIOS NO CONTARÁ PARA SU DESEMBOLSO MÁXIMO. PUEDE LLAMAR AL SERVICIO DE ATENCIÓN AL CLIENTE CUANDO DESEE SABER CUÁNTO DE SU LÍMITE DE BENEFICIOS YA HA UTILIZADO.*

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

Sección 5.1	¿Qué es un estudio de investigación clínica?
--------------------	---

Un estudio de investigación clínica (también llamado *ensayo clínico*) es una forma en que los médicos y científicos prueban nuevos tipos de atención médica, como la eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer. Ciertos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare suelen solicitar voluntarios para participar en el estudio.

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

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

Capítulo 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos

Si desea participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* es necesario que nos lo diga ni que obtenga nuestra aprobación o la de su PCP. No es necesario que los proveedores que brindan su atención como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red de proveedores de nuestro plan. Tenga en cuenta que esto no incluye los beneficios de los que es responsable nuestro plan que incluyen, como componente, un ensayo clínico o un registro para evaluar el beneficio. Estos incluyen ciertos beneficios especificados en las determinaciones de cobertura nacional (NCD, por sus siglas en inglés) y los ensayos de dispositivos en investigación (IDE, por sus siglas en inglés) y pueden estar sujetos a autorización previa y otras reglas del plan.

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

Si usted participa en un estudio que Medicare o nuestro plan *no han* aprobado, *usted será responsable de pagar todos los costos de su participación en el estudio.*

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

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

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

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

Este es un ejemplo de cómo funciona el costo compartido: supongamos que tiene una prueba de laboratorio que cuesta \$100 como parte del estudio de investigación. Digamos también que su parte de los costos de esta prueba es de \$20 según Medicare Original, pero la prueba sería de \$10 según los beneficios de nuestro plan. En este caso, Medicare Original pagaría \$80 por la prueba y usted pagaría el copago de \$20 requerido por Medicare Original. Luego, notificaría a su plan que recibió un servicio de ensayo clínico calificado y enviaría documentación como una factura del proveedor al plan. Luego, el plan le pagaría directamente \$10. Por lo tanto, su pago neto es de \$10, la misma cantidad

que pagaría bajo los beneficios de nuestro plan. Tenga en cuenta que, para recibir el pago de su plan, debe enviar documentación a su plan, como una factura del proveedor.

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

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

¿Quieres saber más?

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

SECCIÓN 6 Reglas para recibir atención médica en un centro de atención médica religioso no médico institución

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

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

Sección 6.2 Recibir atención de una institución religiosa no médica

Para recibir atención de una institución religiosa de atención médica no médica, debe firmar un documento legal que diga que se opone conscientemente a recibir tratamiento médico que no está **exceptuado**.

- **La atención o tratamiento médico no exceptuado** es cualquier atención o tratamiento médico que sea *voluntario y no requerido* por ninguna ley federal, estatal o local.

Capítulo 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos

- **El tratamiento médico exceptuado** es la atención médica o el tratamiento que usted recibe que *no* es voluntario o *que es requerido* por las leyes federales, estatales o locales.

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

- El centro que brinda la atención debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de nuestro plan de los servicios que usted recibe se limita a los *aspectos no religiosos* de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución que se le brindan en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
 - Debe tener una afección médica que le permita recibir servicios cubiertos para atención hospitalaria o atención en un centro de enfermería especializada.
 - y – Debe obtener la aprobación por adelantado de nuestro plan antes de ser admitido en las instalaciones o su estadía no estará cubierta.
 - Está cubierto por un número ilimitado de días de hospitalización médicamente necesarios. Para obtener más información, consulte el Capítulo 4 (Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga)).

SECCIÓN 7 Normas para la propiedad de equipos médicos duraderos

Sección 7.1	Será ¿Es usted el propietario del equipo médico duradero después de realizar una cierta cantidad de pagos bajo nuestro plan?
--------------------	---

El equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) incluye artículos como equipos y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos generadores del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital ordenadas por un proveedor para su uso en el hogar. El miembro siempre posee ciertos artículos, como prótesis. En esta sección, discutimos otros tipos de DME que debe alquilar.

En Medicare Original, las personas que alquilan ciertos tipos de DME son propietarias del equipo después de pagar copagos por el artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de Florida Complete Care (HMO D-SNP), por lo general no adquirirá la propiedad de los artículos de DME alquilados, sin importar cuántos copagos haga por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan, incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de DME bajo Medicare Original antes de unirse a nuestro plan. Bajo ciertas circunstancias limitadas, le transferiremos la propiedad del artículo DME. Llame a Servicios para Miembros para obtener más información.

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

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

Ejemplo 1: Hizo 12 o menos pagos consecutivos por el artículo en Medicare Original y luego se inscribió en nuestro plan. Los pagos que hizo en Medicare Original no cuentan. Tendrá que realizar 13 pagos a nuestro plan antes de poseer el artículo.

Ejemplo 2: Hizo 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Medicare Original y luego se inscribió en nuestro plan. Estabas en nuestro plan, pero no obtuviste la propiedad mientras estabas en nuestro plan. A continuación, vuelve a Medicare Original. Tendrá que hacer 13 pagos nuevos consecutivos para ser propietario del artículo una vez que vuelva a inscribirse en Medicare Original. Todos los pagos anteriores (ya sea a nuestro plan o a Medicare Original) no cuentan.

Sección 7.2 Reglas para equipos, suministros y mantenimiento de oxígeno

¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si califica para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare, Florida Complete Care (HMO D-SNP) cubrirá:

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

Si sale de Florida Complete Care (HMO D-SNP) o ya no necesita equipo de oxígeno por razones médicas, debe devolverle el equipo de oxígeno.

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

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

CAPÍTULO 4:

*Tabla de beneficios médicos (lo que está
cubierto)*

SECCIÓN 1 Comprender los servicios cubiertos

Este capítulo proporciona una Tabla de Beneficios Médicos que enumera sus servicios cubiertos como miembro de Florida Complete Care (HMO D-SNP). Más adelante en este capítulo, puede encontrar información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También explica los límites de ciertos servicios.

Sección 1.1 Usted no paga nada por sus servicios cubiertos
--

Debido a que recibe asistencia de Medicaid, no paga nada por sus servicios cubiertos, siempre y cuando siga las reglas de los planes para recibir su atención. (Consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre las reglas de los planes para recibir su atención).

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

Nota: Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan este máximo de gastos de bolsillo. Usted no es responsable de pagar ningún costo de bolsillo para el monto máximo de desembolso para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

Debido a que está inscrito en un plan Medicare Advantage, existe un límite en la cantidad que tiene que pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Este límite se denomina monto máximo de desembolso personal (MOOP, por sus siglas en inglés) para servicios médicos. Para el año calendario 2024 esta cantidad es de \$0.

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

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

Así es como funciona esta protección.

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad fija de dólares, por ejemplo, \$15.00), entonces paga solo esa cantidad por los servicios cubiertos de un proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coaseguro (un porcentaje de los cargos totales), nunca pagará más de ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor que consulte:

- Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red, paga el porcentaje de coaseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (según lo determinado en el contrato entre el proveedor y el plan).
 - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa en Medicare, paga el porcentaje de coaseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Recuerde que el plan cubre los servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, como cuando recibe una remisión o para emergencias o servicios que se necesitan con urgencia).
 - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, paga el porcentaje de coaseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Recuerde que el plan cubre los servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, como cuando recibe una referencia, o para emergencias o fuera del área de servicio para servicios que se necesitan con urgencia).
- Si cree que un proveedor le ha facturado el saldo, llame a Servicios para Miembros.

SECCIÓN 2 *Uso el Tabla de Beneficios Médicos para saber qué está cubierto*

Sección 2.1 <i>Sus beneficios médicos Como miembro del plan</i>

La Tabla de Beneficios Médicos en las siguientes páginas enumera los servicios que cubre Florida Complete Care (HMO D-SNP). La cobertura de medicamentos recetados de la Parte D se encuentra en el Capítulo 5. Los servicios enumerados en la Tabla de Beneficios Médicos están cubiertos solo cuando se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

- Sus servicios cubiertos por Medicare y Medicaid deben proporcionarse de acuerdo con las pautas de cobertura establecidas por Medicare y Medicaid.
- Sus servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros, el equipo y los medicamentos recetados de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- Usted recibe su atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierta a menos que sea atención de emergencia o de urgencia, o a menos que su plan o un proveedor de la red le haya dado una referencia. Esto significa que tendrá que pagar al proveedor en su totalidad por los servicios prestados.
- Tiene un proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) que le brinda y supervisa su atención.
- Algunos de los servicios enumerados en la Tabla de Beneficios Médicos están cubiertos

solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra aprobación por adelantado (a veces llamada autorización previa). Los servicios cubiertos que necesitan aprobación por adelantado están marcados en cursiva en los Beneficios Médicos.

Otras cosas importantes que debe saber sobre nuestra cobertura:

- Usted está cubierto tanto por Medicare como por Medicaid. Medicare cubre la atención médica y los medicamentos recetados. Medicaid cubre los costos compartidos de los servicios de Medicare, incluidos los suministros para diabéticos y los medicamentos cubiertos por la Parte B. Medicaid también cubre los servicios que Medicare no cubre, como la atención a largo plazo, los servicios en el hogar y en la comunidad, u otros servicios exclusivos de Medicaid.
- Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. (Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su *manual Medicare & You 2024*. Véalo en línea en www.medicare.gov o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Medicare Original, también cubrimos el servicio sin costo alguno para usted. Sin embargo, si también recibe tratamiento o monitoreo por una afección médica existente durante la visita cuando recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención recibida por la afección médica existente.
- Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio nuevo durante 2024, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
- Florida Complete Care (D-SNP) es un Plan de Necesidades Especiales (SNP, por sus siglas en inglés) de doble elegibilidad totalmente integrado (FIDE, por sus siglas en inglés) que combina la cobertura de Medicare con los beneficios de Medicaid, incluidos los servicios y apoyos a largo plazo, diseñado para miembros que requieren el nivel de atención de un hogar de ancianos. Consulte la Tabla de beneficios médicos para obtener una descripción de los beneficios. Si se encuentra dentro del período de tres meses de elegibilidad continua de nuestro plan, continuaremos brindando todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage.

Usted no paga nada por los servicios enumerados en la Tabla de Beneficios, siempre y cuando cumpla con los requisitos de cobertura descritos anteriormente.

Si usted es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, no paga nada por los servicios enumerados en la Tabla de Beneficios, siempre y cuando cumpla con los requisitos de cobertura descritos anteriormente.

- Si se le diagnostican las siguientes afecciones crónicas identificadas a continuación y cumple con ciertos criterios, puede ser elegible para recibir beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos.
 - Dependencia crónica del alcohol y otras drogas,

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

- Trastornos autoinmunes,
 - Cáncer
 - Trastornos cardiovasculares,
 - Insuficiencia cardíaca crónica,
 - Demencia
 - Diabetes
 - Enfermedad hepática terminal,
 - Enfermedad renal terminal (ESRD, por sus siglas en inglés),
 - Trastornos hematológicos graves,
 - VIH/SIDA,
 - Trastornos pulmonares crónicos,
 - Condiciones de salud mental crónicas e incapacitantes,
 - Trastornos neurológicos,
 - Golpe
 - Su administrador de atención determinará la elegibilidad para los beneficios suplementarios especiales para los enfermos crónicos.
- Para obtener más detalles, vaya a la fila de Beneficios Suplementarios Especiales para Enfermos Crónicos en la Tabla de Beneficios Médicos a continuación.
 - Póngase en contacto con nosotros para averiguar exactamente para qué beneficios puede ser elegible.



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




Tabla de Beneficios Médicos

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Examen de detección de aneurisma de aorta abdominal</p> <p>Una ecografía de detección única para personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba de detección si tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una remisión de su médico, asistente médico, enfermera practicante o especialista en enfermería clínica.</p>	<p>No hay coaseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta evaluación preventiva.</p>
<p>Acupuntura para el dolor lumbar crónico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p>	<p>Pagas \$0</p>


Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Hasta 12 visitas en 90 días están cubiertas para los beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias:</p> <p>A los efectos de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como:</p> <ul style="list-style-type: none">• Con una duración de 12 semanas o más;• inespecífica, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no está asociada a enfermedades metastásicas, inflamatorias, infecciosas, etc.);• no asociado a cirugía; y• no se asocia con el embarazo. <p>Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que demuestren una mejoría. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura al año.</p> <p>El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o está retrocediendo.</p> <p>Requisitos del proveedor:</p> <p>Los médicos (según se define en 1861(r)(1) de la Ley del Seguro Social (la Ley)) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables.</p> <p>Los asistentes médicos (PA, por sus siglas en inglés), los enfermeros practicantes (NP, por sus siglas en inglés)/especialistas en enfermería clínica (CNS, por sus siglas en inglés) (como se identifica en 1861 (aa) (5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y tienen:</p> <ul style="list-style-type: none">• un título de maestría o doctorado en acupuntura o Medicina Oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM); y• una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un Estado, Territorio o Estado Libre Asociado (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia. <p>El personal auxiliar que proporciona acupuntura debe estar bajo el nivel apropiado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS requerido por nuestras regulaciones en 42 CFR §§ 410.26 y 410.27.</p>	<p>Se requiere autorización previa.</p>


Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)



Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de ambulancia</p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o que no sea de emergencia, incluyen servicios de ambulancia de ala fija, ala rotatoria y terrestre, al centro apropiado más cercano que pueda brindar atención solo si se brindan a un miembro cuya afección médica es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona o si lo autoriza el plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, se debe documentar que la condición del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.</p>	<p>Pagas \$0</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
<p> Visita anual de bienestar</p> <p>Si ha recibido la Parte B durante más de 12 meses, puede obtener una visita anual de bienestar para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado basado en su salud actual y sus factores de riesgo. Esto se cubre una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: Su primera visita anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses posteriores a su visita preventiva de <i>bienvenida a Medicare</i>. Sin embargo, no es necesario que haya tenido una visita de <i>bienvenida a Medicare para</i> estar cubierto para las visitas anuales de bienestar después de haber recibido la Parte B durante 12 meses.</p>	<p>No hay coaseguro, copago ni deducible para la visita anual de bienestar.</p>
<p> Medición de la masa ósea</p> <p>Para las personas calificadas (generalmente, esto significa personas en riesgo de perder masa ósea o en riesgo de osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con más frecuencia si es médicamente necesario: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar la pérdida ósea o determinar la calidad ósea, incluida la interpretación de los resultados por parte de un médico.</p>	<p>No hay coaseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.</p>
<p> Pruebas de detección de cáncer de mama (mamografías)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía de referencia entre los 35 y los 39 años 	<p>No hay coaseguro, copago ni deducible para las</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años o más • Exámenes clínicos de mama una vez cada 24 meses 	<p>mamografías de detección cubiertas.</p>
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca</p> <p>Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y asesoramiento están cubiertos para los miembros que cumplen con ciertas condiciones con una remisión médica. El plan también cubre los programas intensivos de rehabilitación cardíaca que suelen ser más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p>	<p>Pagas \$0</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
<p> Visita de reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para la enfermedad cardiovascular)</p> <p>Cubrimos una visita al año con su médico de atención primaria para ayudar a reducir su riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante esta visita, su médico puede hablar sobre el uso de aspirina (si corresponde), controlar su presión arterial y darle consejos para asegurarse de que esté comiendo de manera saludable.</p>	<p>No hay coaseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de enfermedades cardiovasculares de terapia conductual intensiva.</p>
<p> Pruebas de enfermedades cardiovasculares</p> <p>Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas con un riesgo elevado de enfermedad cardiovascular) una vez cada 5 años (60 meses).</p>	<p>No hay coaseguro, copago ni deducible para las pruebas de enfermedades cardiovasculares que se cubren una vez cada 5 años.</p>
<p> Pruebas de detección de cáncer de cuello uterino y vagina</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: Las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos están cubiertos una vez cada 24 meses • Si tiene un alto riesgo de cáncer de cuello uterino o vagina o está en edad fértil y ha tenido un resultado anormal en la 	<p>No hay coaseguro, copago ni deducible para los exámenes preventivos de Papanicolaou y pélvicos cubiertos por Medicare.</p>


Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses</p>	
<p>Servicios quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manipulación manual de la columna vertebral para corregir la subluxación 	<p>Pagas \$0 Se requiere autorización previa.</p>
<p> Pruebas de detección de cáncer colorrectal Se cubren las siguientes pruebas de detección:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La colonoscopia no tiene límite de edad mínima o máxima y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen un riesgo alto, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no tienen un riesgo alto de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa o un enema de bario. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes mayores de 45 años. Una vez cada 120 meses para pacientes que no están en alto riesgo después de que el paciente recibió una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo a partir de la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario. • Pruebas de detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • ADN de heces multidiaria para pacientes de 45 a 85 años de edad y que no cumplen criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años de edad y que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Enema de bario como alternativa a la colonoscopia para pacientes de alto riesgo y 24 meses desde el último enema de bario de detección o la última colonoscopia de detección. • Enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes sin alto riesgo y mayores de 45 años. Una vez al menos 48 meses después de la última 	<p>No hay coaseguro, copago ni deducible para un examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare, excluyendo los enemas de bario, para los cuales se aplica el coaseguro. Si su médico encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o la sigmoidoscopia flexible, el examen de detección se convierte en un examen de diagnóstico y usted paga el 15% del monto aprobado por Medicare por los servicios de su médico. En un entorno hospitalario ambulatorio, también paga al hospital un coaseguro del 15%. El deducible de la Parte B no se aplica.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>detección, enema de bario o sigmoidoscopia flexible de detección.</p> <p>A partir del 1 de enero de 2023, las pruebas de detección del cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal no invasiva en heces cubierta por Medicare arroje un resultado positivo.</p>	
<p>Servicios dentales</p> <p>En general, los servicios dentales preventivos (como limpieza, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Medicare Original. Además, cubrimos:</p> <p>*Servicios dentales- Suplementarios</p> <p>Hasta \$3,500.00 por año de médicos y centros en nuestro plan para beneficios dentales preventivos e integrales.</p> <p>Servicios dentales preventivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen oral cada 6 meses • Servicio de profilaxis cada 6 meses (limpieza) • Radiografías dentales una vez al año <p>Servicios dentales integrales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de diagnóstico • Servicios de restauración • Endodoncia • Periodoncia • Extracciones <p>Prostodoncia, Otras Cirugías Orales/Maxilofaciales, Otras Servicios</p>	<p>Pagas \$0</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
<p> Detección de la depresión</p> <p>Cubrimos una prueba de detección de depresión por año. La evaluación debe realizarse en un entorno de atención primaria</p>	<p>No hay coaseguro, copago ni deducible para una visita anual de detección de depresión.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>que pueda proporcionar tratamiento de seguimiento y/o derivaciones.</p>	
<p> Pruebas de detección de diabetes</p> <p>Cubrimos esta prueba de detección (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de niveles altos de azúcar en la sangre (glucosa). Las pruebas también pueden estar cubiertas si cumples con otros requisitos, como tener sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Según los resultados de estas pruebas, puede ser elegible para hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.</p>	<p>No hay coaseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.</p>
<p> Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos</p> <p>Para todas las personas que tienen diabetes (usuarios de insulina y no usuarios de insulina). Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para controlar la glucosa en sangre: monitor de glucosa en sangre, tiras reactivas de glucosa en sangre, lancetas y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y los monitores. • Para personas con diabetes que tienen enfermedad grave del pie diabético: Un par por año calendario de zapatos terapéuticos moldeados a medida (incluidos los insertos provistos con dichos zapatos) y dos pares adicionales de insertos, o un par de zapatos profundos y tres pares de insertos (sin incluir los insertos removibles no personalizados proporcionados con dichos zapatos). La cobertura incluye el ajuste. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta bajo ciertas condiciones. 	<p>Pagas \$0</p>
<p>Equipos médicos duraderos (DME) y suministros relacionados</p>	<p>Pagas \$0</p>


Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>(Para obtener una definición de equipo médico duradero, consulte el Capítulo 12 y el Capítulo 3, Sección 7 de este documento).</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen, pero no se limitan a: sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas de hospital ordenadas por un proveedor para su uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de voz, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p> <p>Cubrimos todos los DME médicamente necesarios cubiertos por Medicare Original. Si nuestro proveedor en su área no tiene una marca o fabricante en particular, puede preguntarles si pueden hacer un pedido especial para usted. La lista más reciente de proveedores es www.FC2healthplan.com</p> <p>Por lo general, Florida Complete Care cubre cualquier DME cubierto por Medicare Original de las marcas y fabricantes de esta lista. No cubriremos otras marcas y fabricantes a menos que su médico u otro proveedor nos diga que la marca es apropiada para sus necesidades médicas. Sin embargo, si es nuevo en Florida Complete Care y está usando una marca de DME que no está en nuestra lista, continuaremos cubriendo esta marca para usted hasta por 90 días. Durante este tiempo, debe hablar con su médico para decidir qué marca es médicamente apropiada para usted después de este período de 90 días. (Si no está de acuerdo con su médico, puede pedirle que lo remita para obtener una segunda opinión).</p> <p>Si usted (o su proveedor) no está de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, usted o su proveedor pueden presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor sobre qué producto o marca es apropiado para su afección médica. (Para más información sobre las apelaciones, véase el Capítulo 9, <i>Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)</i>).</p>	<p>Se requiere autorización previa.</p>
Atención de urgencias	Pagas \$0

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>La atención de emergencia se refiere a los servicios que son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionado por un proveedor calificado para proporcionar servicios de emergencia, y • Necesario para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia. <p>Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un feto), la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.</p> <p>Los costos compartidos para los servicios de emergencia necesarios prestados fuera de la red son los mismos que para dichos servicios prestados dentro de la red.</p>	<p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención hospitalaria después de que se establezca su condición de emergencia, debe tener su atención hospitalaria en el hospital fuera de la red autorizado por el plan y su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p>
<p>Servicios auditivos</p> <p>Las evaluaciones diagnósticas de la audición y el equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención ambulatoria cuando son proporcionadas por un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.</p>	<p>Pagas \$0</p>
<p> Pruebas de detección del VIH</p> <p>Para las personas que solicitan una prueba de detección del VIH o que tienen un mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen de detección cada 12 meses <p>Para las mujeres que están embarazadas, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta tres exámenes de detección durante el embarazo 	<p>No hay coaseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para las pruebas de detección preventivas del VIH cubiertas por Medicare.</p>
<p>Atención de agencias de salud en el hogar</p>	<p>Pagas \$0</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Antes de recibir servicios de salud en el hogar, un médico debe certificar que necesita servicios de salud en el hogar y ordenará que los servicios de salud en el hogar sean proporcionados por una agencia de atención médica en el hogar. Debe estar confinado en casa, lo que significa que salir de casa es un gran esfuerzo.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería especializada y auxiliar de salud en el hogar a tiempo parcial o intermitente (para estar cubierto por el beneficio de atención médica en el hogar, sus servicios combinados de enfermería especializada y asistente de salud en el hogar deben sumar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana) • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipos y suministros médicos 	<p>Se requiere autorización previa</p>
<p>Terapia de infusión en el hogar</p> <p>La terapia de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en el hogar. Los componentes necesarios para realizar la infusión en el hogar incluyen el fármaco (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, tubos y catéteres).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, prestados de acuerdo con el plan de atención • Capacitación y educación del paciente que no están cubiertas por el beneficio de equipo médico duradero • Monitoreo remoto • Servicios de monitoreo para la provisión de terapia de infusión en el hogar y medicamentos de infusión en el hogar proporcionados por un proveedor calificado de terapia de infusión en el hogar 	<p>Pagas \$0</p> <p>Se requiere autorización previa</p>
<p>Cuidados paliativos</p> <p>Usted es elegible para el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le han dado un</p>	<p>Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare,</p>


Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)


Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>pronóstico terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y que le quedan 6 meses o menos de vida si su enfermedad sigue su curso normal. Puede recibir atención de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. Su plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos aquellos que la organización MA posee, controla o en los que tiene un interés financiero. Su médico de hospicio puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fármacos para el control de los síntomas y el alivio del dolor • Cuidado de relevo a corto plazo • Cuidados en el hogar <p><u>Para los servicios de hospicio y para los servicios que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y están relacionados con su pronóstico terminal:</u> Medicare Original (en lugar de nuestro plan) le pagará a su proveedor de hospicio por sus servicios de hospicio relacionados con su pronóstico terminal. Mientras esté en el programa de hospicio, su proveedor de hospicio facturará a Medicare Original por los servicios que paga Medicare Original. Se le facturará el costo compartido de Medicare Original.</p>	<p>sus servicios de hospicio y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal son pagados por Medicare Original, no por Florida Complete Care (HMO D-SNP).</p> <p>Se requiere autorización previa</p>
<p>Cuidados paliativos (continuación)</p> <p><u>Para servicios que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y no están relacionados con su pronóstico terminal:</u> Si necesita servicios que no sean de emergencia ni de urgencia que estén cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no estén relacionados con su pronóstico terminal, el costo de estos servicios depende de si usa un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las reglas del plan (por ejemplo, si existe el requisito de obtener una autorización previa).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las reglas del plan para obtener el servicio, solo paga el monto de los costos compartidos del plan por los servicios dentro de la red • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, usted paga el costo compartido bajo Medicare de pago por servicio (Medicare Original) 	

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p><u>Para los servicios que están cubiertos por Florida Complete Care (HMO D-SNP) pero que no están cubiertos por la Parte A o B de Medicare: Florida Complete Care (HMO D-SNP)</u> continuará cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no están cubiertos por la Parte A o B, ya sea que estén relacionados o no con su pronóstico terminal. Usted paga el monto de los costos compartidos de su plan por estos servicios.</p> <p><u>Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan:</u> Si estos medicamentos no están relacionados con su afección terminal de cuidados paliativos, usted paga costos compartidos. Si están relacionados con su afección terminal de cuidados paliativos, usted paga los costos compartidos de Medicare Original. Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección 9.4 (<i>¿Qué sucede si está en un hospicio certificado por Medicare?</i>).</p> <p>Nota: Si necesita cuidados que no sean de hospicio (cuidados que no están relacionados con su pronóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios.</p> <p>Nuestro plan cubre los servicios de consulta de hospicio (una sola vez) para una persona con una enfermedad terminal que no ha elegido el beneficio de hospicio.</p>	
<p> Vacunas</p> <p>Los servicios cubiertos de la Parte B de Medicare incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Vacuna contra la neumonía• Vacunas contra la gripe, una vez cada temporada de gripe en otoño e invierno, con vacunas adicionales contra la gripe si es médicamente necesario• Vacuna contra la hepatitis B si tiene un riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B• Vacuna contra el COVID-19• Otras vacunas si está en riesgo y cumplen con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare <p>También cubrimos algunas vacunas bajo nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte D.</p>	<p>No hay coaseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la influenza, la hepatitis B y el COVID-19.</p>


Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados</p> <p>Incluye hospitalización aguda, rehabilitación para pacientes hospitalizados, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados. La atención hospitalaria para pacientes hospitalizados comienza el día en que usted es admitido formalmente en el hospital con una orden médica. El día antes de que le den el alta es su último día de hospitalización.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Comidas que incluyen dietas especiales • Servicios regulares de enfermería • Costos de las unidades de cuidados especiales (como las unidades de cuidados intensivos o las unidades de cuidados coronarios) • Drogas y medicamentos • Pruebas de laboratorio • Radiografías y otros servicios de radiología • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios • Uso de electrodomésticos, como sillas de ruedas • Costos de quirófano y sala de recuperación • Terapia física, ocupacional y del habla y el lenguaje • Servicios de abuso de sustancias para pacientes hospitalizados 	<p>Pagas \$0</p> <p>Se requiere autorización previa</p>
<p>Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bajo ciertas condiciones, se cubren los siguientes tipos de trasplantes: corneal, riñón, riñón-pancreático, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinal/multivisceral. Si necesita un trasplante, haremos los arreglos para que su caso sea revisado por un centro de trasplantes aprobado por Medicare que decidirá si usted es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red están fuera del patrón de atención de la comunidad, puede optar por ir localmente siempre y cuando los proveedores de trasplantes locales estén dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare Original. Si Florida Complete Care (HMO D-SNP) brinda servicios de trasplante en un lugar fuera del 	

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige obtener trasplantes en este lugar distante, organizaremos o pagaremos los costos de alojamiento y transporte adecuados para usted y un acompañante.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre entera y glóbulos rojos empaquetados comienza solo con la cuarta pinta de sangre que necesita: debe pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que obtenga en un año calendario o hacer que usted u otra persona donen la sangre. Todos los demás componentes de la sangre se cubren a partir de la primera pinta utilizada. • Servicios médicos <p>Nota: Para ser un paciente hospitalizado, su proveedor debe escribir una orden para admitirlo formalmente como paciente hospitalizado del hospital. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que se le considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente hospitalizado o ambulatorio, debe preguntar al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare llamada <i>¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!</i> Esta hoja informativa está disponible en la Web en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	
<p>Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de salud mental que requieren hospitalización.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nuestro plan cubre hasta 190 días en la vida para la atención de salud mental como paciente hospitalizado en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados prestados en una unidad psiquiátrica de un hospital general. • Nuestro plan también cubre 60 "días de reserva de por vida". Estos son días "extra" que cubrimos. Si su estadía en el hospital es de más de 90 días, puede usar estos días adicionales. Pero una vez que haya agotado estos 60 días adicionales, su cobertura hospitalaria para pacientes hospitalizados se limitará a 90 días. 	<p>Pagas \$0</p> <p>Se requiere autorización previa</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Hospitalización: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta</p> <p>Si ha agotado sus beneficios como paciente hospitalizado o si la estadía como paciente hospitalizado no es razonable y necesaria, no cubriremos su estadía como paciente hospitalizado. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que reciba mientras esté en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios médicos• Pruebas diagnósticas (como pruebas de laboratorio)• Terapia de rayos X, radio e isótopos, incluidos materiales y servicios técnicos• Apósitos quirúrgicos• férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones• Prótesis y aparatos ortopédicos (que no sean dentales) que sustituyen a todo o parte de un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido contiguo), o a la totalidad o parte de la función de un órgano interno del cuerpo permanentemente inoperativo o que funciona mal, incluida la sustitución o reparación de dichos dispositivos• Aparatos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; Cerchas; y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos los ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debido a roturas, desgaste, pérdida o cambios en la condición física del paciente• Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional	<p>No hay coaseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para los servicios de SNF.</p> <p>Se requiere autorización previa</p>
<p> Terapia de nutrición médica</p> <p>Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedad renal (riñón) (pero no en diálisis) o después de un trasplante de riñón cuando lo recomiende su médico.</p> <p>Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante su primer año de recibir servicios de terapia de nutrición médica bajo Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage o Medicare Original), y 2 horas cada año después de eso. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambian, es posible que pueda recibir más horas de tratamiento con la remisión de un médico. Un médico debe</p>	<p>No hay coaseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para los servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>recetar estos servicios y renovar su remisión anualmente si su tratamiento es necesario para el próximo año calendario.</p>	
<p> Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP, por sus siglas en inglés)</p> <p>Los servicios de MDPP estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare bajo todos los planes de salud de Medicare.</p> <p>MDPP es una intervención estructurada de cambio de comportamiento de salud que brinda capacitación práctica en cambios dietéticos a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos para mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.</p>	<p>No hay coaseguro, copago ni deducible para el beneficio de MDPP.</p>
<p>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare</p> <p>Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare Original. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que generalmente no son autoadministrados por el paciente y que se inyectan o infunden mientras recibe servicios médicos, ambulatorios de hospitales o centros quirúrgicos ambulatorios • Insulina suministrada a través de un equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria) • Otros medicamentos que toma con equipo médico duradero (como nebulizadores) que fueron autorizados por el plan • Factores de coagulación que se administra por inyección si tiene hemofilia • Medicamentos inmunosupresores, si estaba inscrito en la Parte A de Medicare en el momento del trasplante de órgano • Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si está confinada en casa, tiene una fractura ósea que un médico certifica que está relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse el medicamento 	<p>Pagas \$0</p> <p>Es posible que se apliquen requisitos de autorización previa.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Antígenos • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y contra las náuseas • Ciertos medicamentos para la diálisis domiciliaria, como la heparina, el antídoto para la heparina cuando es medicamento necesario, los anestésicos tópicos y los agentes estimulantes de la eritropoyesis (como Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, or Darbepoetin Alfa) • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento domiciliario de enfermedades de inmunodeficiencia primaria <p>También cubrimos algunas vacunas bajo nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte B y la Parte D.</p> <p>El capítulo 5 explica el beneficio de medicamentos recetados de la Parte D, incluidas las reglas que debe seguir para que los medicamentos recetados estén cubiertos. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D a través de nuestro plan se explica en el Capítulo 6.</p>	
<p> Detección y terapia de la obesidad para promover la pérdida de peso sostenida</p> <p>Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos el asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si lo recibe en un entorno de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan de prevención integral. Hable con su médico de atención primaria o profesional para obtener más información.</p>	<p>No hay coaseguro, copago ni deducible para la detección preventiva de la obesidad y la terapia.</p>
<p>Servicios del programa de tratamiento de opioides</p> <p>Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (OUD, por sus siglas en inglés) pueden recibir cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Programa de Tratamiento de Opioides (OTP, por sus siglas en inglés) que incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de tratamiento asistido por medicamentos (MAT, por sus siglas en inglés) agonistas y antagonistas opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés) 	<p>Pagas \$0</p> <p>Se requiere autorización previa</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Dispensación y administración de medicamentos MAT (si corresponde) • Consejería sobre el consumo de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas toxicológicas • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas 	
<p>Pruebas diagnósticas ambulatorias y servicios y suministros terapéuticos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías • Terapia de radiación (radio e isótopos), incluidos los materiales y suministros técnicos • Suministros quirúrgicos, como apósitos • férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones • Pruebas de laboratorio • Sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre entera y glóbulos rojos empaquetados comienza solo con la cuarta pinta de sangre que necesita: debe pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que obtenga en un año calendario o hacer que usted u otra persona donen la sangre. Todos los demás componentes de la sangre se cubren a partir de la primera pinta utilizada • Otras pruebas diagnósticas ambulatorias 	<p>Pagas \$0</p> <p>Es posible que se apliquen requisitos de autorización previa para algunos servicios</p>
<p>Observación hospitalaria ambulatoria</p> <p>Los servicios de observación son servicios ambulatorios hospitalarios que se brindan para determinar si necesita ser admitido como paciente hospitalizado o si puede ser dado de alta.</p> <p>Para que los servicios de observación hospitalaria ambulatoria estén cubiertos, deben cumplir con los criterios de Medicare y ser considerados razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo cuando se proporcionan por orden de un médico u otra persona autorizada por la ley de licencias estatales y los estatutos del personal del hospital para admitir pacientes en el hospital u ordenar pruebas ambulatorias.</p>	<p>Pagas \$0</p> <p>Se requiere autorización previa</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Nota: A menos que el proveedor haya emitido una orden para admitirlo como paciente hospitalizado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costos compartidos por los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que se le considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, debe preguntar al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare llamada <i>¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!</i> Esta hoja informativa está disponible en la Web en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf <u>o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)</u>. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	
<p>Servicios hospitalarios ambulatorios</p> <p>Cubrimos los servicios médicamente necesarios que recibe en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en un departamento de emergencias o clínica ambulatoria, como servicios de observación o cirugía ambulatoria • Pruebas de laboratorio y diagnósticas facturadas por el hospital • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que se requeriría tratamiento hospitalario sin ella. • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suministros médicos como férulas y yesos • Ciertos medicamentos y productos biológicos que no puede administrarse usted mismo <p>Nota: A menos que el proveedor haya emitido una orden para admitirlo como paciente hospitalizado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costos compartidos por los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible</p>	<p>Pagas \$0</p> <p>Se requiere autorización previa</p>


Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>que se le considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, debe preguntar al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare llamada <i>¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!</i> Esta hoja informativa está disponible en la Web en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf <u>o llamando al 1-800-MEDICARE</u> (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	
<p>Atención ambulatoria de salud mental</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Servicios de salud mental proporcionados por un psiquiatra o médico con licencia estatal, un psicólogo clínico, un trabajador social clínico, un especialista en enfermería clínica, un consejero profesional con licencia (LPC, por sus siglas en inglés), un terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT, por sus siglas en inglés), un enfermero practicante (NP, por sus siglas en inglés), un asistente médico (PA, por sus siglas en inglés) u otro profesional de atención de salud mental calificado por Medicare, según lo permitan las leyes estatales aplicables.</p>	<p>Pagas \$0</p> <p>Se requiere autorización previa</p>
<p>Servicios de rehabilitación ambulatoria</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen: fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y el lenguaje.</p> <p>Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se brindan en varios entornos ambulatorios, como departamentos de pacientes ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y centros integrales de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés).</p>	<p>Pagas \$0</p> <p>La autorización previa es Requerido para algunos servicios</p>
<p>Servicios ambulatorios de abuso de sustancias</p> <p>Servicios ambulatorios de abuso de sustancias proporcionados por un estado</p>	<p>Pagas \$0</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>psiquiatra o médico licenciado, psicólogo clínico, clínico Trabajadora social, especialista en enfermería clínica, enfermera practicante asistente médico u otra sustancia calificada por Medicare profesional de abuso según lo permitido por las leyes estatales aplicables.</p>	<p>Se requiere autorización previa.</p>
<p>Cirugía ambulatoria, incluidos los servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios</p> <p>Nota: Si se va a someter a una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar con su proveedor para saber si será un paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que el proveedor emita una orden para admitirlo como paciente hospitalizado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costos compartidos para la cirugía ambulatoria. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que se le considere un paciente ambulatorio.</p>	<p>Pagas \$0</p> <p>Se requiere autorización previa</p>
<p>Artículos de venta libre (OTC)</p> <p>Puedes gastar \$275 cada trimestre</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incluye medicamentos de venta libre y artículos relacionados con la salud • Los montos OTC no utilizados no se transfieren de un trimestre a otro. • Para pedir artículos cubiertos, puede visitar cualquier sucursal de CVS, hacer pedidos en línea o llamar al 1-888-628-2770. 	<p>Pagas \$0</p>
<p>Servicios de hospitalización parcial</p> <p>La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo proporcionado como un servicio ambulatorio hospitalario o por un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización.</p>	<p>Pagas \$0</p> <p>Se requiere autorización previa</p>



Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios para médicos/practicantes, incluidas las visitas al consultorio del médico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios de atención médica o cirugía médicamente necesarios proporcionados en el consultorio de un médico, un centro quirúrgico ambulatorio certificado, un departamento de pacientes ambulatorios de un hospital o cualquier otro lugar• Consulta, diagnóstico y tratamiento por parte de un especialista• Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su PCP, si su médico lo ordena para ver si necesita tratamiento médico• Ciertos servicios de telesalud, que incluyen: servicios de telesalud cubiertos por Medicare de su médico de atención primaria, una enfermera practicante o un asistente médico afiliado a la atención primaria, sesiones individuales para visitas de salud mental o sesiones individuales para servicios psiquiátricos.<ul style="list-style-type: none">○ Tiene la opción de obtener estos servicios a través de una visita en persona o por telesalud. Si elige obtener uno de estos servicios por telesalud, debe usar un proveedor de la red que ofrezca el servicio por telesalud.• Las instrucciones de acceso estarán disponibles en cada proveedor que ofrezca estos servicios. Los administradores de atención del plan facilitarán la coordinación de los servicios de telesalud en función de las necesidades del afiliado y de la plataforma de telesalud de los proveedores. Algunos servicios de telesalud incluyen consultas, diagnósticos y tratamientos por parte de un médico o profesional, para pacientes en ciertas áreas rurales u otros lugares aprobados por Medicare.	Pagas \$0
<p>Servicios para médicos/practicantes, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con la enfermedad renal en etapa terminal para miembros de diálisis en el hogar en un centro de diálisis renal hospitalaria o de acceso crítico, un centro de diálisis renal o el hogar del miembro	


Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental si: <ul style="list-style-type: none"> ○ Tiene una visita en persona dentro de los 6 meses anteriores a su primera visita de telesalud ○ Tiene una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud ○ Se pueden hacer excepciones a lo anterior para ciertas circunstancias • Servicios de telesalud para visitas de salud mental proporcionados por clínicas de salud rurales y centros de salud calificados por el gobierno federal • Chequeos virtuales (por ejemplo, por teléfono o videollamada) con su médico durante 5 a 10 minutos <u>si</u>: <ul style="list-style-type: none"> ○ No es un paciente nuevo y ○ La registración no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días y ○ El registro no conduce a una visita al consultorio dentro de las 24 horas o a la cita disponible lo antes posible • Evaluación del video y/o las imágenes que envíe a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico dentro de las 24 horas <u>si</u>: <ul style="list-style-type: none"> ○ No es un paciente nuevo y ○ La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días y ○ La evaluación no conduce a una visita al consultorio dentro de las 24 horas o a la cita disponible lo antes posible • Consulta que su médico tiene con otros médicos por teléfono, Internet o historia clínica electrónica • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía • Atención dental no rutinaria (los servicios cubiertos se limitan a la cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, la colocación de fracturas de la mandíbula o los huesos faciales, la extracción de dientes para preparar la mandíbula para los tratamientos de radiación de la 	

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>enfermedad del cáncer neoplásico o los servicios que estarían cubiertos cuando los proporciona un médico)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 	
<p>Servicios de podología</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como espolones calcáneos o en martillo) • Cuidado rutinario de los pies para miembros con ciertas afecciones médicas que afectan las extremidades inferiores <p>También está cubierto por los beneficios suplementarios de rutina para el cuidado de los pies:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seis (6) visitas por año a un especialista de la red. Los servicios suplementarios cubiertos incluyen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Cortar o cortar lesiones hiperqueratosis benignas (por ejemplo, callos, verrugas, callos) ○ Recorte o desbridamiento de uñas 	<p>Pagas \$0</p> <p>Se requiere autorización previa</p> <p>Cuidado rutinario de los pies</p> <p>\$0</p> <p>No se requiere autorización previa para el cuidado rutinario de los pies</p>
<p> Exámenes de detección del cáncer de próstata</p> <p>Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente, una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tacto rectal • Prueba de antígeno prostático específico (PSA) 	<p>No hay coaseguro, copago ni deducible para una prueba anual de PSA.</p>
<p>Dispositivos protésicos y suministros relacionados</p> <p>Dispositivos (que no sean dentales) que reemplazan la totalidad o parte de una parte o función del cuerpo. Estos incluyen, entre otros: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, prótesis, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con dispositivos protésicos y reparación y/o reemplazo de dispositivos protésicos. También incluye cierta cobertura después de la extirpación de cataratas o la cirugía de cataratas;</p>	<p>Pagas \$0</p> <p>Se requiere autorización previa</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>consulte Cuidado de la vista más adelante en esta sección para obtener más detalles.</p>	
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para los miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave y una derivación para rehabilitación pulmonar del médico que trata la enfermedad respiratoria crónica.</p>	<p>Pagas \$0</p> <p>Se requiere autorización previa</p>
<p> Pruebas de detección y asesoramiento para reducir el consumo indebido de alcohol</p> <p>Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos con Medicare (incluidas las mujeres embarazadas) que abusan del alcohol, pero no son dependientes del alcohol.</p> <p>Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, puede recibir hasta 4 sesiones breves de asesoramiento cara a cara por año (si es competente y está alerta durante el asesoramiento) proporcionadas por un médico de atención primaria calificado o un profesional en un entorno de atención primaria.</p>	<p>No hay coaseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de evaluación y asesoramiento cubiertos por Medicare para reducir el abuso del alcohol.</p>
<p> Detección del cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (TCDB)</p> <p>Para las personas calificadas, se cubre un LDCT cada 12 meses.</p> <p>Los miembros elegibles son: personas de 50 a 77 años de edad que no tienen signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de tabaquismo de al menos 20 paquetes-año y que actualmente fuman o han dejado de fumar en los últimos 15 años, que reciben una orden por escrito para LDCT durante una visita de asesoramiento para la detección del cáncer de pulmón y una visita compartida para la toma de decisiones que cumple con los criterios de Medicare para dichas visitas y que debe ser proporcionada por un médico o profesional calificado que no sea médico.</p> <p><i>Para las pruebas de detección de cáncer de pulmón LDCT después de la prueba de detección inicial de LDCT:</i> el miembro</p>	<p>No hay coaseguro, copago ni deducible para la visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida cubierta por Medicare ni para el LDCT.</p>


Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>debe recibir una orden por escrito para la prueba de detección de cáncer de pulmón LDCT, que se puede proporcionar durante cualquier visita apropiada con un médico o un profesional calificado que no sea médico. Si un médico o un profesional calificado que no es médico opta por brindar asesoramiento sobre las pruebas de detección del cáncer de pulmón y una visita compartida para la toma de decisiones para las pruebas de detección de cáncer de pulmón posteriores con LDCT, la visita debe cumplir con los criterios de Medicare para dichas visitas.</p>	
<p> Pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento para prevenir las ITS</p> <p>Cubrimos las pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) para clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que corren un mayor riesgo de contraer una ITS cuando las pruebas son ordenadas por un proveedor de atención primaria. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo.</p> <p>También cubrimos hasta dos sesiones individuales de asesoramiento conductual de alta intensidad de 20 a 30 minutos cada año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de ITS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son proporcionadas por un proveedor de atención primaria y se llevan a cabo en un entorno de atención primaria, como el consultorio de un médico.</p>	<p>No hay coaseguro, copago ni deducible para la evaluación de ITS cubierta por Medicare y el asesoramiento para el beneficio preventivo de ITS.</p>
<p>Servicios para tratar la enfermedad renal</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de educación sobre la enfermedad renal para enseñar el cuidado de los riñones y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su atención. Para los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV, cuando son referidos por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación sobre la enfermedad renal de por vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando se encuentra 	<p>Pagas \$0</p> <p>No hay coaseguro, copago o deducible para la educación sobre la enfermedad renal cubierta por Medicare</p> <p>Se requiere autorización previa</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor de este servicio no está disponible o es inaccesible temporalmente)</p> <ul style="list-style-type: none">• Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si es admitido como paciente hospitalizado en un hospital para recibir atención especial)• Capacitación en auto diálisis (incluye capacitación para usted y cualquier persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar)• Equipos y suministros de diálisis en el hogar• Ciertos servicios de apoyo en el hogar (como, cuando sea necesario, visitas de trabajadores de diálisis capacitados para controlar su diálisis en el hogar, para ayudar en emergencias y revisar su equipo de diálisis y suministro de agua) <p>Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte B, vaya a la sección Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare.</p>	

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)



Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés)</p> <p>(Para una definición de atención en un centro de enfermería especializada, consulte el Capítulo 12 de este documento. Los centros de enfermería especializada a veces se denominan SNF).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Medicamentos que se le administran como parte de su plan de atención (esto incluye sustancias que están presentes de forma natural en el cuerpo, como los factores de coagulación de la sangre). • Sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre entera y glóbulos rojos empaquetados comienza solo con la cuarta pinta de sangre que necesita: debe pagar los costos de las primeras tres pintas de sangre que obtenga en un año calendario o hacer que usted u otra persona donen la sangre. Todos los demás componentes de la sangre se cubren a partir de la primera pinta utilizada • Suministros médicos y quirúrgicos que normalmente proporcionan los SNF • Pruebas de laboratorio normalmente proporcionadas por los SNF • Radiografías y otros servicios de radiología que normalmente prestan los SNF • Uso de aparatos como sillas de ruedas que normalmente proporcionan los SNF • Servicios para médicos/practicantes <p>Por lo general, recibirá su atención de SNF en centros de la red. Sin embargo, bajo ciertas condiciones que se enumeran a continuación, es posible que pueda recibir atención de un centro que no sea un proveedor de la red, si el centro acepta los montos de nuestro plan para el pago.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un hogar de ancianos o una comunidad de jubilados de atención continua donde vivía justo antes de ir al hospital (siempre y cuando brinde atención en un centro de enfermería especializada) • Un SNF en el lugar donde vive su cónyuge o pareja de hecho en el momento en que sale del hospital 	Pagas \$0

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Dejar de fumar y fumar (asesoramiento para dejar de fumar o de fumar)</p> <p><u>Si consume tabaco, pero no tiene signos ni síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco:</u> Cubrimos dos intentos de asesoramiento para dejar de fumar dentro de un período de 12 meses como un servicio preventivo sin costo para usted. Cada intento de consejería incluye hasta cuatro visitas cara a cara.</p> <p><u>Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando medicamentos que pueden verse afectados por el tabaco:</u> Cubrimos los servicios de asesoramiento para dejar de fumar. Cubrimos dos intentos de dejar de fumar en un período de 12 meses; sin embargo, usted pagará el costo compartido aplicable. Cada intento de consejería incluye hasta cuatro visitas cara a cara.</p>	<p>No hay coaseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y dejar de fumar cubiertos por Medicare.</p>
<p>Beneficios Suplementarios Especiales para Enfermos Crónicos</p> <p>Los siguientes beneficios son beneficios suplementarios especiales que se aplican a las siguientes afecciones: Dependencia crónica del alcohol y otras drogas; Trastornos autoinmunes; Cáncer; Trastornos cardiovasculares; Insuficiencia cardíaca crónica; Demencia; Diabetes; Enfermedad hepática terminal; Enfermedad renal terminal (ESRD, por sus siglas en inglés); Trastornos hematológicos graves; VIH/SIDA; Trastornos pulmonares crónicos; Condiciones de salud mental crónicas e incapacitantes; Trastornos neurológicos; Golpe. No todos los miembros califican.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comidas ofrecidas para situaciones de emergencia. Paquete de 5 días de comidas no perecederas disponible hasta dos veces al año (2 comidas al día, un total de 20 comidas al año). • Legal Aid brinda asistencia con servicios legales para obtener un poder notarial para decisiones de atención médica. Cubre los honorarios legales de hasta \$250 de por vida. • La Asistencia de Alimentos Saludables incluye \$180 por trimestre para gastar en alimentos saludables en el lugar 	<p>Pagas \$0</p> <p>Se requiere autorización previa</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>seleccionado. Los montos de los beneficios de Alimentos Saludables no utilizados no se transfieren.</p> <ul style="list-style-type: none">• La caja de productos frescos incluye una caja de productos frescos que se entrega una vez al mes durante tres meses para los miembros que completaron 30 días de beneficios de comidas congeladas.	
<p>Terapia de ejercicio supervisado (SET)</p> <p>La SET está cubierta para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica (EAP) sintomática.</p> <p>Se cubren hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa SET.</p> <p>El programa SET debe:</p> <ul style="list-style-type: none">• Consisten en sesiones de 30-60 minutos de duración, que comprenden un programa terapéutico de ejercicio-entrenamiento para la EAP en pacientes con claudicación• Se lleva a cabo en un entorno hospitalario ambulatorio o en el consultorio de un médico• Ser administrado por el personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen los daños, y que esté capacitado en terapia de ejercicios para la EAP.• Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico o enfermero practicante/especialista en enfermería clínica que debe estar capacitado en técnicas básicas y avanzadas de soporte vital <p>SET puede estar cubierto más allá de 36 sesiones durante 12 semanas por 36 sesiones adicionales durante un período prolongado de tiempo si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.</p>	<p>Pagas \$0</p> <p>Se requiere autorización previa</p>
<p>Servicios que se necesitan con urgencia</p> <p>Los servicios que se necesitan con urgencia se proporcionan para tratar una enfermedad, lesión o afección médica imprevista que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata, pero dadas sus circunstancias, no es posible, o no es razonable, obtener servicios de los proveedores de la red. Si no es razonable dadas sus circunstancias obtener inmediatamente la atención médica de un proveedor de la red, entonces su plan</p>	<p>Pagas \$0</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>cubrirá los servicios que se necesitan con urgencia de un proveedor fuera de la red. Los servicios deben ser necesarios de inmediato y médicamente necesarios. Ejemplos de servicios de necesidad urgente que el plan debe cubrir fuera de la red ocurren si: Usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan y requiere servicios inmediatos médicamente necesarios para una afección imprevista, pero no es una emergencia médica; o no es razonable, dadas sus circunstancias, obtener inmediatamente la atención médica de un proveedor de la red. El costo compartido para los servicios necesarios que se necesitan con urgencia y que se prestan fuera de la red es el mismo que para los servicios prestados dentro de la red.</p> <p>Los servicios que se necesitan con urgencia se brindan dentro de los EE. UU.</p>	
<p> Cuidado de la vista</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Medicare Original no cubre los exámenes oculares de rutina (refracciones oculares) de anteojos/lentes de contacto • Para las personas que tienen un alto riesgo de glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas con alto riesgo de glaucoma incluyen personas con antecedentes familiares de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos de 50 años o más e hispanoamericanos de 65 años o más • Para las personas con diabetes, la detección de la retinopatía diabética está cubierta una vez al año • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la inserción de un lente intraocular (si tiene dos operaciones de cataratas separadas, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos anteojos después de la segunda cirugía). 	Pagas \$0
<p> Bienvenido a la visita preventiva de Medicare</p>	

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>El plan cubre la visita preventiva única de <i>Bienvenido a Medicare</i> . La visita incluye una revisión de su salud, así como educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas), y derivaciones para otros cuidados si es necesario.</p> <p>Importante: Cubrimos la visita preventiva de <i>bienvenida a Medicare</i> solo dentro de los primeros 12 meses de tener la Parte B de Medicare. Cuando programe su cita, informe al consultorio de su médico que desea programar su <i>visita preventiva</i> de bienvenida a Medicare.</p>	<p>No hay coaseguro, copago ni deducible para la <i>visita preventiva</i> de bienvenida a Medicare.</p>

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios están cubiertos fuera de Florida Complete Care (HMO D-SNP)?

Sección 3.1	Servicios <i>no</i> cubierto por Florida Complete Care (HMO D-SNP)
--------------------	---

Los siguientes servicios no están cubiertos por Florida Complete Care (HMO D-SNP), pero están disponibles a través de Medicaid:

- Cuidado de acompañantes adultos
- Cuidado de la salud diurna para adultos
- Vida asistida
- Cuidados de enfermería auxiliar
- Coordinación de la atención o administración de casos
- Capacitación para cuidadores
- Adaptación de la accesibilidad del hogar
- Servicios de ama de casa
- Enfermería especializada intermitente
- Administración de medicamentos
- Manejo de medicamentos
- Evaluación nutricional o reducción de riesgos
- Cuidado personal
- Sistemas Personales de Respuesta a Emergencias
- Cuidado de relevo

SECCIÓN 4 Qué servicios no están cubiertos por el plan?

Sección 4.1 Servicios *no* Cubierto por el plan

En esta sección se indican los servicios que se excluyen.

La tabla a continuación describe algunos servicios y artículos que no están cubiertos por el plan bajo ninguna condición o que están cubiertos por el plan solo bajo condiciones específicas.

Si obtiene servicios que están excluidos (no cubiertos), debe pagarlos usted mismo, excepto bajo las condiciones específicas que se enumeran a continuación. Incluso si recibe los servicios excluidos en un centro de emergencia, los servicios excluidos aún no están cubiertos y nuestro plan no los pagará. La única excepción es si el servicio es apelado y decidido: en la apelación es un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hemos tomado de no cubrir un servicio médico, consulte el Capítulo 9, Sección 6.3 de este documento).

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubierto bajo ninguna condición	Cubierto solo bajo condiciones específicas
Cirugía o procedimientos estéticos		<ul style="list-style-type: none"> • Cubierto en casos de una lesión accidental o para la mejora del funcionamiento de un miembro del cuerpo malformado. • Cubre todas las etapas de la reconstrucción de una mama después de una mastectomía, así como para que la mama no afectada produzca una apariencia simétrica.
<p>Cuidado de custodia</p> <p>El cuidado de custodia es el cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como el cuidado que lo ayuda con las actividades de la vida diaria, como bañarse o vestirse.</p>	No cubierto bajo ninguna condición	

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubierto bajo ninguna condición	Cubierto solo bajo condiciones específicas
<p>Procedimientos médicos y quirúrgicos experimentales, equipos y medicamentos.</p> <p>Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos artículos y procedimientos que Medicare Original determina que no son generalmente aceptados por la comunidad médica.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Puede estar cubierto por Medicare Original en virtud de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. <p>(Consulte el Capítulo 3, Sección 5 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica).</p>
<p>Tarifas cobradas por el cuidado de sus familiares inmediatos o miembros de su hogar.</p>	No cubierto bajo ninguna condición	
<p>Atención de enfermería a tiempo completo en su hogar.</p>		<p>Pagas \$0. Servicios de enfermería y asistencia médica proporcionados en su hogar para ayudarlo a controlar o recuperarse de una afección médica, enfermedad o lesión.</p>

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubierto bajo ninguna condición	Cubierto solo bajo condiciones específicas
Comidas a domicilio		<p>Cubierto para las siguientes condiciones: Dependencia crónica del alcohol y otras drogas; Trastornos autoinmunes; Cáncer; Trastornos cardiovasculares; Insuficiencia cardíaca crónica; Demencia; Diabetes; Enfermedad hepática terminal; Enfermedad renal terminal (ESRD, por sus siglas en inglés); Trastornos hematológicos graves; VIH/SIDA; Trastornos pulmonares crónicos; Condiciones de salud mental crónicas e incapacitantes; Trastornos neurológicos; Golpe. <i>No todos los miembros califican.</i></p>
Servicios para amas de casa, incluida la asistencia doméstica básica, como tareas domésticas ligeras o preparación de comidas ligeras.	No cubierto bajo ninguna condición	
Servicios de naturópata (utiliza tratamientos naturales o alternativos).	No cubierto bajo ninguna condición	
Atención dental no rutinaria		<ul style="list-style-type: none"> • La atención dental requerida para tratar enfermedades o lesiones puede estar cubierta como atención hospitalaria o ambulatoria.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubierto bajo ninguna condición	Cubierto solo bajo condiciones específicas
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies		<ul style="list-style-type: none"> • Zapatos que forman parte de un aparato ortopédico para la pierna y están incluidos en el costo del aparato ortopédico. Calzado ortopédico o terapéutico para personas con enfermedad del pie diabético.
Artículos personales en su habitación en un hospital o en un centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor.	No cubierto bajo ninguna condición	
Habitación privada en un hospital.		<ul style="list-style-type: none"> • Cubierto solo cuando sea médicamente necesario.
Reversión de los procedimientos de esterilización y/o de los suministros anticonceptivos sin receta.	No cubierto bajo ninguna condición	
Servicios considerados no razonables y necesarios, de acuerdo con las normas de Medicare Original	No cubierto bajo ninguna condición	

CAPÍTULO 5:

Uso de la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D



¿Cómo puede obtener información sobre los costos de sus medicamentos?

Debido a que usted es elegible para Medicaid, califica y está recibiendo "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. Debido a que usted está en el programa de "Ayuda Adicional", **parte de la información en esta *Evidencia de Cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplica a usted.*** Le enviamos un folleto por separado, llamado Anexo de *Evidencia de Cobertura para Personas que Reciben Ayuda Adicional para Pagar Medicamentos Recetados* (también conocido como Anexo de Subsidio para Bajos Ingresos o Anexo de LIS), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este inserto, llame a Servicios para Miembros y pregunte por la cláusula adicional de LIS. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este documento).

SECCIÓN 1 Introducción

Este capítulo **explica las reglas para usar su cobertura para los medicamentos de la Parte D.** Consulte el Capítulo 4 para conocer los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos de hospicio.

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados están cubiertos por sus beneficios de Medicaid. La Lista de Medicamentos Recetados de Medicaid "PDL" le indica cómo obtener información sobre su cobertura de medicamentos de Medicaid.

Sección 1.1	Reglas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan
--------------------	--

Por lo general, el plan cubrirá sus medicamentos siempre y cuando siga estas reglas básicas:

- Debe pedirle a un proveedor (un médico, dentista u otro profesional que emita recetas) que le escriba una receta que debe ser válida según la ley estatal aplicable.
- Su médico no debe estar en las listas de exclusión o exclusión de Medicare.
- Por lo general, debe usar una farmacia de la red para surtir su receta. (Véase la sección 2, *Surta sus recetas en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan*).
- Su medicamento debe estar en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario) del plan* (lo llamamos la "Lista de Medicamentos" para abreviar). (Véase la sección 3, *Sus medicamentos deben estar en la "Lista de medicamentos" del plan*).
- Su medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. Una "indicación médicamente aceptada" es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) o

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

respaldado por ciertas referencias. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).

SECCIÓN 2 Surta su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan

Sección 2.1	Use una farmacia de la red
--------------------	-----------------------------------

En la mayoría de los casos, sus medicamentos recetados están cubiertos *solo* si se surten en las farmacias de la red del plan. (Consulte la Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo cubriríamos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red).

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene un contrato con el plan para proporcionar sus medicamentos recetados cubiertos. El término medicamentos cubiertos se refiere a todos los medicamentos recetados de la Parte D que se encuentran en la "Lista de medicamentos" del plan.

Sección 2.2	Farmacias de la red
--------------------	----------------------------

¿Cómo encontrar una farmacia de la red en su área?

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en su *Directorio de farmacias*, visitar nuestro sitio web (www.FC2healthplan.com) y/o llamar a Servicios para Miembros.

Puede acudir a cualquiera de las farmacias de nuestra red.

¿Qué pasa si la farmacia que ha estado usando se sale de la red?

Si la farmacia que ha estado usando abandona la red del plan, tendrá que encontrar una nueva farmacia que esté en la red. Para encontrar otra farmacia en su área, puede obtener ayuda de Servicios para Miembros o usar el *Directorio de Farmacias*: También puede encontrar información en nuestro sitio web en www.FC2healthplan.com.

¿Y si necesitas una farmacia especializada?

Algunas recetas deben surtirse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que suministran medicamentos para la terapia de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos a los residentes de un centro de atención a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés). Por lo general, un centro de cuidados a largo plazo (como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia. Si tiene alguna

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, comuníquese con Servicios para Miembros.

- Farmacias que atienden el Servicio de Salud Indígena / Programa de Salud Indígena Tribal / Urbano (no disponible en Puerto Rico). Excepto en casos de emergencia, solo los nativos americanos o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias de nuestra red.
- Farmacias que dispensan medicamentos que están restringidos por la FDA a ciertos lugares o que requieren un manejo especial, coordinación de proveedores o educación sobre su uso. (**Nota:** Este escenario debería ocurrir en raras ocasiones).

Para localizar una farmacia especializada, busque en su *Directorio de farmacias* o llame a Servicios para Miembros.

Sección 2.3 Usar el pedido por correo del plan servicio

Para ciertos tipos de medicamentos, puede usar el servicio de pedidos por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos que se proporcionan a través de pedidos por correo son medicamentos que se toman regularmente, para una afección médica crónica o a largo plazo.

El servicio de pedidos por correo de nuestro plan le permite pedir **un suministro de hasta 90 días**.

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo surtir sus medicamentos recetados por correo, comuníquese con Servicio al Miembro (los números de teléfono están impresos en la parte posterior de este folleto).

Por lo general, un pedido de farmacia por correo se le entregará en no más de 10 a 15 días. En el improbable caso de que haya un retraso significativo con su medicamento recetado por correo, nuestro servicio de pedido por correo trabajará con usted y una farmacia de la red para proporcionarle un suministro temporal de su medicamento recetado por correo

Nuevas recetas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico.

La farmacia surtirá y entregará automáticamente las nuevas recetas que reciba de los proveedores de atención médica, sin consultar primero con usted, si:

- Utilizó servicios de pedidos por correo con este plan en el pasado, o
- Usted se inscribe para recibir automáticamente todas las recetas nuevas recibidas directamente de los proveedores de atención médica. Puede solicitar la entrega automática de todas las recetas nuevas en cualquier momento llamando a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Si recibe automáticamente por correo una receta que no desea y no se comunicó con usted para ver si la quería antes de que se enviara, puede ser elegible para un reembolso.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

Si utilizó el pedido por correo en el pasado y no desea que la farmacia surta y envíe automáticamente cada nueva receta, comuníquese con nosotros llamando a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Si nunca ha utilizado nuestra entrega de pedidos por correo y/o decide dejar de surtir automáticamente nuevas recetas, la farmacia se comunicará con usted cada vez que reciba una nueva receta de un proveedor de atención médica para ver si desea que el medicamento se surta y se envíe de inmediato. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunique con usted para informarles si deben enviar, retrasar o cancelar la nueva receta.

Para optar por no participar en nuestro programa que prepara automáticamente los resurtidos de pedidos por correo, inicie sesión en su cuenta de Caremark.com o comuníquese con nosotros llamando a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la parte posterior de este folleto).

Bajo este programa, comenzaremos a procesar su próximo resurtido automáticamente cuando nuestros registros muestren que debería estar cerca de quedarse sin su medicamento. La farmacia se comunicará con usted antes de enviar cada resurtido para asegurarse de que necesite más medicamentos, y puede cancelar los resurtidos programados si tiene suficiente cantidad de su medicamento o si su medicamento ha cambiado. Si decide no usar nuestro programa de reposición automática, pero aún desea que la farmacia de pedidos por correo le envíe su receta, comuníquese con su farmacia 10 días antes de que se agote su receta actual. Esto asegurará que su pedido se le envíe a tiempo. Para optar por no participar en nuestro programa que prepara automáticamente las recargas de pedidos por correo, comuníquese con nosotros por correo, teléfono, Internet, etc.

Si recibe un resurtido automáticamente por correo que no desea, puede ser elegible para un reembolso.

Sección 2.4	¿Cómo se puede obtener un suministro de medicamentos a largo plazo?
--------------------	--

El plan ofrece dos maneras de obtener un suministro a largo plazo (también llamado suministro extendido) de medicamentos de mantenimiento en la "Lista de medicamentos" de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que se toman regularmente, para una afección médica crónica o a largo plazo).

1. Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Su Directorio de Farmacias le indica qué farmacias de nuestra red pueden ofrecerle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la parte posterior de este folleto).

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedidos por correo. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información.

Sección 2.5 ¿Cuándo puede usar una farmacia que no esté en la red del plan?

Su receta puede estar cubierta en ciertas situaciones

Por lo general, cubrimos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red solo cuando no puede usar una farmacia de la red. Para ayudarlo, tenemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde puede surtir sus recetas como miembro de nuestro plan. **Consulte primero con Servicios para Miembros** para ver si hay una farmacia de la red cerca. Lo más probable es que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

Estas son las circunstancias en las que cubriríamos las recetas surtidas en una farmacia fuera de la red:

- La receta es para una emergencia médica o atención de urgencia.
- No puede obtener un medicamento cubierto en un momento de necesidad porque no hay farmacias de la red las 24 horas a una distancia razonable en automóvil.
- La receta es para un medicamento que está agotado en una farmacia minorista o de servicio por correo accesible de la red (incluidos los medicamentos únicos y de alto costo).
- Si es evacuado o desplazado de su hogar debido a un desastre federal u otra declaración de emergencia de salud pública.
- Una vacuna o medicamento administrado en el consultorio de su médico.

Incluso si cubrimos los medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red, es posible que pague más de lo que habría pagado si hubiera ido a una farmacia dentro de la red.

Si necesita ir a una farmacia fuera de la red por cualquiera de las razones enumeradas anteriormente, el plan cubrirá hasta un suministro de medicamentos para 30 días.

En estas situaciones, consulte primero con Servicios para Miembros para ver si hay una farmacia de la red cerca. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto). Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

¿Cómo se solicita el reembolso del plan?

Si debe usar una farmacia fuera de la red, generalmente tendrá que pagar el costo total en lugar de su costo compartido normal en el momento en que surta su receta. Puede pedirnos que le

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

reembolsemos nuestra parte del costo. (En el capítulo 7, sección 2 se explica cómo pedirle al plan que le devuelva el dinero).

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la "Lista de medicamentos" del plan

Sección 3.1	La "Lista de medicamentos" indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos
--------------------	---

El plan tiene una Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario). En esta Evidencia de Cobertura, **la llamamos la "Lista de Medicamentos" para abreviar.**

Los medicamentos de esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista cumple con los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por Medicare.

La "Lista de medicamentos" incluye los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare. Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados están cubiertos por sus beneficios de Medicaid. La Lista de Medicamentos Recetados de Medicaid (PDL, por sus siglas en inglés) le indica cómo obtener información sobre su cobertura de medicamentos de Medicaid.

Por lo general, cubriremos un medicamento en la "Lista de medicamentos" del plan, siempre y cuando siga las otras reglas de cobertura que se explican en este capítulo y el uso del medicamento sea una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es el uso del medicamento que es:

- Aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) para el diagnóstico o la afección para la que se prescribe.
- *o* -- Respaldo por ciertas referencias, como la Información sobre Medicamentos del Servicio de Formulario de Hospitales Estadounidenses y el Sistema de Información DRUGDEX.

La "Lista de medicamentos" incluye medicamentos de marca, medicamentos genéricos y biosimilares.

Un medicamento de marca es un medicamento recetado que se vende bajo un nombre de marca registrada propiedad del fabricante del medicamento. Los medicamentos de marca que son más complejos que los medicamentos típicos (por ejemplo, los medicamentos que se basan en una proteína) se denominan productos biológicos. En la "Lista de medicamentos", cuando nos referimos a "medicamentos", esto podría significar un medicamento o un producto biológico.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Dado que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, tienen alternativas que se denominan biosimilares. Por lo general, los genéricos funcionan tan bien como el medicamento de marca o el producto biológico y, por lo general, cuestan menos. Hay sustitutos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca. Existen alternativas biosimilares para algunos productos biológicos.

¿Qué *no está* en la "Lista de Medicamentos"?

El plan no cubre todos los medicamentos recetados.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 7.1 en este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en particular en la "Lista de medicamentos". En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no está en la "Lista de medicamentos". Para obtener más información, consulte el Capítulo 9.

Sección 3.2	¿Cómo puede saber si un medicamento específico está en el "¿Lista de drogas?"
--------------------	--

Tienes tres formas de averiguarlo:

1. Consulte la "Lista de medicamentos" más reciente que proporcionamos electrónicamente.
2. Visite el sitio web del plan (www.FC2healthplan.com). La "Lista de medicamentos" en el sitio web es siempre la más actualizada.
3. Llame a Servicios para Miembros para averiguar si un medicamento en particular está en la "Lista de medicamentos" del plan o para solicitar una copia de la lista (los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 4 Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1	¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?
--------------------	--

En el caso de ciertos medicamentos recetados, las reglas especiales restringen cómo y cuándo los cubre el plan. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas reglas para alentarlos a usted y a su proveedor a usar los medicamentos de la manera más eficaz. Para averiguar si

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que toma o desea tomar, consulte la "Lista de medicamentos".

Si un medicamento seguro y de menor costo funcionará tan bien desde el punto de vista médico como un medicamento de mayor costo, las reglas del plan están diseñadas para alentarlos a usted y a su proveedor a usar esa opción de menor costo.

Tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra "Lista de medicamentos". Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden diferir según la concentración, la cantidad o la forma del medicamento recetado por su proveedor de atención médica, y es posible que se apliquen diferentes restricciones o costos compartidos a las diferentes versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg frente a 100 mg; uno por día frente a dos por día; comprimido frente a líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipo de restricciones?

Las siguientes secciones le brindan más información sobre los tipos de restricciones que usamos para ciertos medicamentos.

Si hay una restricción para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor tendrán que tomar medidas adicionales para que podamos cubrir el medicamento. Comuníquese con Servicios para Miembros para saber qué usted o su proveedor tendrían que hacer para obtener cobertura para el medicamento. Si desea que le eximamos de la restricción, deberá utilizar el proceso de decisión de cobertura y pedirnos que hagamos una excepción. Podemos o no estar de acuerdo en renunciar a la restricción para usted. (Véase el capítulo 9)

Restringir los medicamentos de marca o los productos biológicos originales cuando esté disponible una versión genérica o intercambiable de biosimilares.

Por lo general, un medicamento genérico **o un biosimilar intercambiable funciona igual que un medicamento de marca: o un producto biológico original y, por lo general, cuesta menos.** En la mayoría de los casos, cuando hay disponible una versión biosimilar genérica o intercambiable de un medicamento de marca o producto biológico original, las farmacias de nuestra red le proporcionarán la versión genérica o biosimilar intercambiable en lugar del medicamento de marca o producto biológico original. Sin embargo, si su proveedor nos ha dicho la razón médica por la que el medicamento genérico o el biosimilar intercambiable no funcionarán para usted O ha escrito "No hay sustituciones" en su receta *para un medicamento de marca o un producto biológico original* O nos ha dicho la razón médica por la que ni el medicamento genérico, el biosimilar intercambiable ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección funcionarán para usted, Luego cubriremos el medicamento de marca o el producto biológico original. (Su parte del costo puede ser mayor para el medicamento de marca o el producto biológico original que para el medicamento genérico o el biosimilar intercambiable).

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

Obtener la aprobación del plan por adelantado

En el caso de ciertos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la aprobación del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. A esto se le llama **autorización previa**. Esto se implementa para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que su medicamento no esté cubierto por el plan.

Probar primero un medicamento diferente

Este requisito lo alienta a probar medicamentos menos costosos, pero generalmente igual de efectivos, antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B tratan la misma afección médica y el Medicamento A es menos costoso, el plan puede requerir que pruebe primero el Medicamento A. Si el medicamento A no funciona para usted, el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero un medicamento diferente se denomina **terapia escalonada**.

Límites de cantidad

En el caso de ciertos medicamentos, limitamos la cantidad de un medicamento que puede obtener cada vez que surte su receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una pastilla al día para un determinado medicamento, podemos limitar la cobertura de su receta a no más de una pastilla al día.

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que le gustaría que estuviera cubierto?

Sección 5.1	Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que le gustaría que estuviera cubierto
--------------------	--

Hay situaciones en las que hay un medicamento recetado que está tomando, o uno que usted y su proveedor creen que debería tomar, que no está en nuestro formulario o está en nuestro formulario con restricciones. Por ejemplo:

- Es posible que el medicamento no esté cubierto en absoluto. O tal vez una versión genérica del medicamento esté cubierta, pero la versión de marca que desea tomar no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero existen reglas o restricciones adicionales en la cobertura de ese medicamento, como se explica en la Sección 4.
- Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que le gustaría que estuviera cubierto.
- Si su medicamento no está en la "Lista de medicamentos" o si su medicamento está restringido, vaya a la Sección 5.2 para saber qué puede hacer.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D**Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no está en el "Lista de medicamentos" o si el medicamento está restringido de alguna manera?**

Si su medicamento no está en la "Lista de medicamentos" o está restringido, estas son las opciones:

- Es posible que pueda obtener un suministro temporal del medicamento.
- Puede cambiar a otro medicamento.
- Puede solicitar una excepción y pedirle al plan que cubra el medicamento o que elimine las restricciones del medicamento.

Es posible que pueda obtener un suministro temporal

Bajo ciertas circunstancias, el plan debe proporcionar un suministro temporal de un medicamento que ya esté tomando. Este suministro temporal le da tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio en la cobertura y decidir qué hacer.

Para ser elegible para un suministro temporal, el medicamento que ha estado tomando **ya no debe estar en la "Lista de medicamentos" del plan o ahora está restringido de alguna manera.**

- **Si es un miembro nuevo**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** de su membresía en el plan.
- **Si estuvo en el plan el año pasado**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** del año calendario.
- Este suministro temporal será por un máximo de 30 días. Si su receta está escrita para menos días, permitiremos múltiples surtidos para proporcionar hasta un máximo de 30 días de medicamento. La receta debe surtirse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionar el medicamento en cantidades más pequeñas a la vez para evitar el desperdicio).
- **Para aquellos miembros que han estado en el plan por más de 90 días y residen en un centro de atención a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:**

Cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de un medicamento en particular, o menos si su receta está escrita para menos días. Esto se suma al suministro temporal anterior.

Si experimenta un cambio en su entorno de atención (como ser dado de alta o admitido en un centro de atención a largo plazo), su médico o farmacia pueden solicitar un suministro temporal del medicamento. Este suministro temporal (hasta 30 días) le dará tiempo para hablar con su médico sobre el cambio en la cobertura Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame a

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Durante el tiempo en que esté usando un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote su suministro temporal. Tienes dos opciones:

1) Puede cambiar a otro medicamento

Hable con su proveedor acerca de si hay un medicamento diferente cubierto por el plan que pueda funcionar igual de bien para usted. Puede llamar a Servicios para Miembros para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda funcionar para usted.

2) Puedes pedir una excepción

Usted y su proveedor pueden pedirle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento de la manera en que le gustaría que lo cubriera. Si su proveedor dice que tiene razones médicas que justifican solicitarnos una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción. Por ejemplo, puede pedirle al plan que cubra un medicamento, aunque no esté en la "Lista de medicamentos" del plan. O puede pedirle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la Sección 7.4 del Capítulo 9 le indica qué hacer. Explica los procedimientos y plazos establecidos por Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje de manera rápida y justa.

SECCIÓN 6 ¿Qué pasa si cambia la cobertura de uno de sus medicamentos?

Sección 6.1	El La "Lista de medicamentos" puede cambiar durante el año
-------------	--

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurren al comienzo de cada año (1 de enero). Sin embargo, durante el año, el plan puede hacer algunos cambios en la "Lista de medicamentos". Por ejemplo, el plan podría:

- **Agregue o elimine medicamentos de la "Lista de medicamentos".**
- **Agregar o quitar una restricción en la cobertura de un medicamento.**
- **Reemplace un medicamento de marca con una versión genérica del medicamento.**
- Sustituir un producto biológico original por una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

Debemos cumplir con los requisitos de Medicare antes de cambiar la "Lista de medicamentos" del plan.

Sección 6.2	¿Qué sucede si cambia la cobertura de un medicamento que está tomando?
--------------------	---

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se producen cambios en la "Lista de medicamentos", publicamos información en nuestro sitio web sobre esos cambios. También actualizamos nuestra "Lista de medicamentos" en línea de forma regular. A continuación, señalamos los momentos en los que recibiría un aviso directo si se realizaran cambios en un medicamento que está tomando.

Cambios en su cobertura de medicamentos que le afecten durante el año actual del plan**Aviso general anticipado de que el patrocinador del plan puede sustituir inmediatamente los nuevos medicamentos genéricos:**

Con el fin de reemplazar inmediatamente los medicamentos de marca con nuevos medicamentos genéricos terapéuticamente equivalentes (o cambiar el nivel o las restricciones, o ambos, que se aplican a un medicamento de marca después de agregar un nuevo medicamento genérico), los patrocinadores del plan que cumplan con los requisitos deben proporcionar el siguiente aviso general anticipado de los cambios:

- **Un nuevo medicamento genérico reemplaza a un medicamento de marca en la "Lista de medicamentos" (o cambiamos el nivel de costos compartidos o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca o ambos)**
 - Es posible que eliminemos inmediatamente un medicamento de marca de nuestra "Lista de medicamentos" si lo estamos reemplazando con una versión genérica recientemente aprobada del mismo medicamento. El medicamento genérico aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en uno más bajo y con las mismas o menos restricciones. Es posible que decidamos mantener el medicamento de marca en nuestra "Lista de medicamentos", pero lo movemos inmediatamente a un nivel de costo compartido más alto o agregamos nuevas restricciones o ambas cuando se agrega el nuevo genérico.
 - Es posible que no le informemos con anticipación antes de realizar ese cambio, incluso si actualmente está tomando el medicamento de marca. Si está tomando el medicamento de marca en el momento en que realizamos el cambio, le proporcionaremos información sobre los cambios específicos. Esto también incluirá información sobre los pasos que puede seguir para solicitar una excepción para cubrir el medicamento de marca. Es posible que no reciba este aviso antes de que realicemos el cambio.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

- Usted o su médico pueden pedirnos que hagamos una excepción y que sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte
- **Medicamentos peligrosos y otros medicamentos de la "Lista de medicamentos" que se retiran del mercado**
 - A veces, un medicamento puede considerarse inseguro o retirarse del mercado por otra razón. Si esto sucede, podemos eliminar inmediatamente el medicamento de la "Lista de medicamentos". Si está tomando ese medicamento, se lo informaremos de inmediato.
 - Su médico también sabrá acerca de este cambio y puede trabajar con usted para encontrar otro medicamento para su afección.
- **Otros cambios en los medicamentos de la "Lista de Medicamentos"**
 - Es posible que hagamos otros cambios una vez que haya comenzado el año que afecten a los medicamentos que está tomando. Por ejemplo, podríamos agregar un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca en la "Lista de medicamentos" o cambiar el nivel de costos compartidos o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o ambos. También es posible que realicemos cambios en función de las advertencias incluidas en el recuadro de la FDA o de las nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
 - Para estos cambios, debemos notificarle el cambio con al menos 30 días de anticipación o notificarle el cambio y reabastecerlo con 30 días del medicamento que está tomando en una farmacia de la red.
 - Después de recibir la notificación del cambio, debe trabajar con su médico para cambiar a un medicamento diferente que cubrimos o para satisfacer cualquier restricción nueva sobre el medicamento que está tomando.
 - Usted o su médico pueden pedirnos que hagamos una excepción y que sigamos cubriendo el medicamento para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9.

Cambios en la "Lista de medicamentos" que no le afecten durante este año del plan

Es posible que realicemos ciertos cambios en la "Lista de medicamentos" que no se describen anteriormente. En estos casos, el cambio no se aplicará a usted si está tomando el medicamento cuando se realiza el cambio; sin embargo, es probable que estos cambios lo afecten a partir del 1 de enero del próximo año del plan si permanece en el mismo plan.

En general, los cambios que no le afectarán durante el año actual del plan son:

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

- Pusimos una nueva restricción en el uso de su medicamento.
- Eliminamos su medicamento de la "Lista de medicamentos".

Si alguno de estos cambios ocurre para un medicamento que está tomando (excepto por el retiro del mercado, un medicamento genérico que reemplaza a un medicamento de marca u otro cambio indicado en las secciones anteriores), entonces el cambio no afectará su uso ni lo que pague como parte del costo hasta el 1 de enero del próximo año. Hasta esa fecha, es probable que no vea ningún aumento en sus pagos ni restricciones adicionales al uso del medicamento.

No le informaremos sobre este tipo de cambios directamente durante el año actual del plan. Deberá consultar la "Lista de medicamentos" para el próximo año del plan (cuando la lista esté disponible durante el período de inscripción abierta) para ver si hay algún cambio en los medicamentos que está tomando que lo afecte durante el próximo año del plan.

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos son? *no* cubierto por el plan?

Sección 7.1	Tipos de medicamentos que no cubrimos
--------------------	--

Esta sección le indica qué tipos de medicamentos recetados están excluidos. Esto significa que ni Medicare ni Medicaid pagan por estos medicamentos.

Si apela y se determina que el medicamento solicitado no está excluido en virtud de la Parte D, lo pagaremos o lo cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 9). Si el medicamento excluido por nuestro plan también está excluido por Medicaid, debe pagarlo usted mismo.

Aquí hay tres reglas generales sobre los medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán bajo la Parte D:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Por lo general, nuestro plan no puede cubrir el uso no indicado en la etiqueta. El uso fuera de etiqueta es cualquier uso del medicamento que no sea el indicado en la etiqueta de un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
- La cobertura para el uso fuera de etiqueta se permite solo cuando el uso está respaldado por ciertas referencias, como la Información sobre medicamentos del Servicio de Formulario de Hospitales Estadounidenses y el Sistema de Información DRUGDEX.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

- Además, por ley, las siguientes categorías de medicamentos que se enumeran a continuación no están cubiertas por Medicare o Medicaid. Medicamentos de venta libre (también llamados medicamentos de venta libre)
 - Medicamentos utilizados para promover la fertilidad
 - Medicamentos utilizados para aliviar los síntomas de la tos o el resfriado
 - Medicamentos utilizados con fines cosméticos o para promover el crecimiento del cabello
 - Vitaminas y productos minerales recetados, excepto vitaminas prenatales y preparaciones con flúor
 - Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil
 - Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso
 - Medicamentos ambulatorios para los que el fabricante pretende exigir que las pruebas asociadas o los servicios de monitorización se compren exclusivamente al fabricante como condición de venta

Si está recibiendo "Ayuda Adicional" para pagar sus recetas, el programa de "Ayuda Adicional" no pagará los medicamentos que normalmente no están cubiertos. Sin embargo, si tiene cobertura de medicamentos a través de Medicaid, el programa de Medicaid de su estado puede cubrir algunos medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos por un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa Medicaid de su estado para determinar qué cobertura de medicamentos puede estar disponible para usted. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en el Capítulo 2, Sección 6).

SECCIÓN 8 **Cómo surtir una receta**

Sección 8.1	Proporcione su información de membresía
--------------------	--

Para surtir su receta, proporcione la información de membresía de su plan, que se puede encontrar en su tarjeta de membresía, en la farmacia de la red que elija. La farmacia de la red facturará automáticamente al plan nuestra parte de los costos de su medicamento.

Sección 8.2	¿Qué pasa si no tiene su información de membresía con usted?
--------------------	---

Si no tiene la información de membresía de su plan con usted cuando surte su receta, usted o la farmacia pueden llamar al plan para obtener la información necesaria, o puede pedirle a la farmacia que busque la información de inscripción en su plan.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que tenga que pagar el costo total de la receta cuando la recoja.** (A continuación, puede **pídenos que te reembolsemos** nuestra parte). Consulte el Capítulo 7, Sección 2 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso al plan).

SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales

Sección 9.1	¿Qué sucede si se encuentra en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una estadía que está cubierta por el plan?
--------------------	--

Si es admitido en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por el plan, generalmente cubriremos el costo de sus medicamentos recetados durante su estadía. Una vez que salga del hospital o centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos recetados siempre y cuando los medicamentos cumplan con todas nuestras reglas de cobertura descritas en este capítulo.

Sección 9.2	¿Qué sucede si usted es residente en un centro de atención a largo plazo (LTC)?
--------------------	--

Por lo general, un centro de atención a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés) (como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia o utiliza una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si usted es residente de un centro de cuidados a largo plazo, puede obtener sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro o de la que utiliza, siempre y cuando forme parte de nuestra red.

Consulte *su directorio de farmacias* para averiguar si la farmacia de su centro de cuidados a largo plazo o la que utiliza forma parte de nuestra red. Si no es así, o si necesita más información o ayuda, comuníquese con Servicios para Miembros. Si se encuentra en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir sus beneficios de la Parte D de forma rutinaria a través de nuestra red de farmacias de LTC.

¿Qué sucede si usted es residente en un centro de atención a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés) y necesita un medicamento que no está en nuestra "Lista de medicamentos" o que está restringido de alguna manera?

Consulte la Sección 5.2 sobre un suministro temporal o de emergencia.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D**Sección 9.3 ¿Qué sucede si también está recibiendo cobertura de medicamentos de un empleador o de un plan grupal para jubilados?**

Si actualmente tiene otra cobertura de medicamentos recetados a través de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja de hecho), comuníquese con **el administrador de beneficios de ese grupo**. Él o ella puede ayudarle a determinar cómo funcionará su cobertura actual de medicamentos recetados con nuestro plan.

En general, si tiene cobertura grupal para empleados o jubilados, la cobertura de medicamentos que obtenga de nosotros será *secundaria* a su cobertura grupal. Eso significa que su cobertura grupal pagaría primero.

Nota especial sobre la cobertura acreditable:

Cada año, su empleador o grupo de jubilados debe enviarle un aviso que indique si su cobertura de medicamentos recetados para el próximo año calendario es acreditable.

Si la cobertura del plan grupal es acreditable, significa que el plan tiene cobertura de medicamentos que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare.

Guarde este aviso sobre la cobertura acreditable, ya que es posible que la necesite más adelante. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluye cobertura de medicamentos de la Parte D, es posible que necesite este aviso para demostrar que ha mantenido una cobertura acreditable. Si no recibió el aviso de cobertura acreditable, solicite una copia al administrador de beneficios de su empleador o plan de jubilación o al empleador o sindicato.

Sección 9.4 ¿Qué sucede si está en un hospicio certificado por Medicare?

El hospicio y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscrito en el hospicio de Medicare y necesita ciertos medicamentos (p. ej., medicamentos contra las náuseas, laxantes, analgésicos o ansiolíticos) que no están cubiertos por su hospicio porque no están relacionados con su enfermedad terminal y afecciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación del médico o de su proveedor de hospicio de que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar demoras en la recepción de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, pídale a su proveedor de cuidados paliativos o a su médico que le notifique antes de surtir su receta.

En caso de que revoque su elección de hospicio o sea dado de alta del hospicio, nuestro plan debe cubrir sus medicamentos como se explica en este documento. Para evitar demoras en una farmacia cuando termine su beneficio de hospicio de Medicare, lleve documentación a la farmacia para verificar su revocación o alta.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad de medicamentos y administración de medicamentos

Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a consumir drogas de manera segura

Llevamos a cabo revisiones sobre el uso de drogas para nuestros miembros para asegurarnos de que reciban una atención segura y adecuada.

Hacemos una revisión cada vez que surte una receta. También revisamos nuestros registros de forma regular. Durante estas revisiones, buscamos posibles problemas como:

- Posibles errores de medicación
- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque está tomando otro medicamento para tratar la misma afección
- Medicamentos que pueden no ser seguros o apropiados debido a su edad o sexo
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían hacerle daño si se toman al mismo tiempo
- Recetas de medicamentos que contienen ingredientes a los que usted es alérgico
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que está tomando
- Cantidades peligrosas de analgésicos opioides

Si vemos un posible problema en el uso de sus medicamentos, trabajaremos con su proveedor para corregir el problema.

Sección 10.2 Programa de Manejo de Medicamentos (DMP, por sus siglas en inglés) para ayudar a los miembros a usar sus medicamentos opioides de manera segura

Tenemos un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de manera segura los opioides recetados y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia. Este programa se denomina Programa de Manejo de Medicamentos (DMP, por sus siglas en inglés). Si usa medicamentos opioides que obtiene de varios médicos o farmacias, o si tuvo una sobredosis reciente de opioides, es posible que hablemos con sus médicos para asegurarnos de que su uso de medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. Trabajando con sus médicos, si decidimos que su uso de medicamentos opioides o benzodiacepinas recetados puede no ser seguro, podemos limitar la forma en que puede obtener esos medicamentos. Si lo colocamos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser:

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

- Exigirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiazepinas en una determinada farmacia
- Exigirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiazepinas de un determinado médico
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepinas que cubriremos para usted

Si planeamos limitar la forma en que puede obtener estos medicamentos o la cantidad que puede obtener, le enviaremos una carta con anticipación. La carta le dirá si limitamos la cobertura de estos medicamentos para usted, o si se le pedirá que obtenga las recetas de estos medicamentos solo de un médico o farmacia específicos. Tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere usar, y sobre cualquier otra información que crea que es importante que conozcamos. Una vez que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta confirmando la limitación. Si cree que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra decisión o con la limitación, usted y su médico tienen derecho a apelar. Si apela, revisaremos su caso y le daremos una nueva decisión. Si continuamos denegando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar una apelación.

No se le colocará en nuestro DMP si tiene ciertas afecciones médicas, como dolor activo relacionado con el cáncer o enfermedad de células falciformes, si está recibiendo cuidados paliativos o al final de la vida, o si vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.3	Programa de Administración de Terapia de Medicamentos (MTM, por sus siglas en inglés) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos
---------------------	--

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Nuestro programa se llama Programa de Manejo de Terapia con Medicamentos (MTM, por sus siglas en inglés). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló el programa para nosotros con el fin de asegurarnos de que nuestros miembros obtengan el máximo beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes afecciones médicas y tienen altos costos de medicamentos o están en un DMP para ayudar a los miembros a usar sus opioides de manera segura, pueden obtener servicios a través de un programa MTM. Si califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud le dará una revisión integral de todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar sobre sus medicamentos, sus costos y cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos recetados y de venta libre. Recibirá un resumen escrito que tiene una lista de tareas recomendadas que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También recibirá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando, cuánto toma y cuándo

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

y por qué los toma. Además, los miembros del programa MTM recibirán información sobre la eliminación segura de medicamentos recetados que son sustancias controladas.

Es una buena idea hablar con su médico sobre su lista de tareas recomendadas y su lista de medicamentos. Lleve el resumen a su visita o cada vez que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Además, mantenga su lista de medicamentos actualizada y con usted (por ejemplo, con su identificación) en caso de que vaya al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se ajusta a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en el programa y le enviaremos información. Si decide no participar, notifíquenoslo y lo retiraremos. Si tiene alguna pregunta sobre este programa, comuníquese con Servicios para Miembros.

SECCIÓN 11 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y en qué etapa de pago se encuentra

Sección 11.1	Te enviamos un resumen mensual llamado <i>Parte D Explicación de Beneficios</i> (la Parte D EOB)
---------------------	---

Nuestro plan lleva un registro de los costos de sus medicamentos recetados y los pagos que ha realizado cuando surte o vuelve a surtir sus recetas en la farmacia. De esta manera, podemos decirle cuándo ha pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. En particular, hay dos tipos de costos de los que hacemos un seguimiento:

- Hacemos un seguimiento de cuánto ha pagado. A esto se le llama **gastos de bolsillo**.
- Hacemos un seguimiento de **los costos totales de sus medicamentos**. Esta es la cantidad que usted paga de su bolsillo o que otros pagan en su nombre más la cantidad pagada por el plan.

Si ha surtido una o más recetas a través del plan durante el mes anterior, le enviaremos una EOB de la Parte D. La EOB de la Parte D incluye:

- **Información de ese mes.** Este informe proporciona los detalles de pago sobre las recetas que ha surtido durante el mes anterior. Muestra los costos totales de los medicamentos, lo que pagó el plan y lo que usted y otras personas pagaron en su nombre.
- **Totales del año desde el 1 de enero.** A esto se le llama información del año hasta la fecha. Muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales de sus medicamentos desde que comenzó el año.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

- **Información sobre los precios de los medicamentos.** Esta información mostrará el precio total del medicamento e información sobre los aumentos en el precio desde el primer surtido para cada reclamo de receta de la misma cantidad.
- **Recetas alternativas disponibles de menor costo.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos disponibles con menor costo compartido para cada reclamo de medicamentos recetados.

Sección 11.2	Ayúdanos a mantener actualizada nuestra información sobre tus pagos de medicamentos
---------------------	--

Para llevar un registro de los costos de sus medicamentos y los pagos que realiza por los medicamentos, utilizamos los registros que obtenemos de las farmacias. Así es como puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada:

- **Muestre su tarjeta de membresía cada vez que surta una receta.** Esto nos ayuda a asegurarnos de que sabemos sobre las recetas que está surtiendo y lo que está pagando.
- **Asegúrese de que tenemos la información que necesitamos.** Hay ocasiones en las que puede pagar el costo total de un medicamento recetado. En estos casos, no obtendremos automáticamente la información que necesitamos para realizar un seguimiento de sus gastos de bolsillo. Para ayudarnos a llevar un registro de sus gastos de bolsillo, envíenos copias de sus recibos. Estos son algunos ejemplos de cuándo debe darnos copias de sus recibos de medicamentos:
 - Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no forma parte del beneficio de nuestro plan
 - Cuando hizo un copago por medicamentos que se proporcionan bajo un programa de asistencia al paciente del fabricante de medicamentos
 - Cada vez que haya comprado medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red u otras veces que haya pagado el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales
 - Si se le factura por un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, consulte el Capítulo 7, Sección 2.
- **Envíenos información sobre los pagos que otros han realizado por usted.** Los pagos realizados por otras personas y organizaciones también cuentan para sus gastos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por el Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés), el Servicio de Salud Indígena y la mayoría de las organizaciones benéficas cuentan para sus gastos de bolsillo. Mantenga un registro de estos pagos y envíenoslos para que podamos realizar un seguimiento de sus costos.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

- **Revisa el informe escrito que te enviamos.** Cuando reciba la EOB de la Parte D, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si cree que falta algo o tiene alguna pregunta, llámenos a Servicios para miembros. Asegúrese de conservar estos informes.

CAPÍTULO 6:

*Pedirnos que paguemos una factura que
ha recibido por servicios médicos o
medicamentos cubiertos*

Capítulo 7 Pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debes preguntar para pagar sus servicios o medicamentos cubiertos

Nuestros proveedores de la red facturan directamente al plan por sus servicios y medicamentos cubiertos. Si recibe una factura por la atención médica o los medicamentos que haya recibido, debe enviarnos esta factura para que podamos pagarla. Cuando nos envíe la factura, la revisaremos y decidiremos si los servicios deben estar cubiertos. Si decidimos que deben estar cubiertos, pagaremos directamente al proveedor.

Si ya pagó por un servicio o artículo de Medicare cubierto por el plan, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (el reembolso a menudo se denomina **reembolso**). Es su derecho a que nuestro plan le devuelva el dinero siempre que haya pagado por servicios médicos o medicamentos que estén cubiertos por nuestro plan. Puede haber plazos que deba cumplir para que le devuelvan el dinero. Véase la sección 2 de este capítulo. Cuando nos envíe una factura que ya haya pagado, la revisaremos y decidiremos si los servicios o los medicamentos deben estar cubiertos. Si decidimos que deben estar cubiertos, le devolveremos los servicios o los medicamentos.

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

Estos son algunos ejemplos de situaciones en las que es posible que deba pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero o que pague una factura que haya recibido:

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

Puede recibir servicios de emergencia o de urgencia de cualquier proveedor, ya sea que el proveedor sea o no parte de nuestra red. En estos casos, pídale al proveedor que facture al plan.

- Si usted mismo paga el monto total en el momento en que recibe la atención, pídanos que le devolvamos el dinero. Envíenos la factura, junto con la documentación de los pagos que haya realizado.
- Es posible que reciba una factura del proveedor pidiéndole un pago que cree que no debe. Envíenos esta factura, junto con la documentación de los pagos que ya haya realizado.
 - Si se le debe algo al proveedor, le pagaremos directamente.

Capítulo 7 Pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

- Si ya ha pagado por el servicio, le devolveremos el dinero

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

Los proveedores de la red siempre deben facturar directamente al plan. Pero a veces cometen errores y te piden que pagues por tus servicios.

- Cada vez que reciba una factura de un proveedor de la red, envíenos la factura. Nos pondremos en contacto directamente con el proveedor y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya ha pagado una factura a un proveedor de la red, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado. Debe pedirnos que le devolvamos el dinero

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

A veces, la inscripción de una persona en el plan es retroactiva. (Esto significa que el primer día de su inscripción ya pasó. Es posible que la fecha de inscripción haya ocurrido incluso el año pasado).

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo cualquiera de sus servicios o medicamentos cubiertos después de su fecha de inscripción, puede pedirnos que le devolvamos el dinero. Deberá presentar documentos como recibos y facturas para que podamos manejar el reembolso.

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

Si va a una farmacia fuera de la red, es posible que la farmacia no pueda enviarnos el reclamo directamente. Cuando eso suceda, tendrá que pagar el costo total de su receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida que le devolvamos el dinero. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Véase la sección 2.5 del capítulo 5 para un análisis de estas circunstancias.

5. Cuando paga el costo total de un medicamento recetado porque no tiene su tarjeta de membresía del plan con usted

Si no tiene su tarjeta de membresía del plan con usted, puede pedirle a la farmacia que llame al plan o que busque la información de inscripción en su plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener la información de inscripción que necesita de inmediato, es posible que deba pagar el costo total de la receta usted mismo. Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida que le devolvamos el dinero.

6. Cuando paga el costo total de un medicamento recetado en otras situaciones

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

Capítulo 7 Pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

- Por ejemplo, es posible que el medicamento no esté en la "Lista de medicamentos" del plan o que tenga un requisito o restricción que usted no conocía o que no cree que debería aplicarse a usted. Si decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar el costo total del mismo.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida que le devolvamos el dinero. En algunas situaciones, es posible que necesitemos obtener más información de su médico para reembolsarle el medicamento.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, revisaremos su solicitud y decidiremos si el servicio o el medicamento deben estar cubiertos. A esto se le llama tomar una **decisión de cobertura**. Si decidimos que debe estar cubierto, pagaremos por el servicio o el medicamento. Si rechazamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El capítulo 9 de este documento contiene información sobre cómo presentar una apelación.

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

Puede solicitarnos que le devolvamos el dinero enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíe su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es una buena idea hacer una copia de su factura y recibos para sus registros. Debe enviarnos su reclamo de la Parte C (médico y dental) dentro de los 12 meses posteriores a la fecha en que recibió el servicio, el artículo o el medicamento de la Parte B. Debe enviarnos su reclamo de la Parte D (medicamentos recetados) dentro de los 36 meses posteriores a la fecha en que recibió el medicamento.

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

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

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

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

Capítulo 7 Pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento no están cubiertos, o si usted no siguió *todas las reglas*, no *pagaremos nuestra parte del costo de la atención o el medicamento*. Le enviaremos una carta explicando las razones por las que no enviamos el pago y sus derechos para apelar esa decisión.

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

Si cree que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o la cantidad que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago. El proceso de apelación es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener más información sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este documento.

CAPÍTULO 8:

Sus derechos y responsabilidades

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

Sección 1.1	Debemos proporcionar información de una manera que funcione para usted y coherente con sus sensibilidades culturales (en idiomas distintos del inglés, en braille, en letra grande u otros formatos alternativos, etc.)
--------------------	--

Su plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de una manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los afiliados, incluidos aquellos con dominio limitado del inglés, habilidades de lectura limitadas, discapacidad auditiva o aquellos con diversos antecedentes culturales y étnicos. Los ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la prestación de servicios de traductor, servicios de interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teléfono de teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder preguntas de miembros que no hablan inglés. Además, hay disponibles materiales escritos en otros idiomas además del inglés. También podemos darle información en braille, en letra grande u otros formatos alternativos sin costo alguno si la necesita. Estamos obligados a brindarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para obtener información de nosotros de una manera que funcione para usted, llame a Servicios para Miembros.

Nuestro plan es necesario para dar a las mujeres inscritas la opción de acceso directo a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para los servicios de atención médica preventiva y de rutina para mujeres.

Si los proveedores de la red del plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad del plan localizar proveedores especializados fuera de la red que le brindarán la atención necesaria. En este caso, solo pagará costos compartidos dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que necesita, llame al plan para obtener información sobre dónde ir para obtener este servicio con costos compartidos dentro de la red.

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, llame para presentar una queja al 1-833-FC2-PLAN, los usuarios de TTY deben llamar al 711. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente con la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Su plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los afiliados, incluidos aquellos con dominio limitado del inglés, habilidades de lectura limitadas, discapacidad auditiva o aquellos con diversidad cultural. y orígenes étnicos. Ejemplos de cómo un plan puede cumplir

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la prestación de servicios de traducción, servicios de intérprete, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teléfono con teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios de intérprete gratuitos disponibles para responder preguntas de miembros que no hablan inglés. Además, están disponibles en Español. También podemos brindarle información en braille, en letra grande u otros formatos alternativos sin costo si lo necesita. Estamos obligados a brindarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para obtener información nuestra de una manera que funcione para usted, llame a Servicios para Miembros.

Nuestro plan debe brindarles a las mujeres inscritas la opción de acceso directo a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para servicios de atención médica preventiva y de rutina para mujeres.

Si los proveedores de la red del plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad del plan localizar proveedores especializados fuera de la red que le brinden la atención necesaria. En este caso, solo pagará el costo compartido dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que necesita, llame al plan para obtener información sobre dónde acudir para obtener este servicio con costos compartidos dentro de la red.

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, llame para presentar una queja al 1-833-FC2-PLAN, los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede También presente una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente con la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Sección 1.2. Debemos asegurarnos de que tenga acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos

Usted tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) en la red del plan para que le brinde y coordine sus servicios cubiertos. También tiene derecho a acudir a un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin necesidad de una derivación.

Usted tiene derecho a obtener citas y servicios cubiertos de la red de proveedores del plan *dentro de un período de tiempo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de especialistas cuando necesite esa atención. También tiene derecho a surtir o volver a surtir sus recetas en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin largas demoras.

Si cree que no está recibiendo su atención médica o los medicamentos de la Parte D dentro de un período de tiempo razonable, el Capítulo 9 le dice lo que puede hacer.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades**Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información médica personal**

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

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

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- A excepción de las circunstancias que se indican a continuación, si tenemos la intención de dar su información de salud a cualquier persona que no le brinde atención o no pague por su atención, primero debemos obtener un permiso por escrito de usted o de alguien a quien le haya otorgado poder legal para tomar decisiones por usted.
- Hay ciertas excepciones que no requieren que obtengamos primero su permiso por escrito. Estas excepciones están permitidas o son requeridas por la ley.
 - Estamos obligados a divulgar información de salud a las agencias gubernamentales que verifican la calidad de la atención.
 - Debido a que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, estamos obligados a proporcionar a Medicare su información de salud, incluida la información sobre sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare divulga su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con los estatutos y reglamentos federales; Por lo general, esto requiere que no se comparta información que lo identifique de manera única.

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

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

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

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información médica personal, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 1.4	Debemos darle información sobre el plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos
--------------------	---

Como miembro de Florida Complete Care (HMO D-SNP), tiene derecho a obtener varios tipos de información de nosotros.

Si desea alguno de los siguientes tipos de información, llame a Servicios para Miembros:

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan.
- **Información sobre los proveedores y farmacias de nuestra red.** Usted tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores y farmacias de nuestra red y cómo pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información sobre su cobertura y las reglas que debe seguir al usar su cobertura.** Los capítulos 3 y 4 proporcionan información sobre los servicios médicos. Los capítulos 5 y 6 proporcionan información sobre la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.** El Capítulo 9 proporciona información sobre cómo solicitar una explicación por escrito sobre por qué un servicio médico o un medicamento de la Parte D no está cubierto o si su cobertura está restringida. El Capítulo 9 también proporciona información sobre cómo pedirnos que cambiemos una decisión, también llamada apelación.

Sección 1.5	Debemos respaldar su derecho a tomar decisiones sobre su atención
--------------------	--

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

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

También tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarle a tomar decisiones con sus médicos sobre qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos incluyen los siguientes:

- **Para conocer todas sus opciones.** Tiene derecho a que se le informe sobre todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, sin importar cuánto cuesten o si están cubiertas por nuestro plan. También incluye que se les informe sobre

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

los programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de manera segura.

- **Conocer los riesgos.** Usted tiene derecho a que se le informe sobre cualquier riesgo involucrado en su atención. Se le debe informar con anticipación si cualquier atención o tratamiento médico propuesto es parte de un experimento de investigación. Siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir "no."** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a salir de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja que no se vaya. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Por supuesto, si rechazas el tratamiento o dejas de tomar medicamentos, aceptas toda la responsabilidad de lo que le sucede a tu cuerpo como resultado.

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que se debe hacer si no puede tomar decisiones médicas por sí mismo

A veces, las personas se vuelven incapaces de tomar decisiones sobre el cuidado de la salud por sí mismas debido a accidentes o enfermedades graves. Tienes derecho a decir lo que quieres que suceda si te encuentras en esta situación. Esto significa que, *si lo deseas*, puedes:

- Llene un formulario por escrito para darle a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** si alguna vez no puede tomar decisiones por sí mismo.
- **Dé instrucciones escritas a sus médicos** sobre cómo quiere que manejen su atención médica si usted no puede tomar decisiones por sí mismo.

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

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

- **Obtén el formulario.** Puede obtener un formulario de instrucciones anticipadas de su abogado, de un trabajador social o de algunas tiendas de artículos de oficina. A veces puede obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que brindan información a las personas sobre Medicare. También puede comunicarse con Servicios para Miembros para solicitar los formularios (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- **Llénelo y fírmelo.** Independientemente de dónde obtenga este formulario, tenga en cuenta que es un documento legal. Debería considerar la posibilidad de que un abogado le ayude a prepararlo.
- **Entregue copias a las personas apropiadas.** Debe entregar una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario para que pueda tomar decisiones

por usted si usted no puede. Es posible que desee regalar copias a amigos cercanos o familiares. Guarde una copia en casa.

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

- El hospital le preguntará si ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas y si lo lleva consigo.
- Si no ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntará si desea firmar uno.

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

¿Qué pasa si no se siguen sus instrucciones?

Si ha firmado una directiva anticipada y cree que un médico u hospital no siguió las instrucciones que contiene, puede presentar una queja ante el programa SHINE del Departamento de Asuntos de la Tercera Edad de Florida. Los servicios de los consejeros de SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono y las URL de los sitios web en el Capítulo 2, Sección 3 de este documento.

Sección 1.6	Tiene derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado
--------------------	---

Si tiene algún problema, inquietud o queja y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, el Capítulo 9 de este documento le indica lo que puede hacer. Independientemente de lo que haga, ya sea solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja, **estamos obligados a tratarlo de manera justa.**

Sección 1.7	¿Qué puedes hacer si ¿Cree que está siendo tratado injustamente o que no se respetan sus derechos?
--------------------	---

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

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

¿Se trata de otra cosa?

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

- Puede **llamar a Servicios para Miembros**.
- Puede **llamar al SHIP**. Para obtener más información, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- O bien, puede **llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).
- Puede llamar al **Programa Medicaid de Florida – Agencia para la Administración de Atención Médica**. Para obtener más información, consulte el Capítulo 2.

Sección 1.8	Cómo obtener más información sobre sus derechos
--------------------	--

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

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

SECCIÓN 2 **Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan**

A continuación, se enumeran las cosas que debe hacer como miembro del plan. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las reglas que debe seguir para obtener estos servicios cubiertos**. Use esta Evidencia de cobertura para saber qué está cubierto para usted y las reglas que debe seguir para obtener sus servicios cubiertos.
 - Los capítulos 3 y 4 dan los detalles sobre sus servicios médicos.
 - Los capítulos 5 y 6 brindan los detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.

- **Si tiene alguna otra cobertura de seguro médico o cobertura de medicamentos recetados además de nuestro plan, debe informarnos.** En el capítulo 1 se explica cómo coordinar estos beneficios.
- **Dígale a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de membresía del plan y su tarjeta de Medicaid cada vez que reciba atención médica o medicamentos recetados de la Parte D.
- **Ayude a sus médicos y otros proveedores a ayudarlos dándoles información, haciéndoles preguntas y haciendo un seguimiento de su atención.**
 - Para ayudar a obtener la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores de atención médica sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus médicos acuerden.
 - Asegúrese de que sus médicos sepan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
 - Si tiene alguna pregunta, asegúrese de preguntar y obtener una respuesta que pueda entender.
- **Sé considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que actúe de una manera que ayude al buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
 - Debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.

Si se le exige que pague el monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos más altos (según lo informado en su última declaración de impuestos), debe continuar pagando el monto adicional directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Si se muda *dentro del* área de servicio de nuestro plan, necesitamos saberlo** para poder mantener su registro de membresía actualizado y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan , no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- Si se muda, también es importante que informe al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación Ferroviaria).

CAPÍTULO 9:

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

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Qué hacer si tiene un problema o inquietud
--------------------	---

En este capítulo se explican los procesos para manejar problemas e inquietudes. El proceso que utilice para manejar su problema depende del tipo de problema que tenga:

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

Cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y plazos que deben ser seguidos por nosotros y por usted.

La **sección 3** le ayudará a identificar el proceso correcto que debe utilizar y lo que debe hacer.

Sección 1.2	¿Qué pasa con los términos legales?
--------------------	--

Existen términos legales para algunas de las reglas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender. Para facilitar las cosas, este capítulo:

- Utiliza palabras más simples en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, este capítulo generalmente dice que presentar una queja en lugar de presentar una queja, decisión de cobertura en lugar de determinación de organización integrada o determinación de cobertura o determinación de riesgo, y organización de revisión independiente en lugar de Entidad de Revisión Independiente.
- También utiliza abreviaturas lo menos posible.

Sin embargo, puede ser útil, y a veces muy importante, conocer los términos legales correctos. Saber qué términos usar te ayudará a comunicarte con mayor precisión para obtener la ayuda o la información adecuada para tu situación. Para ayudarle a saber qué términos utilizar, incluimos términos legales cuando damos los detalles para manejar tipos específicos de situaciones.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

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

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Programa Estatal de Asistencia de Seguro de Salud (SHIP, por sus siglas en inglés)

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

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

Medicare

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

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

Puede obtener ayuda e información de Medicaid

SECCIÓN 3 Comprender las quejas y apelaciones de Medicare y Medicaid en nuestro plan

Usted tiene Medicare y recibe asistencia de Medicaid. La información de este capítulo se aplica a **todos** sus beneficios de Medicare y Medicaid. Esto a veces se denomina proceso integrado porque combina, o integra, los procesos de Medicare y Medicaid.

A veces, los procesos de Medicare y Medicaid no se combinan. En esas situaciones, usted utiliza un proceso de Medicare para un beneficio cubierto por Medicare y un proceso de Medicaid para un beneficio cubierto por Medicaid. Estas situaciones se explican en **la Sección 6.4** de este capítulo, *Paso a paso: Cómo se realiza una apelación de Nivel 2*.

PROBLEMAS CON SUS BENEFICIOS

SECCIÓN 4 Decisiones de cobertura y apelaciones

Si tiene un problema o inquietud, solo necesita leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación. La siguiente información le ayudará a encontrar la sección correcta de este capítulo para problemas o quejas sobre los **beneficios cubiertos por Medicare o Medicaid**.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

¿Su problema o preocupación es acerca de sus beneficios o cobertura?

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

Sí.

Continúe con la siguiente sección de este capítulo, **la Sección 5, "Una guía sobre los conceptos básicos de las decisiones de cobertura y las apelaciones"**.

No.

Pase a la **Sección 11** al final de este capítulo, **"Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes"**.

SECCIÓN 5 Una guía sobre los conceptos básicos de las decisiones de cobertura y las apelaciones

Sección 5.1	Pedir decisiones de cobertura y apelar: el panorama general
--------------------	--

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

Pedir decisiones de cobertura antes de recibir beneficios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si el médico de la red de su plan lo remite a un especialista médico que no está dentro de la red, esta remisión se considera una decisión de cobertura favorable, a menos que su médico de la red pueda demostrar que recibió un aviso de denegación estándar para este especialista médico, o que la Evidencia de cobertura deje en claro que el servicio referido nunca está cubierto bajo ninguna condición. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico en particular o se niega a brindarle la atención médica que cree que necesita. En otras palabras, si desea saber si cubriremos una atención médica antes de recibirla, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura por usted. En circunstancias limitadas, se desestimará una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se desestimará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si solicita que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de decisión de cobertura, enviaremos un aviso explicando por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

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

Presentación de una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de recibir un beneficio, y usted no está satisfecho, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una forma formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. Bajo ciertas circunstancias, que discutiremos más adelante, puede solicitar una apelación acelerada o **rápida de** una decisión de cobertura. Su apelación es manejada por revisores diferentes a los que tomaron la decisión original.

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

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

Si rechazamos la totalidad o parte de su apelación de Nivel 1 para recibir atención médica, su apelación pasará automáticamente a una apelación de Nivel 2 realizada por una organización de revisión independiente que no esté conectada con nosotros.

- No necesita hacer nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las reglas de Medicare requieren que enviemos automáticamente su apelación de atención médica al Nivel 2 si no estamos completamente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.
- Consulte **la Sección 6.4 de** este capítulo para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2.
- En el caso de las apelaciones de medicamentos de la Parte D, si rechazamos la totalidad o parte de su apelación, deberá solicitar una apelación de Nivel 2. Las apelaciones de la Parte D se analizan con más detalle en la Sección 7 de este capítulo.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Si no está satisfecho con la decisión en la apelación de Nivel 2, es posible que pueda continuar a través de niveles adicionales de apelación (la Sección 10 de este capítulo explica los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5).

Sección 5.2 **Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación**

Estos son los recursos si decide solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Puede **llamarnos a Servicios para Miembros**.
- Puede **obtener ayuda gratuita de** su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud.
 - **Su médico u otro proveedor de atención médica puede hacer una solicitud por usted.** Si su médico ayuda con una apelación más allá del Nivel 2, deberá ser designado como su representante. Llame a Servicios para Miembros y solicite el formulario de *Nombramiento de Representante*. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en *Nombramiento de Representante* (www.FC2healthplan.com) o *Nombramiento de un Representante* (www.FC2healthplan.com).) Para recibir atención médica, su médico u otro proveedor de atención médica puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación es denegada en el Nivel 1, se remitirá automáticamente al Nivel 2.
 - Si su médico u otro proveedor de atención médica le pide que un servicio o artículo que ya está recibiendo continúe durante su apelación, **es posible que** deba nombrar a su médico u otro profesional de recetas como su representante para que actúe en su nombre.
 - En el caso de los medicamentos recetados de la Parte D, su médico u otro profesional que emita recetas puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación de Nivel 1 es denegada, su médico o médico puede solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puede pedirle a alguien que actúe en su nombre.** Si lo desea, puede nombrar a otra persona para que actúe en su nombre como su representante para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Si desea que un amigo, pariente u otra persona sea su representante, llame a Servicios para Miembros y solicite el *formulario de Nombramiento de representante*. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf : o en nuestro sitio web en *Nombramiento de Representante* (www.FC2healthplan.com) o *Nombramiento de un Representante*.) El formulario le da permiso a esa persona para actuar en su nombre. Debe estar firmado por

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

usted y por la persona que desea que actúe en su nombre. Debe darnos una copia del formulario firmado.

- Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni completar nuestra revisión hasta que la recibamos. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de apelación (nuestra fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será desestimada. Si esto sucede, le enviaremos una notificación por escrito explicando su derecho a solicitar a la organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede ponerse en contacto con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado de su colegio de abogados local u otro servicio de referencia. También hay grupos que le brindarán servicios legales gratuitos si califica. Sin embargo, **no está obligado a contratar a un abogado para** solicitar ningún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión.

Sección 5.3

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

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

- **Sección 6 de** este capítulo, "Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación"
- **Sección 7 de** este capítulo, "Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación"
- **Sección 8 de** este capítulo, "Cómo pedirnos que cubramos una estadía hospitalaria más prolongada si cree que el médico le está dando de alta demasiado pronto"
- **Sección 9 de** este capítulo, "Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura está terminando demasiado pronto" (Esta sección solo se aplica a estos servicios: atención médica en el hogar, atención en centros de enfermería especializada y servicios de Centros de Rehabilitación Ambulatoria Integral (CORF, por sus siglas en inglés))

Si no está seguro de qué sección debe usar, llame a Servicios para Miembros. También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales como su SHIP.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

SECCIÓN 6 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura

Sección 6.1	Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para la atención médica o si desea que le devolvamos el dinero por su atención
--------------------	--

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

En esta sección se indica lo que puede hacer si se encuentra en alguna de las cinco situaciones siguientes:

1. No está recibiendo la atención médica que desea y cree que nuestro plan cubre esta atención. **Pida una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
2. Nuestro plan no aprobará la atención médica que su médico u otro proveedor de atención médica quiera brindarle, y usted cree que nuestro plan cubre esta atención. **Pida una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
3. Ha recibido atención médica que cree que nuestro plan debería cubrir, pero hemos dicho que no pagaremos por esta atención. **Presentar una apelación. Sección 6.3.**
4. Ha recibido y pagado por la atención médica que cree que nuestro plan debería cubrir, y desea solicitar a nuestro plan que le reembolse esta atención. **Envíanos la factura. Sección 6.5.**
5. Se le está diciendo que la cobertura de cierta atención médica que ha estado recibiendo (que aprobamos previamente) se reducirá o se suspenderá, y cree que reducir o suspender esta atención podría dañar su salud. **Presentar una apelación. Sección 6.3.**

Nota: Si la cobertura que se suspenderá es para atención hospitalaria, atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un Centro de Rehabilitación Ambulatoria Integral (CORF, por sus siglas en inglés), debe leer las Secciones 8 y 9 de este capítulo. Se aplican reglas especiales a estos tipos de atención.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Sección 6.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales

Cuando una decisión de cobertura involucra su atención médica, se denomina **determinación de la organización**.

Una decisión de cobertura rápida se denomina **determinación acelerada**.

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

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

- Solo puede *solicitar* cobertura para artículos y/o servicios médicos (no solicitudes de pago por artículos y/o servicios ya recibidos).
- Puede obtener una decisión de cobertura *rápida solo* si el uso de los plazos estándar podría *causar daños graves a su salud o perjudicar su capacidad para funcionar*.
- **Si su médico nos dice que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, aceptaremos automáticamente darle una decisión de cobertura rápida.**
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que le demos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
 - Explica que utilizaremos los plazos estándar.
 - Explica que, si su médico solicita una decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.
 - Explica que puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó.

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

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para hacer su solicitud para que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Usted, su médico o su representante pueden hacerlo. El capítulo 2 tiene información de contacto.

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

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

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

- **Sin embargo**, si solicita más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos demorar hasta 14 días más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si cree que *no deberíamos* tomarnos días adicionales, puede presentar una queja rápidamente. Le daremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso para las decisiones de cobertura y las apelaciones. Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).

Para las decisiones de cobertura rápida, utilizamos un plazo acelerado

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

- **Sin embargo, si** nos pides más tiempo, o si necesitamos más que te pueda beneficiar podemos **tardar hasta 14 días más**. Si nos tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si cree que *no deberíamos* tomarnos días adicionales, puede presentar una queja rápidamente. (Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener información sobre las quejas). Te llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Si nuestra respuesta es negativa a una parte o a la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué dijimos que no.

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

- Si decimos que no, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión mediante una apelación. Esto significa volver a pedir para obtener la cobertura de

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

atención médica que desea. Si presenta una apelación, significa que va a pasar al Nivel 1 del proceso de apelación.

Sección 6.3 Paso a paso: Cómo hacer un Nivel 1 apelación

Términos legales

Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de atención médica se denomina **reconsideración del plan**.

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

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

Por lo general, se presenta una apelación estándar dentro de los 30 días o 7 días para los medicamentos de la Parte B. Por lo general, una apelación rápida se realiza en un plazo de 72 horas.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de la atención que aún no ha recibido, usted y/o su médico deberán decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos dice que su salud requiere una apelación rápida, le daremos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que los que se indican en la Sección 6.2 de este capítulo.

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

- **Si está solicitando una apelación estándar, presente su apelación estándar por escrito.** El capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Si está solicitando una apelación rápida, hágala por escrito o llámenos.** El capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 60 días calendario** a partir de la fecha del aviso por escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si no cumple con este plazo y tiene una buena razón para no cumplirlo, explique la razón por la que su apelación se retrasa cuando presente su apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de causa justificada pueden incluir una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

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

Si le dijimos que íbamos a suspender o reducir los servicios o artículos que ya estaba recibiendo, es posible que pueda conservar esos servicios o artículos durante su apelación.

- Si decidimos cambiar o suspender la cobertura de un servicio o artículo que recibes actualmente, te enviaremos un aviso antes de tomar la acción propuesta.
- Si no está de acuerdo con la acción, puede presentar una apelación de Nivel 1. Continuaremos cubriendo el servicio o artículo si solicita una apelación de Nivel 1 dentro de los 10 días calendario posteriores a la fecha del matasello de nuestra carta o antes de la fecha de vigencia prevista de la acción, lo que ocurra más tarde.
- Si cumple con esta fecha límite, puede seguir recibiendo el servicio o artículo sin cambios mientras su apelación de Nivel 1 esté pendiente. También seguirá recibiendo todos los demás servicios o artículos (que no son objeto de su apelación) sin cambios.

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

- Cuando revisamos su apelación, analizamos cuidadosamente toda la información. Comprobamos si estábamos siguiendo todas las reglas cuando dijimos que no a su solicitud.
- Recopilaremos más información si es necesario, posiblemente poniéndonos en contacto con usted o con su médico.

Plazos para una apelación rápida

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación**. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud lo requiere.
 - Sin embargo, si solicita más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos demorar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
 - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas (o al final del período de tiempo extendido si tomamos días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La sección 6.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o a la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que hemos acordado proporcionar dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Si nuestra respuesta es negativa a una parte o a la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos nuestra decisión por escrito y enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación estándar

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare que aún no ha recibido, le daremos nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Le daremos nuestra decisión antes si su estado de salud lo requiere.
 - Sin embargo, si solicita más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos demorar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
 - Si cree que **no deberíamos** tomarnos días adicionales, puede presentar una queja rápidamente. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja dentro de las 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte **Sección 11** de este capítulo.)
 - Si no le damos una respuesta antes de la fecha límite (o al final del período de tiempo extendido), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2 donde una organización de revisión independiente revisará la apelación. La sección 6.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o a la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura dentro de los **30 días calendario**, o dentro de los **7 días calendario si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, después de recibir su apelación.**
- **Si nuestro plan rechaza parte o la totalidad de su apelación, usted tiene derechos de apelación adicionales.**
- Si decimos que no a una parte o a la totalidad de lo que pidió, le enviaremos una carta.
 - Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, la carta le dirá que enviamos su caso a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.
 - Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, la carta le dirá cómo presentar una apelación de Nivel 2 usted mismo.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Sección 6.4 Paso a paso: Cómo un Nivel 2 La apelación está hecha****Término legal**

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

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

- Si su problema está relacionado con un servicio o artículo que generalmente está **cubierto por Medicare**, enviaremos automáticamente su caso al Nivel 2 del proceso de apelaciones tan pronto como se complete la apelación de Nivel 1.
- Si su problema está relacionado con un servicio o artículo que generalmente está **cubierto por Medicaid**, puede presentar una apelación de Nivel 2 usted mismo. La carta le dirá cómo hacerlo. La información también se encuentra a continuación.
- Si su problema se refiere a un servicio o artículo que podría estar **cubierto tanto por Medicare como por Medicaid**, recibirá automáticamente una apelación de Nivel 2 con la organización de revisión independiente. También puede solicitar una audiencia imparcial con el estado.

Si calificó para la continuación de los beneficios cuando presentó su apelación de Nivel 1, sus beneficios por el servicio, artículo o medicamento bajo apelación también pueden continuar durante el Nivel 2. Vaya a la página 129 para obtener información sobre cómo continuar con sus beneficios durante las apelaciones de Nivel 1.

- Si su problema se relaciona con un servicio que generalmente está cubierto solo por Medicare, sus beneficios por ese servicio no continuarán durante el proceso de apelación de Nivel 2 con la organización de revisión independiente.
- Si su problema se relaciona con un servicio que generalmente está cubierto por Medicaid, sus beneficios por ese servicio continuarán si presenta una apelación de Nivel 2 dentro de los 10 días calendario posteriores a la recepción de la carta de decisión del plan.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Si su problema está relacionado con un servicio o artículo que Medicare generalmente cubre:

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

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

Si tuviste una apelación rápida en el Nivel 1, también tendrás una apelación rápida en el Nivel 2

- Para la apelación rápida, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su apelación.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarlo, **puede demorar hasta 14 días calendario más**. La organización de revisión independiente no puede tomarse más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

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

- Para la apelación estándar, si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarlo, **puede demorar hasta 14 días calendario más**. La organización de revisión independiente no puede tomarse más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

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

La organización de revisión independiente le comunicará su decisión por escrito y le explicará las razones de la misma.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Si la organización de revisión independiente dice que sí a una parte o a la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de atención médica **dentro de las 72 horas o proporcionar el servicio dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión independiente para las solicitudes estándar **o proporcionar el servicio** dentro de las **72 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente para **Solicitudes aceleradas**.
- **Si la organización de revisión independiente dice sí a una parte o a la totalidad de una solicitud de un medicamento recetado de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar **o proporcionar el medicamento recetado de la Parte B de Medicare** dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión independiente para las solicitudes estándar **o dentro de las 24 horas a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente para** las solicitudes aceleradas.
- **Si esta organización rechaza parte o la totalidad de su apelación**, significa que está de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica no debe ser aprobada. (A esto se le llama **confirmando la decisión o rechazando su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:
 - Explicando su decisión.
 - Notificarle el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica cumple con un cierto mínimo. La notificación por escrito que reciba de la organización de revisión independiente le indicará la cantidad en dólares que debe cumplir para continuar con el proceso de apelación.
 - Le indicamos cómo presentar una apelación de Nivel 3.
- Si su apelación de Nivel 2 es rechazada y cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelación, debe decidir si desea pasar al Nivel 3 y hacer una tercera apelación. Los detalles sobre cómo hacer esto se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.
 - La apelación de Nivel 3 es manejada por un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador. **La sección 10** de este capítulo explica el proceso para las apelaciones de nivel 3, 4 y 5.

Si su problema es sobre un servicio o artículo que Medicaid generalmente cubre:

Paso 1: Puede solicitar una audiencia imparcial con el estado.

- El nivel 2 del proceso de apelación para los servicios que generalmente están cubiertos por Medicaid es una audiencia imparcial con el estado. Debe solicitar una audiencia imparcial por escrito o por teléfono **dentro de los 120 días calendario posteriores a la** fecha en que le enviamos la carta de decisión sobre su apelación de Nivel 1. La carta que reciba de nosotros le indicará dónde presentar su solicitud de audiencia.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 2: La oficina de audiencias imparciales le da su respuesta.

La oficina de audiencias imparciales le informará su decisión por escrito y le explicará las razones de la misma.

- **Si la oficina de la audiencia imparcial dice sí a una parte o a la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico, debemos autorizar o proporcionar el servicio o artículo dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la decisión de la oficina de la audiencia imparcial.**
- **Si la oficina de audiencias imparciales rechaza parte o la totalidad de su apelación, está de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica no debe ser aprobada. (A esto se le llama confirmando la decisión o rechazando su apelación.)**

Si la decisión es negativa a todo o parte de lo que pedí, ¿puedo presentar otra apelación?

Si la decisión de la organización de revisión independiente o de la oficina de audiencia imparcial es negativa a todo o parte de lo que solicitó, tiene **derechos de apelación adicionales**.

La carta que reciba de la oficina de audiencias imparciales describirá la siguiente opción de apelación.

Consulte **la Sección 10 de** este capítulo para obtener más información sobre sus derechos de apelación después del Nivel 2.

Sección 6.5	¿Qué sucede si nos pide que le devolvamos el dinero por una factura que ha recibido por atención médica?
--------------------	---

Si ya pagó por un servicio o artículo de Medicaid cubierto por el plan, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (el reembolso a menudo se denomina reembolso). Es su derecho a que nuestro plan le devuelva el dinero siempre que haya pagado por servicios médicos o medicamentos que estén cubiertos por nuestro plan. Cuando nos envíe una factura que ya haya pagado, la revisaremos y decidiremos si los servicios o los medicamentos deben estar cubiertos. Si decidimos que deben estar cubiertos, le devolveremos los servicios o los medicamentos.

Solicitar un reembolso es pedirnos una decisión de cobertura.

Si nos envía la documentación solicitando el reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, verificaremos si la atención médica que pagó está cubierta. También verificaremos si cumplió con todas las reglas para usar su cobertura para atención médica.

Si desea que le reembolsemos un servicio o artículo de **Medicare** o si nos pide que le paguemos a un proveedor de atención médica por un servicio o artículo de Medicaid por el que

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

pagó, nos pedirá que tomemos esta decisión de cobertura. Verificaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto. También verificaremos si cumplió con todas las reglas para usar su cobertura para atención médica.

- **Si respondemos afirmativamente a su solicitud:** Si la atención médica está cubierta y usted siguió todas las reglas, le enviaremos el pago del costo dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- **Si decimos que no a su solicitud:** Si la atención médica no está *cubierta*, o si no siguió todas las reglas, *no* le enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta que diga que no pagaremos por la atención médica y las razones por las que lo hacemos.

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

Para realizar esta apelación, siga el proceso de apelación que describimos en la Sección 5.3. Para apelaciones relacionadas con reembolsos, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle nuestra respuesta dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de su apelación. Si nos pide que le devolvamos el dinero por la atención médica que ya ha recibido y pagado, no se le permite solicitar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago dentro de los 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es afirmativa en cualquier etapa del proceso de apelación después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor de atención médica dentro de los 60 días calendario.

SECCIÓN 7 Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 7.1	Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le devolvamos el dinero por un medicamento de la Parte D
--------------------	--

Sus beneficios incluyen cobertura para muchos medicamentos recetados. Para estar cubierto, el medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. (Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada). Para obtener detalles sobre los medicamentos, las reglas, las restricciones y los costos de la Parte D, consulte los capítulos 5 y 6. **Esta sección se refiere únicamente a los medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, generalmente decimos *medicamento en el resto de esta sección, en lugar de repetir* el medicamento recetado para pacientes ambulatorios cubierto o *el medicamento de*

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

la Parte D cada vez. También usamos el término "Lista de Medicamentos" en lugar de *Lista de Medicamentos Cubiertos* o *Formulario*.

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple con las reglas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren que obtenga nuestra aprobación antes de que lo cubramos.
- Si su farmacia le dice que su receta no se puede surtir tal como está escrita, la farmacia le dará un aviso por escrito explicando cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Decisiones y apelaciones sobre la cobertura de la Parte D

Término legal
Una decisión de cobertura inicial sobre sus medicamentos de la Parte D se denomina determinación de cobertura .

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos. En esta sección se indica lo que puede hacer si se encuentra en alguna de las siguientes situaciones:

- Solicitar cubrir un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de Medicamentos Cubiertos* del plan. **Pida una excepción. Sección 7.2.**
- Solicitar la exención de una restricción en la cobertura del plan para un medicamento (como los límites en la cantidad del medicamento que puede obtener). **Pida una excepción. Sección 7.2.**
- Solicitar la aprobación previa de un medicamento. **Pida una decisión de cobertura. Sección 7.4.**
- Pague por un medicamento recetado que ya compró. **Pídenos que te devolvamos el dinero. Sección 7.4.**

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hemos tomado, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección le indica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Sección 7.2 ¿Qué es una excepción?****Términos legales**

Solicitar la cobertura de un medicamento que no está en la "Lista de medicamentos" a veces se denomina pedir una **excepción al formulario**.

Pedir la eliminación de una restricción en la cobertura de un medicamento a veces se denomina pedir una **excepción al formulario**.

Pedir pagar un precio más bajo por un medicamento no preferido cubierto a veces se denomina pedir una **excepción de nivel**.

Si un medicamento no está cubierto de la manera que le gustaría que estuviera cubierto, puede pedirnos que hagamos una **excepción**. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico u otro profesional que emita recetas deberá explicarle las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Este es un ejemplo de las excepciones que usted, su médico u otro profesional puede pedirnos que hagamos:

- 1. Cubrir un medicamento de la Parte D para usted que no está en nuestra lista de medicamentos.** Si aceptamos cubrir un medicamento que no está en la Lista de medicamentos, deberá pagar el monto de costo compartido que corresponde. No puede solicitar una excepción al monto de los costos compartidos que le exigimos que pague por el medicamento.
- 2. Eliminar una restricción para un medicamento cubierto.** El Capítulo 5 describe las reglas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos en nuestra "Lista de Medicamentos".

Sección 7.3 Aspectos importantes que debe saber sobre la solicitud de excepciones**Su médico debe decirnos las razones médicas**

Su médico u otra persona que emita recetas debe darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico u otro profesional cuando solicite la excepción.

Por lo general, nuestra "Lista de medicamentos" incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas diferentes posibilidades se denominan drogas alternativas. Si un medicamento alternativo fuera tan eficaz como el medicamento que está solicitando y no causara más efectos secundarios u otros problemas de salud, por lo general no aprobaremos su solicitud de excepción.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Podemos decir sí o no a su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de excepción, nuestra aprobación generalmente es válida hasta el final del año del plan. Esto es cierto siempre y cuando su médico continúe recetando el medicamento para usted y ese medicamento continúe siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud, puede solicitar otra revisión presentando una apelación.

Sección 7.4	Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción
--------------------	--

Término legal

Una decisión de cobertura rápida se denomina determinación de cobertura acelerada .
--

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

Las decisiones de cobertura estándar se toman dentro de las **72 horas** posteriores a la recepción de la declaración de su médico. **Las decisiones rápidas de cobertura** se toman dentro de las **24 horas** posteriores a la recepción de la declaración de su médico.

Si su salud lo requiere, pídanos que le demos una decisión de cobertura rápida. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:

- Debe estar pidiendo un *medicamento que aún no ha recibido*. (No se puede pedir ayuno decisión de la cobertura de que se le pague por un medicamento que ya ha comprado).
- El uso de los plazos estándar podría *causar daños graves a su salud o perjudicar su capacidad para funcionar*.
- **Si su médico u otro profesional que emite recetas nos dice que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.**
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el apoyo de su médico o médico, decidiremos si su salud requiere que le demos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
 - Explica que utilizaremos los plazos estándar.
 - Explica que, si su médico u otro profesional que emite recetas le pide una decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.
 - Le indica cómo puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

que solicitó. Responderemos a su queja dentro de las 24 horas posteriores a la recepción.

Paso 2: Solicite una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para hacer su solicitud para que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. También puede acceder al proceso de decisión de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud presentada en el *formulario de Solicitud de Determinación de Cobertura Modelo de CMS*, que está disponible en nuestro sitio web. El capítulo 2 tiene información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifique qué reclamo denegado se está apelando.

Usted, su médico (u otro profesional que emita recetas) o su representante pueden hacer esto. También puede tener un abogado que actúe en su nombre. La sección 4 de este capítulo explica cómo puede dar permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante.

- **Si está solicitando una excepción, proporcione la declaración de respaldo**, que son las razones médicas de la excepción. Su médico u otro profesional puede enviarnos la declaración por fax o correo postal. O bien, su médico u otro profesional que emita recetas puede informarnos por teléfono y hacer un seguimiento enviando una declaración escrita por fax o correo si es necesario.

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

Plazos para una decisión de cobertura rápida

- Por lo general, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 24 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.
 - En caso de excepciones, le daremos nuestra respuesta dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la declaración de respaldo de su médico. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud lo requiere.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o a la totalidad de lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura que hemos acordado proporcionar dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud o la declaración del médico que respalde su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa a una parte o a la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué dijimos que no. También le diremos cómo puede apelar.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Fechas límite para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.
 - En caso de excepciones, le daremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la declaración de respaldo de su médico. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud lo requiere.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o a la totalidad de lo que solicitó**, debemos **proporcionar la cobertura** que hemos acordado proporcionar **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud o la declaración del médico que respalde su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa a una parte o a la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué dijimos que no. También le diremos cómo puede apelar.

Fechas límite para una decisión de cobertura estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o a la totalidad de lo que solicitó**, también estamos obligados a realizarle el pago dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa a una parte o a la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué dijimos que no. También le diremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura, puede presentar una apelación.

- Si decimos que no, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión mediante una apelación. Esto significa volver a pedir para obtener la cobertura de medicamentos que desea. Si presenta una apelación, significa que va a pasar al Nivel 1 del proceso de apelación.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Sección 7.5 Paso a paso: Cómo hacer un Nivel 1 apelación

Término legal

Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se denomina **redeterminación del plan**.

Una apelación rápida también se denomina **redeterminación acelerada**.

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

Por lo general, una apelación estándar se realiza en un plazo de 7 días. Por lo general, una apelación rápida se realiza en un plazo de 72 horas. Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otro profesional que emita recetas deberán decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que los que se establecen en la Sección 6.4 de este capítulo para obtener una decisión de cobertura rápida.

Paso 2: Usted, su representante, médico u otro profesional que emita recetas debe comunicarse con nosotros y presentar su apelación de Nivel 1. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una apelación rápida.

- **Para apelaciones estándar, envíe una solicitud por escrito.** El capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Para apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o llámenos al 1-833-322-7526 para apelaciones de la Parte C (Beneficios médicos) y al 1-855-344-0930 para apelaciones de la Parte D (Medicamentos recetados).** El capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluida una solicitud presentada en el Formulario de Solicitud de Determinación de Cobertura Modelo de CMS, que está disponible en nuestro sitio web. Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información sobre su reclamo para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 60 días calendario** a partir de la fecha del aviso por escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si no cumple con este plazo y tiene una buena razón para no cumplirlo, explique la razón por la que su apelación se retrasa cuando presente su apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de causa justificada pueden incluir una enfermedad grave

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.

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

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

- Cuando revisamos su apelación, revisamos detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura. Comprobamos si estábamos siguiendo todas las reglas cuando dijimos que no a su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico u otro profesional para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.** Le daremos nuestra respuesta antes si su salud lo requiere.
 - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. **La sección 7.6** explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o a la totalidad de lo que solicitó,** debemos proporcionar la cobertura que hemos acordado proporcionar dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a una parte o a la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué dijimos que no y cómo puede apelar nuestra decisión.

Fechas límite para una apelación estándar de un medicamento que aún no ha recibido

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Le daremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud nos obliga a hacerlo.
 - Si no le damos una decisión dentro de los 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. **La sección 7.6** explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o a la totalidad de lo que solicitó,** debemos proporcionar la cobertura tan pronto como su salud lo requiera, pero a más tardar **7 días calendario** después de recibir su apelación.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si nuestra respuesta es negativa a una parte o a la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué dijimos que no y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o a la totalidad de lo que solicitó, también estamos obligados a realizarle el pago dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- Si nuestra respuesta es negativa a una parte o a la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué dijimos que no. También le diremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelación y presentar otra apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación pasará al Nivel 2 del proceso de apelación.

Sección 7.6 Paso a paso: Cómo hacer un Nivel 2 apelación

Término legal

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

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

Paso 1: Usted (o su representante, su médico u otro profesional que emita recetas) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, la notificación por escrito que le enviemos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos debe seguir y cómo comunicarse con la organización de revisión. Sin embargo, si no completamos nuestra revisión dentro

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

del plazo aplicable, o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la **determinación de riesgo** bajo nuestro programa de manejo de medicamentos, enviaremos automáticamente su reclamo a la IRE.

- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina **expediente de su caso**. **Tiene derecho a solicitarnos una copia del expediente de su caso**. Se le permite cobrarle una tarifa por copiar y enviarle esta información.
- Usted tiene derecho a proporcionar a la organización de revisión independiente información adicional para respaldar su apelación.

Paso 2: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

Los revisores de la organización de revisión independiente examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Plazos para la apelación rápida

- Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida a la organización de revisión independiente.
- Si la organización está de acuerdo en darle una apelación rápida, la organización debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud de apelación.

Plazos para la apelación estándar

- En el caso de las apelaciones estándar, la organización de revisión debe darle una respuesta **a su apelación de Nivel 2 dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación si se trata de un medicamento que aún no ha recibido. Si solicita que le devolvamos el dinero por un medicamento que ya ha comprado, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.

Paso 3: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

Para apelaciones rápidas:

- **Si la organización de revisión independiente dice que sí a una parte o a la totalidad de lo que usted solicitó**, debemos proporcionar la cobertura de medicamentos aprobada por la organización de revisión **dentro de las 24 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión.

Para apelaciones estándar:

- **Si la organización de revisión independiente dice que sí a una parte o a la totalidad de su solicitud** de cobertura, debemos **proporcionar la cobertura de medicamentos** aprobada por la organización de revisión dentro de las **72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si la organización de revisión independiente dice que sí a una parte o a la totalidad de su solicitud de reembolso por un medicamento que ya compró, estamos obligados a enviarle el pago dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión.

¿Qué pasa si la organización de revisión rechaza su apelación?

Si esta organización rechaza parte o la totalidad de su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de su solicitud). (A esto se le llama **confirmando la decisión** o **rechazando su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:

- Explicando su decisión.
- Notificarle sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que está solicitando cumple con un cierto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión en el Nivel 2 es definitiva.
- Decirle el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelación.

Paso 4: Si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea llevar su apelación más allá.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación).
- Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibirá después de su decisión de apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador. **La sección 10** de este capítulo habla más sobre el proceso para las apelaciones de nivel 3, 4 y 5.

SECCIÓN 8 **Cómo pedirnos que cubramos una estadía hospitalaria más larga si cree que Le están dando el alta demasiado pronto**

Cuando es admitido en un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

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

- El día en que sale del hospital se llama fecha de **alta**.
- Cuando se decida la fecha de alta, su médico o el personal del hospital se lo dirán.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si cree que se le está pidiendo que abandone el hospital demasiado pronto, puede solicitar una estadía más prolongada en el hospital y su solicitud será considerada.

Sección 8.1	Durante su estadía en el hospital, recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informará sobre sus derechos
--------------------	---

Dentro de los dos días posteriores a su ingreso en el hospital, se le entregará un aviso por escrito llamado *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas con Medicare reciben una copia de este aviso.

Si no recibe el aviso de alguien en el hospital (por ejemplo, un trabajador social o una enfermera), pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

1. Lea atentamente este aviso y haga preguntas si no lo entiende. Te dice:

- Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estadía en el hospital, según lo ordenado por su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son estos servicios, quién los pagará y dónde puede obtenerlos.
- Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su estadía en el hospital.
- Dónde reportar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
- Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darle el alta si cree que le están dando de alta del hospital demasiado pronto. Esta es una forma formal y legal de solicitar un retraso en la fecha de su alta para que podamos cubrir su atención hospitalaria por más tiempo.

2. Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.

- Se le pedirá a usted o a alguien que actúe en su nombre que firme el aviso.
- La firma del aviso *solo* muestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no indica la fecha de alta. Firmar el aviso **no significa** que esté de acuerdo con una fecha de alta.

3. Guarde su copia del aviso a mano para que tenga la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud sobre la calidad de la atención) si la necesita.

- Si firma el aviso más de dos días antes de la fecha de alta, recibirá otra copia antes de la fecha programada para ser dado de alta.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Para ver una copia de este aviso por adelantado, puede llamar a Servicios para Miembros o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver el aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.

Sección 8.2	Paso a paso: Cómo hacer un Nivel 1 Apelación para cambiar la fecha de alta hospitalaria
--------------------	--

Si desea solicitar que sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados estén cubiertos por nosotros durante más tiempo, deberá utilizar el proceso de apelación para hacer esta solicitud. Antes de comenzar, comprenda lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Sigue el proceso.**
- **Cumplir con los plazos.**
- **Pide ayuda si la necesitas.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para Miembros. O llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada.

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

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

Paso 1: Póngase en contacto con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado y solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria. Debes actuar con rapidez.

¿Cómo puede ponerse en contacto con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) le indica cómo comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápidamente:

- Para presentar su apelación, debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento *de la Calidad* antes de salir del hospital y a **más tardar a la medianoche del día de su alta.**

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Si cumple con este plazo**, puede permanecer en el hospital *después* de la fecha de alta **sin pagarla** mientras espera la decisión de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.
- **Si no cumple con este plazo** y decide permanecer en el hospital después de la fecha de alta programada, *es posible que tenga que pagar todos los costos de la atención hospitalaria* que reciba después de la fecha de alta planificada.
- Si no cumple con la fecha límite para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y aún desea apelar, debe presentar una apelación directamente a nuestro plan. Para obtener más información sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 8.4 de este capítulo.

Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se comunicará con nosotros. Antes del mediodía del día después de que nos comuniquen, le daremos un **aviso detallado de alta**. Este aviso indica la fecha de alta planificada y explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (médicamente apropiado) que le den el alta en esa fecha.

Puede obtener una muestra del **Aviso detallado de alta** llamando a Servicios para Miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver un ejemplo de aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (los revisores) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que la cobertura de los servicios debe continuar. No tienes que preparar nada por escrito, pero puedes hacerlo si lo deseas.
- Los revisores también revisarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos proporcionado.
- Antes del mediodía del día después de que los revisores nos informaron de su apelación, recibirá una notificación por escrito de nuestra parte con la fecha de alta planificada. Este aviso también explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (médicamente apropiado) que le den el alta en esa fecha.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

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

¿Qué pasa si la respuesta es afirmativa?

- Si la organización de revisión dice que sí, **debemos seguir brindando sus servicios hospitalarios cubiertos para pacientes hospitalizados durante el tiempo que estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponde). Además, puede haber limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué pasa si la respuesta es no?

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

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

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad ha rechazado su apelación y usted permanece en el hospital después de la fecha prevista para el alta, puede presentar otra apelación. Hacer otra apelación significa que va a pasar al **Nivel 2** del proceso de apelación.

Sección 8.3	Paso a paso: Cómo hacer un Nivel 2 Apelación para cambiar la fecha de alta hospitalaria
--------------------	--

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

Paso 1: Póngase en contacto con la Organización de Mejora de la Calidad nuevamente y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión dentro **de los 60 días calendario** posteriores al día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se negó a su apelación de

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en que finalizó su cobertura para la atención.

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

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de apelación de Nivel 2, los revisores decidirán sobre su apelación y le comunicarán su decisión.

Si la organización de revisión dice que sí:

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que haya recibido desde el mediodía del día después de la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechazó su primera apelación. **Debemos continuar brindando cobertura para su atención hospitalaria como paciente hospitalizado durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Debe continuar pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión dice que no:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron en su apelación de Nivel 1.
- El aviso que reciba le indicará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

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

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si desea ir a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de su decisión de apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador. **La sección 10** de este capítulo habla más sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Sección 8.4 ¿Qué pasa si no cumples con la fecha límite para hacer tu Nivel 1? ¿Apelar para cambiar la fecha de alta hospitalaria?

Término legal

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

En su lugar, puede recurrir a nosotros

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

Si utiliza esta otra forma de presentar su apelación, **los dos primeros niveles de apelación son diferentes**.

Paso a paso: Cómo hacer una apelación alternativa de nivel 1

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

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

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

- Durante esta revisión, echamos un vistazo a toda la información sobre su estadía en el hospital. Verificamos si la fecha de alta planificada fue médicamente apropiada. Vemos si la decisión sobre cuándo debe salir del hospital fue justa y siguió todas las reglas.

Paso 3: Le damos nuestra decisión dentro de las 72 horas posteriores a su solicitud de una revisión rápida.

- **Si respondemos afirmativamente a su apelación,** significa que hemos acordado con usted que aún debe estar en el hospital después de la fecha de alta. Seguiremos brindando sus servicios hospitalarios cubiertos para pacientes hospitalizados durante el tiempo que sean médicamente necesarios. También significa que hemos acordado reembolsarle nuestra parte de los costos de atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Usted debe pagar su parte de los costos, y puede haber limitaciones de cobertura que se apliquen).
- **Si decimos que no a su apelación,** estamos diciendo que su fecha de alta planificada era médicamente apropiada. Nuestra cobertura para sus servicios hospitalarios para

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

pacientes hospitalizados termina a partir del día en que dijimos que terminaría la cobertura.

- Si permaneció en el hospital después de la fecha de alta planificada, *es posible que tenga que pagar el costo total de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha de alta planificada.*

Paso 4: Si rechazamos su apelación, su caso pasará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelación.

Paso a paso: Proceso de apelación alternativo de nivel 2

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

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

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

- Estamos obligados a enviar la información de su apelación de Nivel 2 a la organización de revisión independiente dentro de las 24 horas posteriores a la fecha en que le decimos que estamos diciendo que no a su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo u otros plazos, puede presentar una queja. La sección 11 de este capítulo explica cómo presentar una queja).

Paso 2: La organización de revisión independiente realiza una revisión rápida de su apelación. Los revisores le dan una respuesta en un plazo de 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación de su alta hospitalaria.
- **Si esta organización rechaza su apelación,** entonces debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde la fecha de su alta planificada. También debemos continuar con la cobertura del plan de sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados durante el tiempo que sea médicamente necesario. Debe continuar pagando su parte de los costos. Si hay limitaciones de cobertura, estas podrían limitar cuánto le reembolsaríamos o cuánto tiempo continuaríamos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización rechaza su apelación,** significa que está de acuerdo en que la fecha prevista para el alta hospitalaria era médicamente apropiada.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- La notificación por escrito que reciba de la organización de revisión independiente le dirá cómo iniciar una apelación de Nivel 3, que es manejada por un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, usted elige si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, usted decide si acepta su decisión o pasa a la apelación de Nivel 3.
- La sección 10 de este capítulo habla más sobre el proceso para las apelaciones de nivel 3, 4 y 5.

SECCIÓN 9 **Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura está terminando demasiado pronto**

Sección 9.1	Esta sección es solo alrededor de tres servicios: atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y servicios de Centro de Rehabilitación Ambulatoria Integral (CORF)
--------------------	---

Cuando recibe servicios de atención **médica en el hogar, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (Centro de Rehabilitación Ambulatoria Integral)**, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios para ese tipo de atención durante el tiempo que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

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

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

Sección 9.2	Le informaremos con anticipación cuándo finalizará su cobertura
--------------------	--

Término legal

Aviso de falta de cobertura de Medicare. Le indica cómo puede solicitar una **apelación acelerada.** Solicitar una apelación rápida es una forma formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura sobre cuándo suspender su atención.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

1. **Recibe un aviso por escrito** al menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. El aviso le dice:
 - La fecha en la que dejaremos de cubrir la atención para usted.
 - Cómo solicitar una apelación acelerada para solicitarnos que sigamos cubriendo su atención durante un período de tiempo más largo.
2. **A usted, o a alguien que actúe en su nombre, se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.** La firma del aviso muestra *solamente* que ha recibido la información sobre cuándo terminará su cobertura. **Firmarlo sí no significa que estás de acuerdo** con la decisión del plan de suspender la atención.

Sección 9.3

Paso a paso: Cómo hacer un Nivel 1 Solicitar que nuestro plan cubra su atención por más tiempo

Si desea pedirnos que cubramos su atención durante un período de tiempo más largo, deberá utilizar el proceso de apelación para hacer esta solicitud. Antes de comenzar, comprenda lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Sigue el proceso.**
- **Cumplir con los plazos.**
- **Pide ayuda si la necesitas.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para Miembros. O llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente apropiada.

La **Organización para el Mejoramiento de la Calidad** es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica pagados por el gobierno federal para verificar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan sobre cuándo es el momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Haga su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicite una apelación rápida. Debes actuar con rapidez.

¿Cómo puede ponerse en contacto con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*Aviso de no cobertura de Medicare*) le indica cómo comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Actúe rápidamente:

- Debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para iniciar su apelación **antes del mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigencia del** Aviso de falta de cobertura de Medicare.
- Si no cumple con la fecha límite para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad y aún desea presentar una apelación, debe presentar una apelación directamente a nosotros. Para obtener más información sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 9.5 de este capítulo.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

Término legal
Explicación detallada de la falta de cobertura. Aviso que proporciona detalles sobre las razones para finalizar la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (los revisores) le preguntarán a usted, o a su representante, por qué cree que la cobertura de los servicios debe continuar. No tienes que preparar nada por escrito, pero puedes hacerlo si lo deseas.
- La organización de revisión también examinará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que nuestro plan le ha proporcionado.
- Al final del día en que los revisores nos informaron de su apelación, recibirá **la Explicación detallada de la falta de cobertura** de nuestra parte que explica en detalle nuestras razones para finalizar nuestra cobertura para sus servicios.

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

¿Qué pasa si los revisores dicen que sí?

- Si los revisores dicen que sí a su apelación, entonces **debemos seguir brindando sus servicios cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponde). Es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué pasa si los revisores dicen que no?

- Si los revisores dicen que no, entonces **su cobertura terminará en la fecha que le hemos indicado.**

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si decide seguir recibiendo los servicios de atención médica en el hogar, o atención en un centro de enfermería especializada, o en un Centro de Rehabilitación Ambulatoria Integral (CORF, **por sus siglas en inglés**) después de esta fecha en que finaliza su cobertura, entonces **tendrá que pagar el costo total** de esta atención usted mismo.

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

- Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 1 y usted decide continuar recibiendo atención después de que haya finalizado su cobertura para la atención, entonces puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 9.4	Paso a paso: Cómo hacer un Nivel 2 Solicitar que nuestro plan cubra su atención por más tiempo
--------------------	---

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que revise de nuevo la decisión sobre su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que tenga que pagar el costo total de su atención médica en el hogar, o atención en un centro de enfermería especializada, o servicios del Centro de Rehabilitación Ambulatoria Integral (CORF, por sus siglas *en inglés*) después de la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura.

Paso 1: Póngase en contacto con la Organización de Mejora de la Calidad nuevamente y solicite otra revisión.

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

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

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días posteriores a la recepción de su solicitud de apelación, los revisores decidirán sobre su apelación y le comunicarán su decisión.

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

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. **Debemos continuar brindando cobertura** para la atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Debe continuar pagando su parte de los costos y puede haber limitaciones de cobertura que se apliquen.

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

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

Paso 4: Si la respuesta es no, deberá decidir si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibirá después de su decisión de apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador. La sección 10 de este capítulo proporciona más información sobre el proceso para las apelaciones de nivel 3, 4 y 5.

Sección 9.5	¿Qué pasa si no cumples con la fecha límite para hacer tu Nivel 1? ¿apelación?
--------------------	---

En su lugar, puede recurrir a nosotros

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

Paso a paso: Cómo hacer una apelación alternativa de nivel 1

Término legal
Una revisión rápida (o apelación rápida) también se denomina apelación acelerada.

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

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

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

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

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

Paso 3: Le damos nuestra decisión dentro de las 72 horas posteriores a su solicitud de una revisión rápida.

- **Si respondemos afirmativamente a su apelación**, significa que hemos acordado con usted que necesita servicios por más tiempo y que seguiremos brindando sus servicios cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que hemos acordado reembolsarle nuestra parte de los costos de atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Usted debe pagar su parte de los costos, y puede haber limitaciones de cobertura que se apliquen).
- **Si rechazamos su apelación**, su cobertura finalizará en la fecha que le dijimos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esta fecha.
- Si continuó recibiendo atención médica en el hogar, o atención en un centro de enfermería especializada, o servicios del Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF, *por sus siglas en inglés*) después de la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura, entonces **tendrá que pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: Si rechazamos su apelación rápida, su caso pasará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelación.

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

Paso a paso: Proceso de apelación alternativo de nivel 2

Durante la apelación de Nivel 2, la **organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos sobre su apelación rápida. Esta organización decide si se debe cambiar la decisión. **La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está conectada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía elegida por Medicare para manejar el trabajo de ser la organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.

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

- Estamos obligados a enviar la información de su apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente dentro de las 24 horas posteriores a la fecha

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

en que le informamos que estamos diciendo que no a su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo u otros plazos, puede presentar una queja. La sección 11 de este capítulo explica cómo presentar una queja).

Paso 2: La organización de revisión independiente realiza una revisión rápida de su apelación. Los revisores le dan una respuesta en un plazo de 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización rechaza su apelación**, entonces debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. También debemos continuar cubriendo la atención durante el tiempo que sea médicamente necesario. Debe continuar pagando su parte de los costos. Si hay limitaciones de cobertura, estas podrían limitar cuánto reembolsaríamos o cuánto tiempo continuaríamos cubriendo los servicios.
- **Si esta organización rechaza su apelación**, significa que está de acuerdo con la decisión que tomó nuestro plan sobre su primera apelación y no la cambiará.
 - La notificación que reciba de la organización de revisión independiente le dirá por escrito lo que puede hacer si desea pasar a una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, usted elige si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibirá después de su decisión de apelación de Nivel 2.
- Una apelación de Nivel 3 es revisada por un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador. La sección 10 de este capítulo proporciona más información sobre el proceso para las apelaciones de nivel 3, 4 y 5.

SECCIÓN 10 Llevar su apelación al Nivel 3 y más allá

Sección 10.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

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

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

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Para la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan de la misma manera. A continuación, le indicamos quién se encarga de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de nivel 3 Un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el Juez de Derecho Administrativo o el abogado adjudicador dice que sí a su apelación, el proceso de apelación puede o no haber terminado.** A diferencia de una decisión en una apelación de Nivel 2, tenemos el derecho de apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted. Si decidimos apelar, irá a una apelación de Nivel 4.
 - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o brindarle la atención médica dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de la decisión del juez de derecho administrativo o del abogado adjudicador.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos adjuntos. Es posible que esperemos la decisión de apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proporcionar la atención médica en disputa.
- **Si el juez de derecho administrativo o el abogado adjudicador rechaza su apelación, el proceso de apelación puede o no haber terminado.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación ha terminado.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le dirá qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de nivel 4 El Medicare Consejo de Apelaciones (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del Gobierno Federal.

- **Si la respuesta es afirmativa, o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión de apelación favorable de Nivel 3, el proceso de apelación puede o no haber terminado.** A diferencia de una decisión en el Nivel 2, tenemos el derecho de apelar una decisión del Nivel 4 que sea favorable para usted. Decidiremos si apelaremos esta decisión al Nivel 5.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizarle o brindarle la atención médica dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo haremos saber por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelación puede o no haber terminado.**

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación ha terminado.
- Si no desea aceptar la decisión, es posible que pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, el aviso que reciba le dirá si las reglas le permiten continuar con una apelación de Nivel 5 y cómo continuar con una apelación de Nivel 5.

Apelación de nivel 5 Un juez de la **Tribunal Federal de Distrito** revisará su apelación.

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

Sección 10.2 Apelaciones adicionales de Medicaid

También tiene otros derechos de apelación si su apelación es sobre servicios o artículos que Medicaid generalmente cubre. La carta que reciba de la oficina de audiencias imparciales le dirá qué hacer si desea continuar con el proceso de apelación.

Sección 10.3 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

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

Si el valor del medicamento que ha apelado alcanza una cierta cantidad en dólares, es posible que pueda pasar a niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede apelar más. La respuesta por escrito que reciba a su apelación de Nivel 2 le explicará a quién contactar y qué hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan de la misma manera. A continuación, le indicamos quién se encarga de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de nivel 3 Un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal El gobierno revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta es sí, el proceso de apelación ha terminado.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por el Juez de Derecho Administrativo o el abogado adjudicador dentro de las **72 horas (24 horas**

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

para apelaciones aceleradas) o realizar el pago a más tardar 30 días calendario después de recibir la decisión.

- Si la respuesta es no, el proceso de apelación *puede o no haber terminado*.
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación ha terminado.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le dirá qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de nivel 4 El Medicare Consejo de Apelaciones (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del Gobierno Federal.

- Si la respuesta es sí, el proceso de apelación ha terminado. Debemos autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos aprobada por el Consejo en un plazo de 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago a más tardar 30 días calendario después de recibir la decisión.
- Si la respuesta es no, el proceso de apelación puede o no haber terminado.
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación ha terminado.
 - Si no desea aceptar la decisión, es posible que pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o rechaza su solicitud de revisión de la apelación, el aviso le dirá si las reglas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. También le dirá a quién contactar y qué hacer a continuación si decide continuar con su apelación.

Apelación de nivel 5 Un juez de la Tribunal Federal de Distrito revisará su apelación.

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

SECCIÓN 11 **Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes**

Sección 11.1 **¿Qué tipo de problemas se manejan en el proceso de quejas?**

El proceso de queja *solo* se utiliza para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. Estos son ejemplos de los tipos de problemas que maneja el proceso de quejas.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No está satisfecho con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto a su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o no compartió información confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otros comportamientos negativos	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien ha sido grosero o irrespetuoso contigo? • ¿No está satisfecho con nuestro Servicio de Atención al Cliente? • ¿Sientes que te están animando a abandonar el plan?
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Tiene problemas para conseguir una cita o espera demasiado tiempo para obtenerla? • ¿Te han hecho esperar demasiado tiempo los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O por nuestro Departamento de Servicios para Miembros u otro personal del plan? <ul style="list-style-type: none"> ○ Por ejemplo, esperar demasiado tiempo en el teléfono, en la sala de espera o en la sala de examen, u obtener una receta.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No está satisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio médico?
Información que obtiene de nosotros	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No le dimos el aviso requerido? • ¿Es difícil entender nuestra información escrita?

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Queja	Ejemplo
<p>Puntualidad (todos estos tipos de quejas están relacionadas con la puntualidad de nuestras acciones relacionadas con las decisiones de cobertura y las apelaciones)</p>	<p>Si ha solicitado una decisión de cobertura o ha presentado una apelación y cree que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, puede presentar una queja sobre nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nos pidieron una "decisión de cobertura rápida" o una "apelación rápida", y hemos dicho que no; Puede presentar una queja. Usted cree que no estamos cumpliendo con los plazos para las decisiones de cobertura o las apelaciones; Puede presentar una queja. Cree que no estamos cumpliendo con los plazos para cubrirlo o reembolsarle ciertos artículos o servicios médicos o medicamentos que fueron aprobados; Puede presentar una queja. Usted cree que no cumplimos con los plazos requeridos para enviar su caso a la organización de revisión independiente; Puede presentar una queja.

Sección 11.2 Cómo presentar una queja

Términos legales

- Una **queja** también se denomina **queja**.
- Presentar una queja** también se llama **presentar una queja**.
- El uso del proceso para quejas** también se denomina **uso del proceso para presentar una queja**.
- Una **queja rápida** también se denomina **queja acelerada**.

Sección 11.3 Paso a paso: Presentar una queja

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

- Por lo general, el primer paso es llamar a Servicios para Miembros.** Si hay algo más que deba hacer, Servicios para Miembros se lo hará saber.
- Si no desea llamar (o llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presenta su queja por escrito, responderemos a su queja por escrito.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Presente una queja verbal llamando a Servicios para Miembros al 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526), TTY 711 de 8 a.m. a 8 p.m. los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo y de 8 a.m. a 8 p.m. De lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre para quejas de la Parte C (Beneficios médicos) o llame al 1-844-740-0625, TTY 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana para quejas de la Parte D (Medicamentos recetados).
- Envíe una queja por escrito a: Florida Complete Care Atención: Departamento de Quejas y Apelaciones P.O Box 668800 Miami, FL 33166 para quejas de la Parte C (Atención médica) o al Departamento de Quejas de la Parte D de CVS Caremark Medicare. P.O Box 30016, Pittsburgh, PA 15222-0330 para quejas de la Parte D (Medicamentos recetados). Al presentar una queja, proporcione:
 - Nombre
 - Dirección
 - Número de teléfono
 - Número de identificación del miembro
 - Un resumen de la queja y cualquier contacto previo con nosotros relacionado con la queja
 - La acción que nos solicita
 - Una firma suya o de su representante autorizado y la fecha.
 - Si desea que un amigo, pariente, su médico u otro proveedor, u otra persona sea su representante, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) y solicite el formulario "Nombramiento de representante". (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf). El formulario le da permiso a esa persona para actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que desea que actúe en su nombre. Debe darnos una copia del formulario firmado. Opción de revisión rápida de su queja Puede solicitar una revisión rápida, y trataremos de responder dentro de un día, si su queja se refiere a una de las siguientes circunstancias:
 - Hemos extendido el plazo para tomar una decisión sobre la organización/cobertura, y usted cree que necesita una decisión más rápido.
 - Denegamos su solicitud de una decisión de organización/cobertura de 72 horas
 - Denegamos su solicitud de apelación de 72 horas. Lo mejor es llamar a Servicios para Miembros si desea solicitar una revisión rápida de su queja

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Ya sea que llame o escriba, debe comunicarse con Servicios para Miembros de inmediato.** Puede presentar la queja en cualquier momento después de haber tenido el problema del que desea quejarse.

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

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

Sección 11.4	También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad
---------------------	--

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

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

O

- **Puede presentar su queja tanto a la Organización de Mejora de la Calidad como a nosotros al mismo tiempo.**

Sección 11.5	También puede informar a Medicare y Medicaid sobre su queja
---------------------	--

Puede presentar una queja sobre Florida Complete Care (HMO D-SNP) directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, vaya a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10:

Finalización de su membresía en el plan

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

La cancelación de su membresía en Florida Complete Care (HMO D-SNP) puede ser **voluntaria** (su propia elección) o **involuntaria** (no su propia elección):

- Es posible que abandone nuestro plan porque ha decidido que quiere irse. Las secciones 2 y 3 proporcionan información sobre cómo cancelar su membresía voluntariamente.
- También hay situaciones limitadas en las que no elige irse, pero estamos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 le informa sobre situaciones en las que debemos cancelar su membresía.

Si abandona nuestro plan, nuestro plan debe continuar brindándole atención médica y medicamentos recetados y continuará pagando su costo compartido hasta que finalice su membresía.

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

Sección 2.1 Es posible que pueda cancelar su membresía porque tiene Medicare y Medicaid

La mayoría de las personas con Medicare pueden cancelar su membresía solo durante ciertas épocas del año. Debido a que tiene Medicaid, es posible que pueda cancelar su membresía en nuestro plan o cambiarse a un plan diferente una vez durante cada uno de los siguientes períodos de inscripción especial:

- Enero a Marzo
- De abril a junio
- De julio a septiembre

Si te uniste a nuestro plan durante uno de estos períodos, tendrás que esperar al siguiente período para finalizar tu membresía o cambiar a un plan diferente. No puede usar este Período de inscripción especial para finalizar su membresía en nuestro plan entre octubre y diciembre. Sin embargo, todas las personas con Medicare pueden hacer cambios del 15 de octubre al 7 de diciembre durante el Período de Inscripción Anual. La Sección 2.2 le brinda más información sobre el Período de Inscripción Anual.

- Elija cualquiera de los siguientes tipos de planes de Medicare:
 - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos recetados
 - Medicare Original *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado

Capítulo 10 Finalización de su membresía en el plan

- Medicare Original sin un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado
 - Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y no tiene cobertura acreditable de medicamentos recetados durante un período continuo de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Comuníquese con la oficina de Medicaid de su estado para obtener información sobre sus opciones de planes de Medicaid (los números de teléfono se encuentran en el Capítulo 2, Sección 6 de este documento).

- **¿Cuándo terminará su membresía?** Por lo general, su membresía finalizará el primer día del mes después de que recibamos su solicitud para cambiar sus planes. Su inscripción en su nuevo plan también comenzará ese día.

Sección 2.2	Puede finalizar su membresía durante el Período de inscripción anual
--------------------	---

Puede finalizar su membresía durante el **Período de Inscripción Anual** (también conocido como el Período de Inscripción Abierta Anual). Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y medicamentos y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- El **Período de Inscripción Anual** es del **15 de octubre al 7 de diciembre**.
- **Elija mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año.** Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos recetados.
 - Medicare Original *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado
 -
 - Medicare Original *sin* un plan separado de medicamentos recetados de Medicare.
- **Su membresía terminará en nuestro plan** cuando la cobertura de su nuevo plan comience el 1 de enero.

Si recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos recetados: Si se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática.

Capítulo 10 Finalización de su membresía en el plan

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y no tiene cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 días o más seguidos, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Sección 2.3	Puede cancelar su membresía durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage
--------------------	--

Usted tiene la oportunidad de hacer *un* cambio en su cobertura de salud durante el **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage**.

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

Sección 2.4	En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial
--------------------	---

En ciertas situaciones, puede ser elegible para cancelar su membresía en otras épocas del año. Esto se conoce como **Período de Inscripción Especial**.

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

- Por lo general, cuando te has mudado.
- Si tiene Medicaid.
- Si es elegible para recibir "Ayuda adicional" para pagar sus medicamentos recetados de Medicare.

Capítulo 10 Finalización de su membresía en el plan

- Si violamos nuestro contrato con usted.
- Si recibe atención en una institución, como un hogar de ancianos o un hospital de atención a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés).
- Si se inscribe en el Programa de Atención Integral para Personas Mayores (PACE).
- La sección 2.1 le da más información sobre el período de inscripción especial para las personas con Medicaid. **Los períodos de inscripción varían** según su situación.

Para averiguar si es elegible para un Período de Inscripción Especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede optar por cambiar tanto su cobertura de salud de Medicare como la cobertura de medicamentos recetados. Puedes elegir:

- Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura de medicamentos recetados.
- Medicare Original *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado
- – *o* – Medicare Original *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y no tiene cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 días o más seguidos, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos recetados: Si se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática.

Por lo general, su membresía finalizará el primer día del mes después de recibir su solicitud para cambiar su plan.

Nota: Las secciones 2.1 y 2.2 le dan más información sobre el período de inscripción especial para personas con Medicaid y Ayuda Adicional.

Sección 2.5	¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?
--------------------	--

Si tiene alguna pregunta sobre cómo cancelar su membresía, puede:

- **Llame a Servicios para Miembros.**
- Encuentre la información en el manual *Medicare & You 2024 (Medicare y Usted 2024)*.
- Comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 ¿Cómo finaliza su membresía en nuestro plan?

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

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debes hacer:
<ul style="list-style-type: none"> • Otro plan de salud de Medicare 	<ul style="list-style-type: none"> • Inscribese en el nuevo plan de salud de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. • Se cancelará automáticamente su inscripción en Florida Complete Care (HMO D-SNP) cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
<ul style="list-style-type: none"> • Medicare Original <i>con</i> un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado 	<ul style="list-style-type: none"> • Inscribese en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. • Se cancelará automáticamente su inscripción en Florida Complete Care (HMO D-SNP) cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
<ul style="list-style-type: none"> • Medicare Original <i>sin</i> un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado ○ Si se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática. ○ Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y pasa 63 días seguidos o más sin cobertura acreditable de medicamentos recetados, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. 	<ul style="list-style-type: none"> • Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción Comuníquese con Servicios para Miembros si necesita más información sobre cómo hacerlo. • También puede comunicarse con Medicare, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Se cancelará su inscripción en Florida Complete Care (HMO D-SNP) cuando comience su cobertura en Medicare Original.

Capítulo 10 Finalización de su membresía en el plan

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y no tiene cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 días o más seguidos, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Medicaid de Florida, comuníquese con la Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud al 1-888-419-3456 de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. Pregunte cómo el hecho de inscribirse en otro plan o regresar a Medicare Original afecta la forma en que obtiene su cobertura de Medicaid de Florida.

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo su atención médica artículos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan

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

- Continúe utilizando a los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.
- Continúe usando las farmacias de nuestra red o los pedidos por correo para surtir sus recetas.
- Si es hospitalizado el día en que finaliza su membresía, su estadía en el hospital estará cubierta por nuestro plan hasta que sea dado de alta (incluso si es dado de alta después de que comience su nueva cobertura de salud).

SECCIÓN 5 *Florida Complete Care (HMO D-SNP)* debe finalizar su membresía en el plan en ciertas situaciones

Sección 5.1	¿Cuándo debemos finalizar su membresía en el plan?
--------------------	---

Florida Complete Care (HMO D-SNP) debe cancelar su membresía en el plan si ocurre alguna de las siguientes situaciones:

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si ya no es elegible para Medicaid. Como se indica en el Capítulo 1, Sección 2.1, nuestro plan es para personas que son elegibles tanto para Medicare como para Medicaid.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
 - Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio por más de seis meses. Si se muda o hace un viaje largo, llame a Servicios para Miembros para averiguar si el lugar al que se muda o al que viaja se encuentra en el área de nuestro plan.
- Si usted es encarcelado (ir a prisión).

Capítulo 10 Finalización de su membresía en el plan

- Si ya no es ciudadano de los Estados Unidos o no se encuentra legalmente en los Estados Unidos.
- Si miente u oculta información sobre otro seguro que tenga que brinde cobertura de medicamentos recetados.
- Si intencionalmente nos proporciona información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que primero obtengamos el permiso de Medicare).
- Si se comporta continuamente de una manera que es perjudicial y nos dificulta brindarle atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que primero obtengamos el permiso de Medicare).
- Si permite que otra persona use su tarjeta de membresía para recibir atención médica. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que primero obtengamos el permiso de Medicare).
 - Si cancelamos su membresía debido a este motivo, Medicare puede hacer que su caso sea investigado por el Inspector General.
- Si se le exige que pague el monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos y no lo paga, Medicare lo desafiliará de nuestro plan.

¿Dónde puedes obtener más información?

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cuándo podemos finalizar su membresía, llame a Servicios para Miembros.

Sección 5.2 Nosotros no poder pedirle que abandone nuestro plan por cualquier motivo relacionado con la salud

Florida Complete Care (HMO D-SNP) no puede pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

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

Sección 5.3	Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan
--------------------	---

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, debemos informarle nuestras razones por escrito para cancelar su membresía. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja o queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

CAPÍTULO 11:

Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley aplicable

La ley principal que se aplica a este documento *de Evidencia de Cobertura* es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las regulaciones creadas bajo la Ley del Seguro Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, o CMS. Además, es posible que se apliquen otras leyes federales y, bajo ciertas circunstancias, las leyes del estado en el que vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no están incluidas o explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre la no discriminación

No discriminamos por motivos de raza, etnia, origen nacional, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia en reclamos, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben obedecer las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales, y cualquier otra ley y norma que se aplique por cualquier otro motivo.

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

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos a Servicios para miembros. Si tiene una queja, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, Servicios para Miembros puede ayudarlo.

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios cubiertos de Medicare para los cuales Medicare no es el pagador principal. De acuerdo con las regulaciones de los CMS en 42 CFR, secciones 422.108 y 423.462, Florida Complete Care, como organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que el Secretario ejerce bajo las regulaciones de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 de 42 CFR y las reglas establecidas en esta sección reemplazan cualquier ley estatal.

CAPÍTULO 12:

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Apelación: una apelación es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con la decisión de denegarle una solicitud de cobertura de servicios de atención médica o medicamentos con receta o pagos por servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo.

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

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

Atención primaria/Proveedor de atención primaria (Primary Care Physician/Provider, PCP): el médico u otro proveedor a quien usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar con su proveedor de atención primaria antes de consultar con otro proveedor de atención médica.

Autorización previa: autorización por adelantado para obtener servicios o ciertos medicamentos. En la Tabla de beneficios del Capítulo 4, se indican los servicios cubiertos que necesitan autorización previa. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Formulario.

Auxiliar de atención de la salud a domicilio: una persona que brinda servicios que no necesitan las habilidades de enfermeros o terapeutas certificados, como ayudar con la atención personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o realizar ejercicios prescritos).

Ayuda adicional: un programa de Medicare o estatal que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como las primas, los deducibles y el coaseguro.

Cancelar o cancelación de la inscripción: el proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan.

Centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF): servicios de atención de enfermería especializada o rehabilitación especializada brindados todos los días en un centro de atención de enfermería especializada. Ejemplos de la atención incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por un enfermero matriculado o un médico.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF): un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y el lenguaje, y servicios de evaluación del entorno en el hogar.

Centro quirúrgico ambulatorio: un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que funciona exclusivamente con el propósito de brindar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y que esperan no pasar más de 24 horas en el centro asistencial.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS): es la agencia federal que administra Medicare.

Cobertura acreditable para medicamentos con receta: cobertura para medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura, cuando pasan a ser elegibles para Medicare, pueden normalmente mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más tarde en un plan de cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

Cobertura para medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare): seguro que lo ayuda a pagar los medicamentos con receta para pacientes externos, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no cubren la Parte A o la Parte B de Medicare.

Copago: un monto que es posible que deba pagar como su parte del costo del servicio o el suministro médico, como una consulta con el médico, una consulta hospitalaria como paciente externo o un medicamento con receta. Un copago es un monto establecido (por ejemplo, \$10) más que un porcentaje.

Coaseguro: una cantidad que se le puede solicitar que pague, expresado como porcentaje (por ejemplo, 20%) como su parte del costo de los servicios o medicamentos con receta.

Costo compartido diario: es posible que se aplique un costo compartido diario cuando su médico le receta un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago. El costo compartido diario es el copago dividido por la cantidad de días de un suministro para un mes. A continuación, le presentamos un ejemplo: Si su copago para un suministro de un medicamento para un mes es de \$30, y un suministro para un mes en su plan tiene 30 días, su costo compartido diario es de \$1 por día.

Costo compartido: se refiere a los montos que un miembro tiene que pagar cuando obtiene servicios o medicamentos. (Esto es complementario a la prima mensual del plan). El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier monto deducible que puede imponer un plan antes de cubrir los servicios o medicamentos; (2) cualquier monto fijo de copago que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico; o (3) cualquier monto de coaseguro, un porcentaje del monto total pagado por un

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

servicio o medicamento, que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico.

Costos que paga de su bolsillo: consulte la definición de costo compartido más arriba. El requisito de costo compartido de un miembro para pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de costo que un miembro paga de su bolsillo.

Cuidado asistencial: el cuidado asistencial es la atención personal brindada en un centro de cuidados, hospicio u otro centro cuando usted no necesita atención médica o de enfermería especializada. El cuidado asistencial que brindan personas que no tienen habilidades ni preparación profesional incluye ayuda con actividades cotidianas como bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse y levantarse de la cama o de la silla, desplazarse y utilizar el baño. Puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas realizan por sí mismas, como usar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado asistencial.

Deducible: es el monto que debe pagar por la atención médica o los medicamentos con receta antes de que nuestro plan pague.

Determinación de cobertura: una decisión para determinar si un medicamento que le recetaron está cubierto por el plan y el monto, si lo hubiera, que deberá pagar por el medicamento con receta. En general, si usted lleva su receta a la farmacia y allí le indican que el medicamento con receta no está cubierto por su plan, eso no es una determinación de cobertura. Deberá llamar o escribir a su plan para pedir una decisión de cobertura formal. Las determinaciones de cobertura también se llaman decisiones de cobertura en este documento.

Determinación de la organización: una decisión que toma nuestro plan sobre si los servicios o artículos están cubiertos o sobre cuánto le corresponde pagar a usted por servicios o artículos cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan decisiones de cobertura en este documento.

Dispositivos protésicos y ortésicos: dispositivos médicos que incluyen, entre otros, dispositivos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o una función interna del cuerpo, como suministros para ostomía y terapia nutricional enteral y parenteral.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y, si está embarazada, la pérdida del feto), pérdida de una extremidad o la función de una extremidad, o la pérdida o deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.

Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME): ciertos equipos médicos indicados por su médico por razones médicas. Los ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar.

Etapa de cobertura en situaciones catastróficas: es la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (o alguna persona calificada en su nombre) haya ganado \$8,000 en medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año de cobertura. Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de los medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.

Etapa de cobertura inicial: esta es la etapa antes de que los costos totales de los medicamentos, incluidos los montos que ha pagado y lo que su plan ha pagado en su nombre OR los costos que paga de su bolsillo para el año alcancen \$5,030.

Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC) y Divulgación de información: en este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, se explica su cobertura, lo que debemos hacer nosotros, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Excepción: un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite recibir un medicamento que no está en nuestro formulario (una excepción al formulario) o un medicamento no preferido a un nivel más bajo de costo compartido (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan le exige probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, o si nuestro plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al Formulario).

Facturación de saldos: cuando un proveedor (un médico o el hospital) factura al paciente más que el monto del costo compartido permitido del plan. Como miembro de Florida Complete Care, solo tiene que pagar los montos del costo compartido del plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le facturen el saldo o cobren, de otra manera, más que el monto del costo compartido que su plan indica que debe pagar.

Farmacia de la red: farmacia que tiene un contrato con nuestro plan por el que los miembros de nuestro plan pueden recibir los beneficios de medicamentos con receta. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos solo si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no ha celebrado un contrato con el plan para coordinar o proporcionar los medicamentos cubiertos a los miembros del plan. La mayoría de los medicamentos que obtenga en las farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Herramienta de beneficios en tiempo real: un portal o una aplicación informática en la que los inscritos pueden buscar información completa, correcta, oportuna, clínicamente apropiada, del Formulario y de beneficios específica para inscritos. Esto incluye los montos de costo compartido, los medicamentos alternativos del Formulario que se pueden utilizar para la misma afección que un medicamento dado, y las restricciones de cobertura (autorización

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

previa, tratamiento escalonado, límites de cantidad) que se aplican a medicamentos alternativos.

Hospicio: un beneficio que otorga un trato especial a un miembro que ha sido certificado médicamente como enfermo terminal, lo que significa tener una expectativa de vida de 6 meses o menos. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si opta por un hospicio y continúa pagando las primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Todavía podrá obtener todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Hospitalización: una hospitalización es cuando es ingresado formalmente al hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo.

Indicación médicamente aceptada: un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o avalado por ciertos libros de referencia.

Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (Supplemental Security Income, SSI): es un beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados, y que son discapacitadas, están ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son iguales que los beneficios del Seguro Social.

Límite de cobertura inicial: el límite máximo de cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

Límites de cantidad: una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites también pueden ser en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o durante un período definido.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o “Lista de medicamentos”): una lista de medicamentos con receta cubiertos por el plan.

Medicaid (o asistencia médica): un programa conjunto estatal y federal, que ayuda a solventar costos médicos de ciertas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y Medicaid.

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

Medicamento de marca: medicamento con receta fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originariamente investigó y desarrolló dicho medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

otros fabricantes de medicamentos y, normalmente, no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento con nombre de marca.

Medicamento genérico: medicamento con receta que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA), dado que se considera que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene el mismo efecto que un medicamento de marca, pero, por lo general, es más económico.

Medicamentos cubiertos: es el término que se utiliza para referirse a todos los medicamentos con receta que cubre el plan.

Medicamentos de la Parte D: son los medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos ofrecer todos los medicamentos de la Parte D o no. Ciertas categorías de medicamentos han sido excluidas como medicamentos cubiertos por la Parte D por el Congreso. Cada plan debe cubrir ciertas categorías de medicamentos de la Parte D.

Medicare: el programa federal de seguros médicos destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (por lo general, las que tienen insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

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

Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA): si su ingreso bruto ajustado modificado, según se informó en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, está por encima de cierto monto, pagará el monto estándar de la prima y un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Menos del 5% de las personas con Medicare se encuentran afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

Monto máximo que paga de su bolsillo: es el monto que paga de su bolsillo durante el año calendario por los servicios cubiertos dentro de la red de la Parte A y la Parte B. Los montos que paga por las primas de su plan, las primas de la Parte A y de la Parte B de Medicare y los medicamentos con receta no se tienen en cuenta en el monto máximo que paga de su bolsillo.

Multa por inscripción tardía de la Parte D: un monto que se suma a su prima mensual por la cobertura para medicamentos de Medicare si no tiene una cobertura acreditable (una cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después de ser elegible para inscribirse en un plan de la Parte D por primera vez.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO): un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare.

Original Medicare (Medicare tradicional o plan Medicare con pago por servicio): el plan Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no por planes de salud privados, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. En Original Medicare, los servicios de Medicare se cubren pagándoles a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos de pago establecidos por el Congreso. Usted puede consultar con cualquier médico, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga lo que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga lo que le corresponde a usted. Original Medicare tiene dos partes: La Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todas partes en los Estados Unidos.

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

Parte D: es el Programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare.

Período de beneficios: La forma en que nuestro plan y Original Medicare mide su uso de los servicios de los hospitales y el centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF). El período de beneficios comienza el día en que usted va a un hospital o centro de atención de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no haya recibido servicios de atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. Usted debe pagar el deducible del hospital para pacientes internados por cada período de beneficios. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: el período de tiempo desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo para que los miembros de un plan Medicare Advantage puedan cancelar sus inscripciones en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage, u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiar a Original Medicare en este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento. El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible durante un período de 3 meses después de que una persona es elegible para Medicare por primera vez.

Período de inscripción anual: el período de tiempo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año en el que los miembros pueden cambiar de planes de medicamentos o de salud o elegir Original Medicare.

Período de inscripción especial: un tiempo determinado para que los miembros puedan cambiar sus planes de salud y de medicamentos o volver a Original Medicare. Situaciones en las que usted puede ser elegible para un Período de Inscripción Especial son: si se muda del

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

área de servicio, si está recibiendo “Ayuda adicional” con los costos de sus medicamentos con receta, si se muda a un centro de cuidados, o si rompemos nuestro contrato con usted.

Período de inscripción inicial: el tiempo en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare, cuando es elegible para recibir Medicare. Si es elegible para Medicare cuando cumpla 65 años, el Período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y termina 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP) institucional: un plan en el que se pueden inscribir las personas elegibles que residan, o que se espera que residan, de forma permanente durante 90 días o más en un centro de atención a largo plazo (LTC). Estos centros pueden incluir un centro de atención de enfermería especializada (SNF), un centro de enfermería (nursing facility, NF), (SNF/NF), un centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales (Intermediate Care Facility for Individuals with Intellectual Disabilities, ICF/IID), un centro psiquiátrico para pacientes hospitalizados o centros aprobados por CMS que proporciona servicios de atención médica a largo plazo similares que están cubiertos por la Parte A de Medicare, la Parte B de Medicare o Medicaid; y cuyos residentes tienen necesidades y estado de atención médica similares a los de los otros tipos de centros mencionados. Un plan institucional de necesidades especiales debe tener un acuerdo contractual con los centros de LTC (o poseer y operar dichos centros).

Plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP) institucional equivalente: un plan en el que se pueden inscribir las personas elegibles que viven en la comunidad, pero que requieren de un nivel de atención institucional según la evaluación del estado. La evaluación debe realizarse mediante el uso de la misma herramienta de evaluación de nivel de atención del estado correspondiente y debe estar administrada por una entidad que no sea la organización que ofrece el plan. Este tipo de plan de necesidades especiales puede restringir la inscripción de personas que viven en una residencia de vivienda asistida (Assisted Living Facility, ALF) contratada, si fuera necesario, para garantizar que se brinde atención especializada uniforme.

Plan de necesidades especiales para atención crónica: los C-SNP son SNP que restringen la inscripción a personas elegibles de MA que tienen una o más afecciones crónicas graves o incapacitantes, según lo establecido en el título 42 del CFR 422.2, incluida la restricción de la inscripción basada en las diferentes agrupaciones de afecciones comúnmente compartidas y clínicamente relacionadas especificadas en el título 42 del CFR 422.4(a)(1)(iv).

Plan de necesidades especiales: tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona una atención médica más específica para determinados grupos de personas, como aquellas que poseen Medicare y Medicaid, que viven en un centro de cuidados o que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare que ofrece una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para brindar los beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes Medicare Cost, los de Necesidades Espaciales, los Programas

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

piloto/demostraciones y los Programas de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

Plan de una Organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO): un plan de una Organización de proveedores preferidos es un plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros por un monto de pago específico. Un plan de PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, independientemente de si los brindan proveedores dentro o fuera de la red. El costo compartido del miembro será generalmente superior cuando recibe los beneficios del plan de parte de proveedores fuera de la red. Los planes de PPO tienen un límite anual de los costos que paga de su bolsillo para los servicios recibidos de proveedores (preferidos) de la red y un límite más alto en los costos que paga de su bolsillo por servicios de proveedores tanto dentro de la red (preferidos) como fuera de la red (no preferidos).

Plan Medicare Advantage (MA): a veces llamado Parte C de Medicare. Es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser una i) Organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO), una ii) Organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO), un iii) Plan privado de pago por servicio (Private Fee-for-Service, PFFS) o un iv) plan de Cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare (Medicare Medical Savings Account, MSA). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Plan de Necesidades Especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D (cobertura para medicamentos con receta) de Medicare. Estos planes se llaman planes Medicare Advantage con cobertura para medicamentos con receta.

Plan PACE: un plan Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE) que combina servicios y apoyos médicos, sociales y de atención a largo plazo (long-term services and supports, LTSS) para personas frágiles de manera que puedan conservar su independencia y continuar viviendo en sus comunidades (en lugar de mudarse a un centro de cuidados) tanto tiempo como sea posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben los beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

Planes de necesidades especiales de doble elegibilidad (D-SNP): los D-SNP inscriben a personas que tienen derecho tanto a Medicare (título XVIII de la Ley del Seguro Social) como a asistencia médica de un plan estatal bajo Medicaid (título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

Póliza Medigap (seguro complementario de Medicare): el seguro complementario de Medicare vendido por una compañía de seguros privada para cubrir los períodos sin cobertura de Original Medicare. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Prima: el pago periódico a Medicare, a una empresa de seguros o a un plan de salud para una cobertura de salud o de medicamentos con receta.

Producto biológico: un medicamento con receta elaborado a partir de fuentes naturales y vivas, como células de los animales, células de las plantas, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente, por eso las formas alternativas se denominan biosimilares. Los biosimilares, generalmente, funcionan igual de bien y son tan seguros como los productos biológicos originales.

Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare: un programa que les brinda descuentos para la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos de la Parte D a los miembros de la Parte D que hayan alcanzado la Etapa del período sin cobertura y que aún no estén recibiendo “Ayuda adicional”. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y ciertos fabricantes de medicamentos.

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

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: un proveedor o centro con el que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar ni ofrecer servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados, ni son propiedad ni los opera nuestro plan.

Queja: el nombre formal para presentar una queja es interponer un reclamo. El proceso de quejas se utiliza solo para ciertos tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También incluye quejas si su plan no sigue los períodos de tiempo en el proceso de apelación.

Reclamo: tipo de queja que usted presenta sobre nuestro plan, los proveedores o sobre las farmacias, como, por ejemplo, una queja relacionada con la calidad de la atención brindada. Esto no implica disputas de cobertura ni de pago.

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

Servicios cubiertos: es el término que usamos para incluir todos los suministros y servicios de atención médica cubiertos por nuestro plan.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Servicios de urgencia: servicios cubiertos que no son servicios de emergencia, proporcionados cuando los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o no se puede acceder a ellos o cuando el afiliado está fuera del área de servicio. Por ejemplo, necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser inmediatamente necesarios y médicamente necesarios.

Servicios para los miembros: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía y sus beneficios, sus reclamos y sus apelaciones.

Subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS): consulte “Ayuda adicional”.

Tratamiento escalonado: herramienta de utilización que exige que primero intente tratar su afección con otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que le recetó el médico en primer lugar.

Servicios para miembros de Florida Complete Care

Método	Servicios para los miembros- información de contacto
LLAME AL	<p>1-833-FC2-PLAN o 1-833-322-7526</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8 a.m. a 8 p.m., siete días a la semana (excepto Acción de Gracias y Navidad) a partir del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto festivos) a partir del 1 de abril al 30 de septiembre. Nuestro sistema automatizado está disponible en cualquier momento para las opciones de autoservicio. También puede dejar un mensaje después de horas y los fines de semana y festivos. Por favor, deje su teléfono número de teléfono y el resto de la información solicitada por nuestro sistema. Un representante le devolverá la llamada al final del próximo día. día laborable. El Departamento de Servicios para Miembros también cuenta con un intérprete de idiomas gratuito servicios disponibles para personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana (excepto Acción de Gracias y Navidad) del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto días festivos) del 1 de abril al 30 de septiembre.</p>
ESCRIBA A	<p><i>PO Box 667870</i> <i>Miami, Florida 33166</i></p>
SITIO WEB	<p>www.FC2healthplan.com</p>

Florida SHINE es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Método	Información de contacto
LLAME AL	<p>1-800-96-ELDER (1-800-963-5337)</p> <p>8 a.m. - 5 p.m. hora local, lunes - viernes</p>
TTY	<p>1-800-955-8770</p> <p>Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.</p>
ESCRIBA A	<p>Department of Elder Affairs 4040 Esplanade Way, Suite 270 Tallahassee, FL 32399-7000</p>
SITIO WEB	<p>http://www.floridashine.org/</p>

Declaración sobre divulgación de la Ley de Reducción de Papel (PRA). De acuerdo con la Ley de Reducción de Papel (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona debe responder a una recopilación de información a menos que presente un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escribanos a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-833-322-7526 (TTY: 711). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-833-322-7526 (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-833-322-7526 (TTY: 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-833-322-7526 (TTY: 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggagamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-833-322-7526 (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-833-322-7526 (TTY: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-833-322-7526 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-833-322-7526 (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-833-322-7526 (TTY: 711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-833-322-7526 (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-833-322-7526 (TTY: 711). سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-833-322-7526 (TTY: 711) पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-833-322-7526 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-833-322-7526 (TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-833-322-7526 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-833-322-7526 (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、

1-833-322-7526 (TTY: 711) にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。