

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2025

Evidencia de Cobertura:

Sus beneficios y servicios de salud de Medicare y cobertura de medicamentos recetados como miembro de Florida Complete Care-Duals VIP (HMO-POS 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 2025. **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 el Día de 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 convocatoria es gratuita.

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

Este documento está disponible de forma gratuita en *español*. *También* 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, primas, deducibles y/o copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2026.

El formulario, la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá una notificación 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 2025

Tabla de contenidos

CAPÍTULO 1: <i>Primeros pasos como miembro</i>	6
SECCIÓN 1 Introducción	7
SECCIÓN 2 ¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan?	9
SECCIÓN 3 Materiales importantes de membresía que recibirá	11
SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para Florida Complete Care-Duals VIP (HMO- POS D-SNP)	13
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual	16
SECCIÓN 6 Mantener actualizado su registro de membresía del plan	17
SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan	17
CAPÍTULO 2: <i>Números de teléfono y recursos importantes</i>	20
SECCIÓN 1 Florida Complete Care-Duals VIP (HMO-POS D-SNP) contactos (cómo comunicarse con nosotros, incluido cómo comunicarse con Servicios para miembros)	21
SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare).....	28
SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (ayuda, información y respuestas gratuitas a sus preguntas sobre Medicare)	29
SECCIÓN 4 Organización de Mejora de la Calidad.....	30
SECCIÓN 5 Seguridad social	31
SECCIÓN 6 Medicaid	32
SECCIÓN 7 Información sobre programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos recetados	34
SECCIÓN 8 Cómo ponerse en contacto con la Junta de Jubilación Ferroviaria.....	36
SECCIÓN 9 ¿Tiene seguro grupal u otro seguro de salud de un empleador?.....	37
CAPÍTULO 3: <i>Cómo usar el plan para sus servicios médicos</i>	38
SECCIÓN 1 Cosas que debe saber sobre cómo recibir atención médica como miembro de nuestro plan.....	39
SECCIÓN 2 Use proveedores de la red del plan para obtener su atención médica.....	41
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cuando tiene una emergencia o necesidad urgente de atención o durante un desastre	44
SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si se le factura directamente el costo total de sus servicios?.....	46
SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica?.....	47
SECCIÓN 6 Reglas para recibir atención en una institución religiosa no médica	49

Tabla de contenidos

SECCIÓN 7	Normas para la propiedad de equipos médicos duraderos.....	50
CAPÍTULO 4: <i>Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)</i>.....		52
SECCIÓN 1	Comprensión de los servicios cubiertos.....	53
SECCIÓN 2	Utilice la función <i>Tabla de Beneficios Médicos</i> para saber qué está cubierto	54
SECCIÓN 3	¿Qué servicios están cubiertos fuera de Florida Complete Care-Duals VIP (HMO-POS D-SNP)?	93
SECCIÓN 4	¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?	94
CAPÍTULO 5: <i>Usar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D</i>.....		98
SECCIÓN 1	Introducción	99
SECCIÓN 2	Surta su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan.....	100
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar en la lista de medicamentos del plan.....	104
SECCIÓN 4	Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos	106
SECCIÓN 5	¿Qué pasa si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que le gustaría que estuviera cubierto?	107
SECCIÓN 6	¿Qué pasa si cambia la cobertura de uno de sus medicamentos?	109
SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos son? <i>no</i> ¿Está cubierto por el plan?	112
SECCIÓN 8	Cómo surtir una receta	113
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	114
SECCIÓN 10	Programas sobre la seguridad de los medicamentos y el manejo de los mismos	116
CAPÍTULO 6: <i>Lo que pagas por tus medicamentos recetados de la Parte D</i>.....		119
SECCIÓN 1	Introducción	120
SECCIÓN 2	Lo que usted paga por un medicamento depende de la etapa de pago del medicamento en la que se encuentre cuando obtenga el medicamento	122
SECCIÓN 3	Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y en qué etapa de pago se encuentra	123
SECCIÓN 4	Durante la etapa de deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos	125
SECCIÓN 5	Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga su parte de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte	125
SECCIÓN 6	Durante la Etapa de Cobertura Catastrófica, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D	128
SECCIÓN 7	Vacunas de la Parte D. Lo que pagas depende de cómo y dónde los consigas.....	129

CAPÍTULO 7: <i>Pedirnos que paguemos una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos.</i>	132
SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos por sus servicios o medicamentos cubiertos.....	133
SECCIÓN 2 Cómo pedirnos que le devolvamos el dinero o que paguemos una factura que haya recibido.....	135
SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y le diremos sí o no	135
CAPÍTULO 8: <i>Sus derechos y responsabilidades</i>	137
SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan	138
SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan.....	144
CAPÍTULO 9 <i>Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)</i>	146
SECCIÓN 1 Introducción	147
SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada	147
SECCIÓN 3 Comprender las quejas y apelaciones de Medicare y Medicaid en nuestro plan.....	148
SECCIÓN 4 Decisiones de cobertura y apelaciones	149
SECCIÓN 5 Una guía sobre los conceptos básicos de las decisiones de cobertura y las apelaciones	149
SECCIÓN 6 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura	153
SECCIÓN 7 Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	164
SECCIÓN 8 Cómo pedirnos que cubramos una estadía hospitalaria más prolongada si cree que le están dando el alta demasiado pronto	174
SECCIÓN 9 Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura terminará demasiado pronto.....	179
SECCIÓN 10 Llevando su apelación al Nivel 3 y más allá.....	183
SECCIÓN 11 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes	186
CAPÍTULO 10: <i>Finalización de su membresía en el plan</i>	191
SECCIÓN 1 Introducción a la finalización de su membresía en nuestro plan	192
SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan?	192
SECCIÓN 3 ¿Cómo finaliza su membresía en nuestro plan?.....	196
SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan	197

Tabla de contenidos

SECCIÓN 5	Florida Complete Care-Duals VIP (HMO-POS D-SNP) debe finalizar su membresía en el plan en ciertas situaciones	198
CAPÍTULO 11	<i>Avisos legales</i>	200
SECCIÓN 1	Aviso sobre la ley aplicable	201
SECCIÓN 2	Aviso sobre la no discriminación.....	201
SECCIÓN 3	Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare	201
CAPÍTULO 12	<i>Definiciones de palabras importantes</i>	202

CAPÍTULO 1:

Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Está inscrito en Florida Complete Care-Duals VIP (HMO-POS 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 adicionales y medicamentos 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-Duals VIP (HMO-POS 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 los proveedores en este plan difieren de Medicare Original.

Florida Complete Care-Duals VIP (HMO-POS 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-Duals VIP (HMO-POS D-SNP) está diseñado para personas que tienen Medicare y que también tienen derecho a la 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 coseguros), 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-Duals VIP (HMO-POS 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-Duals VIP (HMO-POS D-SNP) es administrado por una empresa 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 a Bajo Precio (ACA, por sus siglas en inglés). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) en: www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

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

Este documento *de Evidencia de Cobertura* le indica cómo obtener su atención médica y servicios de atención a largo plazo de Medicare y Medicaid y medicamentos recetados. Explica sus derechos y responsabilidades, qué está cubierto, cuánto 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-Duals VIP (HMO-POS D-SNP).

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

Si está confundido, preocupado o simplemente tiene una 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-Duals VIP (HMO-POS 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 durante los meses en los que esté inscrito en Florida Complete Care-Duals VIP (HMO-POS D-SNP) entre el 1 de enero de 2025 y el 31 de diciembre de 2025.

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-Duals VIP (HMO-POS D-SNP) después del 31 de diciembre de 2025. También podemos optar por dejar de ofrecer el plan en su área de servicio, o ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2025.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar Florida Complete Care-Duals VIP (HMO-POS D-SNP) cada año. Usted 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 Medicare Parte A y Medicare Parte B
- -- 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 están físicamente ubicadas en ella.
- -- y -- usted es ciudadano de los Estados Unidos o se encuentra legalmente 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 Altamente Integrado (HIDE, por sus siglas en inglés) para las 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 la recupere dentro de *los seis meses* (6 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 continua considerada).

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 administrar su programa siempre y cuando sigan las pautas federales.

Además, hay programas ofrecidos 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:

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

- **Beneficiario calificado de Medicare (QMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguros 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):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para recibir beneficios completos de Medicaid (SLMB+)).
- **Individuo Calificado (QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Individuos Discapacitados y Trabajadores Calificados (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-Duals VIP (HMO-POS D-SNP)
--------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------

Florida Complete Care-Duals VIP (HMO-POS, 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 tu 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.

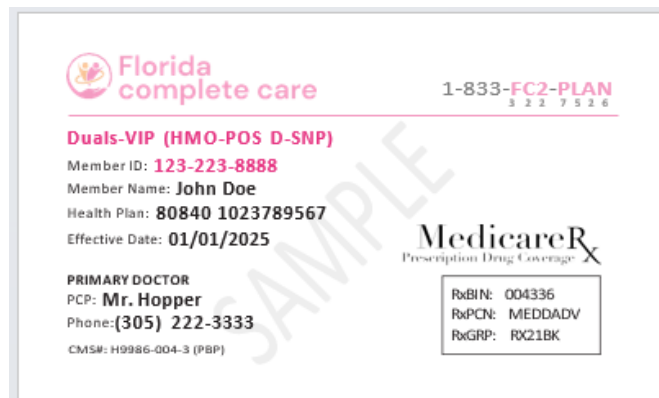
Sección 2.4	Ciudadano de los EE. UU. o presencia legal
--------------------	---------------------------------------------------

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-Duals VIP (HMO-POS D-SNP) si usted no es elegible para seguir siendo miembro por este motivo. Florida Complete Care-Duals VIP (HMO-POS 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 hay un ejemplo de tarjeta de membresía para mostrarle cómo se verá la suya:



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 de membresía de Florida Complete Care-Duals VIP (HMO-POS D-SNP), es posible que deba 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.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Sección 3.2 Directorio de proveedores

El *Directorio de Proveedores* enumera nuestros proveedores de red actuales y 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 en su totalidad.

¡En 2025, Florida Complete Care ofrecerá la opción de Punto de Servicio para ver Servicios de Médicos Especialistas en todo el estado de Florida! Estos especialistas pueden ser proveedores dentro o fuera de la red sin costo adicional para usted.

La lista más reciente de proveedores y proveedores también está disponible en nuestro sitio web en www.FC2healthplan.com.

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 dentro de los tres días hábiles.

Sección 3.3 Directorio de Farmacias

El *Directorio de Farmacias* FC2healthplan.com enumera las farmacias de nuestra red. **Las farmacias** de la red son todas las farmacias que han acordado surtir las 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 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-Duals VIP (HMO-POS 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-Duals VIP (HMO-POS D-SNP).

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

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

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 Sus costos mensuales para Florida Complete Care-Duals VIP (HMO-POS 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)
- Multa por inscripción tardía de la Parte D (Sección 4.4)
- Monto Mensual Ajustado Relacionado con los Ingresos (Sección 4.5)
- Monto del plan de pago de medicamentos recetados de Medicare (Sección 4.6)

Sección 4.1 Prima del plan

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

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare**Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare**

Algunos miembros deben 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-Duals VIP (HMO-POS D-SNP), Medicaid paga su prima de la Parte A (si no califica para ella automáticamente) y su prima de la Parte B.

Si Florida 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 para 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 estado de doble elegibilidad, pero si pierde su estado de doble elegibilidad, puede incurrir en un

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

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 de medicamentos recetados acreditable 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 estuvo 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 la Administración de Salud de Veteranos (VA). 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:** Los siguientes *no son* cobertura de medicamentos recetados acreditable: 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 su inscripción en un plan de medicamentos de Medicare, después de ser 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 tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será del 14%.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio de los planes de medicamentos de Medicare en el país con respecto al año anterior. Para 2025, este monto promedio de prima es de \$20.30.
- 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% por 20,30 dólares, lo que equivale a 2,842 dólares. Esto se redondea a \$2.90. Esta

cantidad se agregaría **a la prima mensual para alguien con una multa por inscripción tardía de la Parte D.**

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

- Primero, **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, la 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 la 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 en la que se indique que tiene que 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.

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 dos años. Si esta cantidad está por encima de cierta cantidad, pagará el monto 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 le cancelará su inscripción en el plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.**

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Si no está de acuerdo con 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 4.5	Monto del plan de pago de medicamentos recetados de Medicare
--------------------	---------------------------------------------------------------------

Si participa en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare, cada mes pagará la prima de su plan (si tiene uno) y recibirá una factura de su plan de salud o de medicamentos por sus medicamentos recetados (en lugar de pagar a la farmacia). Su factura mensual se basa en lo que debe por cualquier medicamento recetado que reciba, más el saldo del mes anterior, dividido por la cantidad de meses que quedan en el año.

En el Capítulo 2, Sección 7 se explica más sobre el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare. Si no está de acuerdo con el monto facturado como parte de esta opción de pago, puede seguir los pasos del Capítulo 9 para presentar una queja o apelación.

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

Sección 5.2	¿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 suceder si usted se vuelve 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, podría dejar de pagar su multa.
- Si pierde la "Ayuda Adicional", puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía si pasa 63 días o más seguidos sin la Parte D u otra cobertura de medicamentos recetados acreditable.

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

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

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, su dirección o su 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 para trabajadores 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).

También es importante que se comunique 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 suya sobre cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que tenga. Esto se debe a que debemos coordinar cualquier otra

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

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 que enumere 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 está en la lista, llame a Servicios para Miembros. Es posible que deba proporcionar su número de identificación de miembro del plan a sus otras aseguradoras (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen 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 principal 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 principal. 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 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 en función de 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 empleador múltiple que tiene más de 100 empleados.
 - Si usted tiene más de 65 años y usted o su cónyuge o pareja de hecho todavía están 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 ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de que sea elegible para Medicare.

Estos tipos de cobertura generalmente 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 para 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 Florida Complete Care-Duals VIP (HMO-POS D-SNP)

Contactos

(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-Duals VIP (HMO-POS 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 el Día de 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 ofrece servicios gratuitos de interpretación de idiomas 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 el Día de 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>
FAX	<p>305-402-8178</p>
ESCRIBIR	<p>Florida Complete Care Apartado de correos 667870 Miami, Florida 33166</p>
SITIO WEB	<p>www.FC2healthplan.com</p>

Capítulo 2 Primeros pasos como miembro**Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura o una apelación 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 el Día de 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	305-402-8178
ESCRIBIR	Florida Complete Care Apartado de correos 667870 Miami, Florida 33166
SITIO WEB	www.FC2healthplan.com

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 el Día de 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.

Capítulo 2 Primeros pasos como miembro

Método	Apelaciones para Atención Médica – Información de Contacto
TTY	711 El horario es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana (excepto el Día de 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	1-800-765-3695
ESCRIBIR	Las solicitudes de apelación se pueden enviar por correo postal o electrónico a las direcciones abajo: Atención Completa de Florida- Apelaciones Apartado de correos 668170 Miami, Florida 33166 Correo electrónico: Appeals@FC2healthplan.com

Método	Decisiones de cobertura y apelaciones para atención médica o medicamentos recetados de la Parte D - Información de contacto
LLAMAR	1-855-344-0930 Las llamadas a este número son gratuitas. 24 horas al día, 7 días a la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. 24 horas al día, 7 días a la semana.
FAX	1-855-633-7673
ESCRIBIR	Autorización previa de CVS Caremark Apartado de correos 52000 MC109 Phoenix, AZ 85072-2000

Método	Apelaciones para medicamentos recetados de la Parte D – Información de contacto
LLAMAR	1-855-344-0930

Capítulo 2 Primeros pasos como miembro

Método	Apelaciones para medicamentos recetados de la Parte D – Información de contacto
	Las llamadas a este número son gratuitas. 24 horas al día, 7 días a la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. 24 horas al día, 7 días a la semana.
FAX	1-855-633-7673
ESCRIBIR	Las solicitudes de apelación se pueden enviar por correo a la siguiente dirección: Apelaciones de CVS Caremark Parte D Apartado de correos 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 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 una 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 el Día de 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 el Día de 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 Apartado de correos 668800 Miami, Florida 33166 Correo electrónico: Grievance@FC2healthplan.com
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre Florida Complete Care-Duals VIP (HMO-POS D-SNP) directamente a Medicare. Para presentar una queja en línea ante Medicare, vaya a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Método	Quejas sobre los medicamentos recetados de la Parte D - Información de contacto
LLAMAR	1-844-740-0625 Las llamadas a este número son gratuitas. 24 horas al día, 7 días a la semana.

Capítulo 2 Primeros pasos como miembro

Método	Quejas sobre los medicamentos recetados de la Parte D - Información de contacto
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. 24 horas al día, 7 días a la semana.
FAX	1-800-887-2838
ESCRIBIR	Departamento de Quejas de CVS Caremark Medicare Parte D Apartado Postal 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 una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*) para obtener más información.

Capítulo 2 Primeros pasos como miembro

Método	Solicitudes de pago médico - 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 el Día de 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 el Día de 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 Reclamaciones Apartado de correos 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	Apartado postal 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. 24 horas al día, 7 días a 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	www.Medicare.gov 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 Primeros pasos como miembro

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-Duals VIP (HMO-POS D-SNP):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informe a Medicare sobre su queja: Puede presentar una queja sobre Florida Complete Care-Duals VIP (HMO-POS D-SNP) directamente a Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, vaya a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma en serio sus quejas y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare. <p>Si no tiene una computadora, su biblioteca local o centro para personas mayores puede 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 la revisarán 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 de Seguro de Salud (ayuda, información y respuestas gratuitas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa Estatal de Asistencia con Seguro de Salud (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa gubernamental con asesores 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.

BRILLAR Los asesores pueden ayudarlo a comprender sus derechos de Medicare, ayudarlo a presentar quejas sobre su atención o tratamiento médico y ayudarlo a solucionar problemas con sus facturas de Medicare. **BRILLAR** Los asesores también pueden ayudarlo con preguntas o problemas de Medicare y ayudarlo a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

Capítulo 2 Primeros pasos como miembro**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)
- Seleccione su **ESTADO** de la lista. 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 8 a.m. a 5 p.m., hora local, de lunes a viernes
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 de Mejora de la Calidad

Hay 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 Acentra Health (anteriormente KEPRO).

Acentra Health (anteriormente KEPRO) tiene un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a los que Medicare les paga para verificar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Acentra Health (anteriormente KEPRO) es una organización independiente. No está relacionado con nuestro plan.

Debe comunicarse con Acentra Health (anteriormente KEPRO) en cualquiera de estas situaciones:

- Tiene una queja sobre la calidad de la atención que ha recibido.

Capítulo 2 Primeros pasos como miembro

- Cree que la cobertura de su estadía en el hospital termina demasiado pronto.
- Cree que la cobertura de su atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés) está terminando demasiado pronto.

Método	Organización de Mejora de la Calidad de Acentra Health (anteriormente KEPRO) - 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	Acentra Health (anteriormente KEPRO) 5201 W. Kennedy Blvd., Suite 900 Tampa, FL 33609
SITIO WEB	https://www.acentraqio.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 recibe 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 un ingreso más alto. 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 comunique con el Seguro Social para informarles.

Capítulo 2 Primeros pasos como miembro

Método	Seguro Social – Información de Contacto
LLAMAR	<p>1-800-772-1213</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Disponible de 8:00 am a 7:00 pm, de lunes a viernes.</p> <p>Puede utilizar los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información registrada y realizar algunas actividades comerciales las 24 horas del día.</p>
TTY	<p>1-800-325-0778</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Disponible de 8:00 am a 7:00 pm, de lunes a viernes.</p>
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. Algunas personas con Medicare también son elegibles para Medicaid. Los programas ofrecidos a través de Medicaid ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como sus primas de Medicare. Estos **Programas de Ahorros de Medicare** incluyen:

- **Beneficiario calificado de Medicare (QMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguros 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):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para recibir beneficios completos de Medicaid (SLMB+)).
- **Individuo Calificado (QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Individuos Discapacitados y Trabajadores Calificados (QDWI, por sus siglas en inglés):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

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	Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud: Programa Medicaid de Florida - Información de contacto
LLAMAR	1-888-419-3456 8 a.m. - 5 p.m. ET, de lunes a viernes
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 Defensor del Pueblo Estatal de Cuidado a Largo Plazo del Departamento de Asuntos de Ancianos 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 para el Cuidado a Largo Plazo del Departamento de Asuntos de la Tercera Edad - Información de contacto
LLAMAR	850-414-2323 o línea gratuita 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/basics/costs/help/drug-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.

Programa de "Ayuda Adicional" de Medicare

Debido a que usted es elegible para Medicaid, usted 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, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- La Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 8 am y las 7 pm, de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o
- La oficina de Medicaid de su estado (consulte la Sección 6 de este capítulo para obtener información de contacto).

Si cree que está pagando un monto incorrecto de costo compartido 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 le ayudará a obtener la evidencia y le dirá dónde enviarla.
- Cuando recibamos la evidencia que muestre 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 ha cobrado un copago de usted y está asumiendo 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. Comuníquese con Servicios para Miembros si tienes preguntas.

¿Qué sucede si tiene Ayuda Adicional y cobertura de un Programa de Asistencia de Medicamentos para 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 el VIH/SIDA a tener acceso a

Capítulo 2 Primeros pasos como miembro

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 el costo 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 la definición del estado y el estado de no seguro o seguro insuficiente. Si cambia de 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 de Medicamentos para el SIDA (ADAP) es: Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA de Florida al 1-800-352-2437 (1-800-FLA-AIDS) Inglés / 1-800-545-7432 (1-800-545-SIDA) Español / TTY: 1-888-503-7118 o en la web en <http://www.floridahealth.gov/diseases-and-conditions/aids/adap/>.

El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare

El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare es una nueva opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual y puede ayudarlo a administrar los costos de sus medicamentos al distribuirlos en **pagos mensuales que varían a lo largo del año** (de enero a diciembre). **Esta opción de pago puede ayudarlo a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce los costos de sus medicamentos.** La "Ayuda Adicional" de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP, para aquellos que califican, es más ventajosa que la participación en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare. Todos los miembros son elegibles para participar en esta opción de pago, independientemente de su nivel de ingresos, y todos los planes de medicamentos de Medicare y los planes de salud de Medicare con cobertura de medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Póngase en contacto con nosotros o visite Medicare.gov para averiguar si esta opción de pago es adecuada para usted.

Capítulo 2 Primeros pasos como miembro

Método	El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare – 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 el Día de 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 el Día de 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 Apartado de correos 667870 Miami, Florida 33166
SITIO WEB	www.FC2healthplan.com

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.

Capítulo 2 Primeros pasos como miembro

Método	Junta de Jubilación Ferroviaria - Información de contacto
LLAMAR	<p>1-877-772-5772</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
TTY	<p>1-312-751-4701</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.</p> <p>Las llamadas a este número <i>no son</i> gratuitas.</p>
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) 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) si tiene 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 grupo de jubilados, comuníquese con **el administrador de beneficios de ese grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarlo 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 recibir atención médica como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que necesita saber sobre el uso del plan para obtener cobertura de su 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 cubre el plan.

Para obtener detalles sobre qué atención médica está cubierta por nuestro plan, use la tabla de beneficios en el siguiente capítulo, Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, qué está cubierto*).

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

- **Los proveedores** son médicos y otros profesionales de la salud autorizados por el 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 que el plan cubra su atención médica

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

Florida Complete Care-Duals VIP (HMO-POS 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.
- **Usted tiene un proveedor de atención primaria de la red (un PCP, por sus siglas en inglés) que brinda y supervisa su atención.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir

Capítulo 3 Primeros pasos como miembro

un PCP de la red (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 2.1 en este capítulo).

- En la mayoría de las situaciones, el 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 sobre esto, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Puede recibir su atención de un proveedor dentro o fuera de la red** (para obtener más información sobre esto, 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 sobre esto, 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 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 al mismo costo compartido que normalmente paga dentro de la red. Se debe obtener autorización previa del plan antes de buscar atención. En esta situación, cubriremos estos servicios como si hubiera recibido la atención de un proveedor de la red. 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 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. El costo compartido que paga al plan de diálisis nunca puede exceder el costo compartido 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, su costo compartido no puede exceder el costo compartido 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 brinde y supervise su atención

¿Qué es un PCP y qué hace el PCP por usted?

Un médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) es un médico que puede ayudarlo a mantenerse saludable, tratar enfermedades y coordinar su atención con otros proveedores de atención médica. Su PCP (o la oficina del PCP) aparecerá en su tarjeta de identificación de miembro. Si su tarjeta de identificación de miembro no muestra un PCP (o la oficina de PCP), o la que desea usar, comuníquese con nosotros para que podamos actualizar nuestros archivos.

¿Cómo elige a su médico de atención primaria?

Como miembro de Florida Complete Care - In The Community, debe elegir un PCP. Puede hacerlo seleccionando uno de nuestro Directorio de Proveedores o llamando a nuestro Departamento de Servicios para Miembros a los números de teléfono impresos en la contraportada de este folleto.

Cambio de PCP

Usted puede cambiar su 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 necesitan la aprobación de su PCP (como servicios de atención médica en el hogar y equipo médico duradero). El Departamento de 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 asegurará de que el PCP al que desea cambiar acepte nuevos pacientes. El Departamento de 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 recibir 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 mama, mamografías de detección (radiografías de la mama), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos.
- Vacunas inyectables contra la gripe (o vacunas), vacunas contra el COVID-19, vacunas contra la hepatitis B y vacunas contra la neumonía.
- Servicios de emergencia de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red
- Servicios cubiertos por el plan que se necesitan con urgencia, que son servicios que requieren atención médica inmediata y que no son emergencias, siempre que se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan, o que no sea razonable, dado su tiempo, lugar y circunstancias, obtener este servicio de los proveedores de la red con los que tiene contrato el plan. Ejemplos de servicios que se necesitan con urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina médicamente necesarias al proveedor, como los chequeos anuales, no se consideran urgentes, incluso si se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan. Si es posible, llame a Servicios para Miembros antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarlo a organizar su 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 o parte específica 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 darle una referencia para ver a un especialista u otros proveedores de la red del plan. Si está consultando a un especialista de la red para recibir atención, es posible que deba regresar a su PCP para que lo derive a servicios

Capítulo 3 Primeros pasos como miembro

adicionales. Si está recibiendo tratamiento especializado, o si su PCP cree que necesita tratamiento especializado, puede acudir a cualquier especialista de la red para recibir la atención que necesita sin una remisión de su PCP. 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 pasa 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 asegurar, que el tratamiento o las terapias médicamente necesarias que está 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 abandonará su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor que administre su atención.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no se está administrando 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

Florida Complete Care es un plan I-SNP de Punto de Servicio (POS) de HMO que le permitirá la libertad de recibir atención de especialistas **dentro o fuera** de la red de Florida Complete Care para los servicios médicos cubiertos prestados por un doctor en medicina o un doctor en osteopatía. Los servicios de médicos especialistas son servicios profesionales prestados por un médico, incluidos el diagnóstico, la terapia, la cirugía y la supervisión del plan de atención. No se necesita referencia. Consulte el Capítulo 4, Tabla de Beneficios Médicos, donde se puede encontrar información adicional.

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

Sección 3.1 Cómo 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 la salud y la 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 niño por nacer), 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 referencia de su PCP. No es necesario que acuda a un médico de la red. Puede recibir atención médica de emergencia cubierta cuando 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. Esta cobertura es *solo dentro de los EE. UU.*
- **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 está cubierto si tiene una emergencia médica?

¿Qué está cubierto 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 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 urgencias, pensando que su salud está en grave peligro, y el médico puede decir que, después de todo, no se trata de una emergencia médica. Si resulta que no fue una emergencia, siempre y cuando pensara razonablemente que su salud estaba en grave peligro, cubriremos su atención.

Sin embargo, después de que el médico haya dicho que no se trató de 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 la atención adicional.
- – o – La atención adicional que recibe se considera servicios de urgencia y usted sigue las reglas para obtener esta atención urgente (para obtener más información sobre esto, 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 cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata que no sea una emergencia es un servicio que se necesita con urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan, o si no es razonable, dado su tiempo, lugar y circunstancias, obtener este servicio de los proveedores de la red con los que tiene contrato el plan. Ejemplos de servicios que se necesitan con urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas, o brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina médicamente necesarias al proveedor, como los chequeos anuales, no se consideran urgentes, incluso si se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.

Capítulo 3 Primeros pasos como miembro

Un servicio de necesidad urgente 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 proporcionan 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 necesite con urgencia y que obtenga 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 de urgencia ni ningún otro servicio de atención recibida fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

Sección 3.3 **Cómo recibir 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: 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 **Puede pedirnos que paguemos por los servicios cubiertos**

Si ha pagado más que el costo compartido de su plan por servicios cubiertos, o si ha recibido una factura por servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 (*Preguntarnos por una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información sobre qué hacer.

Capítulo 3 Primeros pasos como miembro**Sección 4.2 ¿Qué debe hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan?**

Florida Complete Care-Duals VIP (HMO-POS 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 a Servicios para Miembros cuando desee saber cuánto de su límite de beneficios ya ha utilizado.

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando participa 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 generalmente solicitan 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. Usted 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 si participa en el estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Medicare Original paga la mayoría de los costos de los servicios cubiertos que recibe como parte del estudio. Si nos dice que está 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.

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. Los proveedores que brindan su atención como parte del estudio de investigación clínica *no* necesitan ser parte de la red de proveedores de nuestro plan. Tenga en cuenta que esto no incluye los beneficios de los

Capítulo 3 Primeros pasos como miembro

que nuestro plan es responsable y que incluyen, como componente, un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio. Estos incluyen ciertos beneficios especificados en las determinaciones de cobertura nacional que requieren cobertura con desarrollo de evidencia (NCD-CED) y estudios de exención de dispositivos de investigación (IDE), y pueden estar sujetos a autorización previa y otras reglas del plan.

Si bien no es necesario que obtenga el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, cubierto por Medicare Original para los inscritos en Medicare Advantage, le recomendamos que nos notifique con anticipación cuando elija participar en ensayos clínicos calificados para Medicare.

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

Sección 5.2	Cuando participas 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, entre ellos:

- 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 complicaciones de la nueva atención

Después de que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará el resto. Al igual que con todos los servicios cubiertos, usted no pagará nada por los servicios cubiertos que reciba en el estudio de investigación clínica.

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 se está evaluando en el estudio, 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.
- Artículos y servicios habitualmente proporcionados por los patrocinadores de la investigación de forma gratuita para cualquier participante en el ensayo.

Capítulo 3 Primeros pasos como miembro**¿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 en una institución religiosa no médica

Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa no 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 de atención médica religiosa 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 sea requerido* por ninguna ley federal, estatal o local.
- **El tratamiento médico exceptuado** es la atención médica o el tratamiento que usted recibe que *no es* voluntario o *que es requerido* por la ley federal, estatal o local.

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 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 aplica la siguiente condición:
 - Debe tener una afección médica que le permita recibir servicios cubiertos para atención hospitalaria para pacientes hospitalizados o atención en un centro de enfermería especializada.

Capítulo 3 Primeros pasos como miembro

- – 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 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 de 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 dueñas del equipo después de pagar copagos por el artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de Florida Complete Care-Duals VIP (HMO-POS D-SNP), por lo general, no adquirirá la propiedad de los artículos de DME alquilados, independientemente de 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 realizar 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.

Ejemplo 2: Hizo 12 o menos pagos consecutivos por el artículo en Medicare Original y luego se inscribió en nuestro plan. Usted estaba en nuestro plan, pero no obtuvo la propiedad mientras estaba en nuestro plan. Luego regresa 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-Duals VIP (HMO-POS, 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-Duals VIP (HMO-POS D-SNP) o ya no necesita equipo de oxígeno desde el punto de vista médico, 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 con la misma compañía, lo que requiere que pague copagos durante los primeros 36 meses. Si se une o abandona nuestro plan, el ciclo de cinco años comienza de nuevo.

CAPÍTULO 4:

*Tabla de Beneficios Médicos (lo que
está cubierto)*

SECCIÓN 1 Comprensión de los servicios cubiertos

Este capítulo proporciona una tabla de beneficios médicos que enumera sus servicios cubiertos y muestra cuánto pagará por cada servicio cubierto como miembro de Florida Complete Care-Duals VIP (HMO-POS 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 <i>Usted no paga nada por sus servicios cubiertos</i>

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).

Para comprender la información de pago que le proporcionamos en este capítulo, necesita conocer los tipos de gastos de bolsillo que puede pagar por sus servicios cubiertos.

- **El deducible** es el monto que debe pagar por los servicios médicos antes de que nuestro plan comience a pagar su parte.
- **El copago** es la cantidad fija que usted paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. Usted paga un copago en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de Beneficios Médicos en la Sección 2 le da más información sobre sus copagos).
- **El coseguro** es el porcentaje que usted paga del costo total de ciertos servicios médicos. Usted paga un coseguro en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de Beneficios Médicos en la Sección 2 le da más información sobre su coseguro).

Sección 1.2 <i>¿Cuánto es lo máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare?</i>

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.

Sección 1.3 <i>Nuestro plan también limita sus gastos de bolsillo para ciertos tipos de servicios</i>

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.

Sección 1.4	Nuestro plan no permite que los proveedores le facturen el saldo
--------------------	-------------------------------------------------------------------------

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.

SECCIÓN 2 Utilice la función *Tabla de Beneficios Médicos* para saber qué está cubierto

Sección 2.1	Sus beneficios médicos como miembro del plan
--------------------	-----------------------------------------------------

La Tabla de Beneficios Médicos en las siguientes páginas enumera los servicios que Florida Complete Care-Duals VIP (HMO-POS, D-SNP) cubre 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 deben proporcionarse de acuerdo con las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (incluyendo atención médica, servicios, suministros, equipos y 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.
- Para los nuevos afiliados, su plan de atención coordinada de MA debe proporcionar un período de transición mínimo de 90 días, durante el cual el nuevo plan de MA no puede requerir autorización previa para ningún curso de tratamiento activo, incluso si el curso de tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- 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 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.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (un PCP, por sus siglas en inglés) que proporciona 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 negrita en la Tabla de Beneficios Médicos.
- Si su plan de atención coordinada proporciona la aprobación de una solicitud de

autorización previa para un curso de tratamiento, la aprobación debe ser válida durante el tiempo que sea médicamente razonable y necesario para evitar interrupciones en la atención de acuerdo con los criterios de cobertura aplicables, su historial médico y la recomendación del proveedor tratante.

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, incluido Medicaid. Medicaid también cubre los servicios que Medicare no cubre, como la atención a largo plazo, los medicamentos de venta libre, 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 2025*. 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 bajo Medicare Original, también cubrimos el servicio sin costo para usted.
- Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio nuevo durante 2025, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
- Este plan incluye tanto los beneficios de Medicare como algunos beneficios de Medicaid que no se ofrecen bajo Medicare.
- La tabla de beneficios médicos a continuación enumera todos los beneficios de Medicare y los beneficios adicionales de Medicaid que están cubiertos.
- Si se encuentra dentro del período de 3 meses de nuestro plan de elegibilidad continua, continuaremos brindando todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. Sin embargo, durante este período, es posible que esté sujeto a las primas de la Parte D y a los costos compartidos de la Parte D en función de su nivel de "Ayuda Adicional". Además, según su nivel de elegibilidad para Medicaid de Florida, también puede ser responsable de las primas de la Parte A y/o la Parte B de Medicare. Los montos de costos compartidos del plan para los beneficios básicos y complementarios de Medicare no cambian durante este período.

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.

Información importante sobre los beneficios para los afiliados con enfermedades crónicas

Si se le diagnostica la(s) siguiente(s) afección(es) crónica(s) identificada(s) a continuación y cumple con ciertos criterios, puede ser elegible para recibir beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos.

Diabetes

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)

Insuficiencia cardíaca congestiva (ICC)

Paciente con accidente cerebrovascular anterior

Hipertensión

Enfermedad de las arterias coronarias

Trastornos del estado de ánimo

Artritis reumatoide

Demencia


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 qué beneficios puede recibir.









Verás 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 Una ecografía de detección de una sola vez para personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene una referencia para ello de su médico, asistente médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínica.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta evaluación preventiva.</p> <p>No se requiere autorización.</p>
<p>Acupuntura para el dolor lumbar crónico Los servicios cubiertos incluyen: Hasta 12 visitas en 90 días están cubiertas para los beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias: A los efectos de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como:</p> <ul style="list-style-type: none"> que dure 12 semanas o más; 	<p>Pagas \$0</p> <p>No se requiere autorización.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • inespecífica, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no está asociada a enfermedades metastásicas, inflamatorias, infecciosas, etc.); • no se asocia con 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: 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. Los asistentes médicos (PA), las enfermeras practicantes (NP)/especialistas en enfermería clínica (CNS) (según se identifican 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 vigente, 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>Acupuntura para el dolor lumbar crónico (continuación) El personal auxiliar que proporciona acupuntura debe estar bajo el nivel adecuado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS requerido por nuestras regulaciones en 42 CFR §§ 410.26 y 410.27.</p>	<p>No se requiere autorización.</p>
<p>Servicios de ambulancia 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 condición médica es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de</p>	<p>Pagas \$0 Se requiere autorización previa para todos los viajes, excepto para</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>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>aquellos que son de emergencia</p>
<p> Visita anual de bienestar Si has recibido la Parte B durante más de 12 meses, puedes solicitar una visita anual de bienestar para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado basado en tu salud actual y tus factores de riesgo. Esto se cubre una vez cada 12 meses. Nota: Su primera visita anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses posteriores a su <i>visita preventiva de Bienvenido a Medicare</i>. Sin embargo, no es necesario que haya tenido una visita de <i>bienvenida a Medicare</i> para estar cubierto para las visitas anuales de bienestar después de haber recibido la Parte B durante 12 meses.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la visita anual de bienestar.</p> <p>No se requiere autorización.</p>
<p> Medición de la masa ósea 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 mayor 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 coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.</p> <p>No se requiere autorización.</p>
<p> Pruebas de detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía inicial entre los 35 y los 39 años • Una mamografía de detección cada 12 meses para las mujeres de 40 años o más • Exámenes clínicos de mama una vez cada 24 meses 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para las mamografías de detección cubiertas.</p> <p>No se requiere autorización.</p>
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y asesoramiento están cubiertos para los miembros que cumplen con ciertas</p>	<p>Pagas \$0</p> <p>Se requiere autorización previa y referencia.</p>




Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>condiciones con una referencia médica. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que suelen ser más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p>	
<p> Visita de reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para la enfermedad cardiovascular) Cubrimos una visita al año con su médico de atención primaria para ayudar a reducir el 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 coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de enfermedades cardiovasculares de terapia conductual intensiva.</p> <p>No se requiere autorización.</p>
<p> Pruebas de enfermedades cardiovasculares 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 coseguro, copago ni deducible para las pruebas de enfermedades cardiovasculares que se cubren una vez cada 5 años.</p> <p>No se requiere autorización.</p>
<p> Pruebas de detección de cáncer de cuello uterino y vagina 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 prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los exámenes preventivos de Papanicolaou y pélvicos cubiertos por Medicare.</p> <p>No se requiere autorización.</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</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> Pruebas de detección de cáncer colorrectal</p> <p>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 se cubre una vez cada 120 meses (10 años) para los pacientes que no tienen un riesgo alto, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para los pacientes que no tienen un riesgo alto de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para los 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 los pacientes que no están en alto riesgo después de que el paciente recibió una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para los 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 sanguíneos para pacientes de 45 a 85 años de edad y que no cumplen con criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Enema de bario como alternativa a la colonoscopia para pacientes con riesgo alto 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 prueba de detección, enema de bario o sigmoidoscopia flexible de detección. 	Pagas \$0
<p> Pruebas de detección de cáncer colorrectal (continuación)</p> <p>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 arroja un resultado positivo.</p>	Se requiere autorización previa.

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 Dentales</p> <p>En general, los servicios dentales preventivos (como limpieza, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Medicare Original. Sin embargo, Medicare actualmente paga por los servicios dentales en un número limitado de circunstancias, específicamente cuando ese servicio es una parte integral del tratamiento específico de la afección médica primaria de un beneficiario. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, extracciones dentales realizadas en preparación para el tratamiento con radiación para el cáncer que involucra la mandíbula o exámenes orales antes del trasplante de riñón. Además, cubrimos:</p>							
Servicios dentales Cont.	<p>Pagas \$0</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>						
<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="212 926 472 999">ID del segmento final de 2025: 001</th> <th data-bbox="477 926 737 999">ID de segmento final de 2025: 002</th> <th data-bbox="742 926 1031 999">ID del segmento final de 2025: 003</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="212 1005 472 1102">\$1,165.00 por trimestre/\$4,660.00 por año</td> <td data-bbox="477 1005 737 1102">\$1,095.00 por trimestre/\$4,380.00 por año</td> <td data-bbox="742 1005 1031 1102">\$1,025.00 por trimestre/\$4,100.00 por año</td> </tr> </tbody> </table>	ID del segmento final de 2025: 001	ID de segmento final de 2025: 002	ID del segmento final de 2025: 003	\$1,165.00 por trimestre/\$4,660.00 por año	\$1,095.00 por trimestre/\$4,380.00 por año	\$1,025.00 por trimestre/\$4,100.00 por año	
ID del segmento final de 2025: 001	ID de segmento final de 2025: 002	ID del segmento final de 2025: 003					
\$1,165.00 por trimestre/\$4,660.00 por año	\$1,095.00 por trimestre/\$4,380.00 por año	\$1,025.00 por trimestre/\$4,100.00 por año					
<p><i>Este beneficio se administra trimestralmente. Este beneficio se transfiere si no se usa durante el trimestre. Consulte la tabla anterior para conocer el máximo anual por área de segmento.</i></p>							
<p><i>Servicios dentales preventivos:</i></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><i>Servicios dentales integrales:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de diagnóstico • Servicios Restaurativos • Endodoncia • Periodoncia • Extracciones 							
<p><i>Prostodoncia, Otras Cirugías Orales/Maxilofaciales, Otras Servicios</i></p>							


Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Pruebas de detección de depresión Cubrimos una prueba de detección de depresión por año. La prueba de detección debe realizarse en un entorno de atención primaria que pueda proporcionar tratamiento de seguimiento y/o derivaciones.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para una visita anual de detección de depresión.</p> <p>No se requiere autorización.</p>
<p> Pruebas de detección de diabetes 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 azúcar alta en la sangre (glucosa). Las pruebas también pueden estar cubiertas si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes. Puede ser elegible para hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses después de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.</p> <p>No se requiere autorización.</p>
<p> Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos 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, dispositivos de lanceta y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y los monitores. • Para las 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 de profundidad y tres pares de insertos (sin incluir los insertos removibles no personalizados proporcionados con dichos zapatos). La cobertura incluye el ajuste. 	<p>Pagas \$0</p> <p>No se requiere autorización.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta bajo ciertas condiciones. 	
<p>Equipos médicos duraderos (DME) y suministros relacionados</p> <p>(Para una definición de equipo médico duradero, consulte el Capítulo 12 y el Capítulo 3, Sección 7 de este documento). 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 usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de voz, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p>	<p>Pagas \$0</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (continuación)</p> <p>Por lo general, Florida Complete Care-Duals VIP (HMO-POS D-SNP) 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 adecuada para sus necesidades médicas. Sin embargo, si es nuevo en Florida Complete Care-Duals VIP (HMO-POS D-SNP) y está utilizando 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 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>	

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 de urgencias 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>Pagas \$0</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención hospitalaria después de que se estabilice su condición de emergencia, debe tener su atención hospitalaria en el hospital fuera de la red autorizada por el plan y su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p>
<p>Atención de urgencias (continuación) 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 niño por nacer), 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. Los costos compartidos para los servicios de emergencia necesarios prestados fuera de la red son los mismos que para los servicios prestados dentro de la red. Solo cubierto dentro de los EE. UU.</p>	<p>No se requiere autorización.</p>
<p>Servicios auditivos Las evaluaciones diagnósticas de la audición y el equilibrio realizadas por su PCP para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención ambulatoria cuando son proporcionadas por un médico, audiólogo u otro proveedor calificado. También cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes auditivos de rutina 	<p>Pagas \$0</p> <p>No se requiere autorización.</p>


Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Adaptación/Evaluación de audífonos • Beneficio máximo \$1000 por año 	
<p>Ayuda con ciertas afecciones crónicas</p> <p>Beneficios de la flexibilidad de la uniformidad de MA Los miembros que han sido diagnosticados por un proveedor del plan con una o más afecciones crónicas identificadas y cumplen con ciertos criterios que se detallan a continuación, pueden ser elegibles para beneficios suplementarios específicos:</p> <p>Cuidado Avanzado en el Hogar que cubre las siguientes condiciones crónicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diabetes • Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) • Insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) • Paciente con accidente cerebrovascular anterior • Hipertensión • Enfermedad de las arterias coronarias • Trastornos del estado de ánimo • Artritis reumatoide • Demencia <p>El beneficio de Specialty House Calls cubre la atención médica en el hogar del miembro que no está cubierta por Medicare cuando un médico lo considera médicamente apropiado según el estado de salud del miembro, para proporcionar una alternativa a recibir o continuar recibiendo la atención aguda que un miembro necesita en un hospital.</p> <p>Un miembro puede ser referido a uno de los proveedores hospitalarios de atención especializada en el hogar contratados por Florida Complete Care para recibir los siguientes servicios hospitalarios no cubiertos por Medicare en el hogar.</p>	<p>Pagas \$0</p> <p>Autorización requerida</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Los servicios hospitalarios en el hogar permiten que ciertos servicios de atención médica se brinden fuera de un entorno hospitalario tradicional y dentro del hogar de los miembros.</p> <p>La atención comienza después de que un proveedor contratado haya evaluado y determinado que el miembro es elegible, y el proveedor contratado remita al miembro.</p> <p>El proveedor contratado por FC2 tendrá en cuenta los criterios de elegibilidad del miembro, incluidas las condiciones médicas y la ubicación geográfica.</p> <p>No se requiere una visita a la sala de emergencias ni a un paciente hospitalizado para comenzar el tratamiento.</p> <p>El miembro recibirá tratamiento y monitoreo en el hogar por parte de un equipo de proveedores durante un período de atención de hasta 30 días.</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 embarazadas, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Hasta tres exámenes de detección durante el embarazo	
<p>Atención de agencias de salud en el hogar</p> <p>Antes de recibir servicios de atención médica en el hogar, un médico debe certificar que usted necesita servicios de atención médica en el hogar y ordenará que los servicios de atención médica en el hogar sean proporcionados por una agencia de atención médica en el hogar. Debes 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	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para las pruebas de detección preventivas del VIH cubiertas por Medicare.</p> <p>No se requiere autorización.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>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)</p> <ul style="list-style-type: none">• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla• Servicios médicos y sociales• Equipos y suministros médicos	
<p>Terapia de infusión en el hogar 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 medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, tubos y catéteres). 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>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Cuidados paliativos Usted es elegible para el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le han dado un 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. Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Medicamentos para el control de los síntomas y el alivio del dolor• Cuidado de relevo a corto plazo• Cuidado 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 que están relacionados con su pronóstico terminal: 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.</u></p>	<p>Pagas \$0</p> <p>Se requiere autorización previa</p>
<p>Cuidados paliativos (continuación) <u>Para servicios que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no están relacionados con su pronóstico terminal:</u> Si necesita servicios que no sean de emergencia y que no se necesiten con urgencia y 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 utiliza 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 para los servicios dentro de la red	<p>Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, 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-Duals VIP (HMO-POS D-SNP).</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
<ul style="list-style-type: none"> • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, paga el costo compartido bajo el Medicare de pago por servicio (Medicare Original) <p><u>Para los servicios que están cubiertos por Florida Complete Care-Duals VIP (HMO-POS D-SNP pero que no están cubiertos por la Parte A o B de Medicare:</u> Florida Complete Care-Duals VIP (HMO-POS D-SNP 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 hospicio, usted paga costos compartidos. Si están relacionados con su afección terminal de cuidados paliativos, entonces 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 estén 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>	
 Vacunas Los servicios cubiertos de la Parte B de Medicare incluyen: <ul style="list-style-type: none"> • Vacunas contra la neumonía • Vacunas inyectables contra la influenza/influenza (o vacunas), una vez cada temporada de influenza en otoño e invierno, con vacunas inyectables adicionales contra la influenza/influenza (o vacunas) si es médicamente necesario • Vacunas contra la hepatitis B si tiene un riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • Vacunas contra el COVID-19 	Se requiere autorización previa

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"> Otras vacunas si está en riesgo y cumplen con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare <p>También cubrimos la mayoría de las otras vacunas para adultos bajo nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte D. Consulte el Capítulo 6, Sección 8 para obtener información adicional.</p>	
<p>Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados</p> <p>Incluye hospitales para pacientes hospitalizados agudos, 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 como paciente hospitalizado.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:</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 quirúrgicos y médicos necesarios Uso de electrodomésticos, como sillas de ruedas Costos de la sala de operaciones y recuperación Terapia física, ocupacional y del habla y el lenguaje <p>Servicios para pacientes hospitalizados con trastornos por consumo de sustancias</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe/influenza, la hepatitis B y el COVID-19.</p> <p>No se requiere autorización.</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: córnea, riñón, riñón-páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinal/multivisceral. Si necesita un 	Pagas \$0


Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>trasplante, haremos los arreglos necesarios 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 que los proveedores de trasplantes locales estén dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare Original. Si Florida Complete Care-Duals VIP (HMO-POS D-SNP) brinda servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y 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 te quedas en el hospital toda la noche, es posible que aún se te considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente hospitalizado o ambulatorio, debe preguntar al personal del hospital.</p> <ul style="list-style-type: none">• 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://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.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.	

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de salud mental que requieren hospitalización.</p>	<p>Se requiere autorización previa</p>
<p>Estadía para pacientes hospitalizados: servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una estadía para pacientes hospitalizados no cubiertos Si ha agotado sus beneficios de hospitalización o si la estadía como paciente hospitalizado no es razonable y necesaria, no cubriremos su estadía como paciente hospitalizado.</p>	<p>Pagas \$0</p> <p>Se requiere autorización previa</p>
<p>Estadía de hospitalización: servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una estadía de hospitalización no cubierta (continuación) Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que reciba mientras esté en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:</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 la totalidad o a 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 que funciona o que funciona mal de forma permanente, incluido el reemplazo o las reparaciones 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, pérdidas o cambios en la condición física del paciente • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para los servicios de SNF.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Comidas de preparación para emergencias</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). <p>Comidas posteriores al alta</p> <ul style="list-style-type: none"> Comidas congeladas ofrecidas hasta 14 días después del alta de un SNF o de un entorno hospitalario (2 comidas por día, un total de 28 comidas por año). 	<p>Se requiere autorización previa</p>
<p> Terapia de nutrición médica</p> <p>Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedad renal (renal) (pero no en diálisis) o después de un trasplante de riñón cuando lo refiera su médico.</p> <p>Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento personalizado 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 referencia de un médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar su referencia anualmente si su tratamiento es necesario hasta el próximo año calendario.</p> <ul style="list-style-type: none"> 	<p>Se requiere autorización previa</p>
<p> Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>Los servicios de MDPP estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare en todos los planes de salud de Medicare. 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 coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para los servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare.</p> <p>No se requiere autorización.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare 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, por lo general, no son autoadministrados por el paciente y se inyectan o infunden mientras recibe servicios médicos, ambulatorios de hospital o de centro quirúrgico ambulatorio • Insulina suministrada a través de un equipo médico duradero (como una bomba de insulina medicamento necesaria) • Otros medicamentos que toma usando equipo médico duradero (como nebulizadores) que fueron autorizados por el plan • El medicamento para el Alzheimer, Leqembi®, (nombre genérico lecanemab), que se administra por vía intravenosa. Además de los costos de los medicamentos, es posible que necesite exploraciones y pruebas adicionales antes y/o durante el tratamiento que podrían aumentar sus costos generales. Hable con su médico acerca de las exploraciones y pruebas que puede necesitar como parte de su tratamiento • Factores de coagulación que se administran por inyección si tiene hemofilia 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio de MDPP.</p> <p><i>Algunos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare y otros están cubiertos por Medicare Parte D.</i></p> <p><i>Los medicamentos de la Parte B no cuentan para el límite de cobertura inicial ni para los límites de gastos de bolsillo de la Parte D.</i></p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p> <p><i>Nota: No pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, incluso si no ha pagado su deducible.</i></p>
<p>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trasplantes/Medicamentos inmunosupresores: Medicare cubre la terapia con medicamentos para trasplantes si Medicare pagó por su trasplante de órganos. Debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto, y debe tener la Parte B en el momento en que reciba los medicamentos inmunosupresores. Tenga en cuenta que la cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D) cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre • Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si está confinado en casa, tiene una fractura ósea que un 	<p>Pagas \$0</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>médico certifica que está relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse el medicamento</p> <ul style="list-style-type: none">• Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente instruida (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada• Ciertos medicamentos orales contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que usted toma por vía oral si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un promedicamento (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo ingrediente activo que se encuentra en el medicamento inyectable) del medicamento inyectable. A medida que haya nuevos medicamentos orales para el cáncer disponibles, la Parte B podría cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí• Medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que usa como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes, durante o dentro de las 48 horas posteriores a la quimioterapia o se usan como reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas• Ciertos medicamentos orales para la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés) si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable y el beneficio de ESRD de la Parte B lo cubre• Medicamentos calcimiméticos bajo el sistema de pago ESRD, incluido el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar®• Ciertos medicamentos para la diálisis en el hogar, como la heparina, el antídoto para la heparina, cuando es medicamento necesario, y los anestésicos tópicos	

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none">• Agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina inyectable si tiene enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés) o necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con ciertas otras afecciones (por ejemplo, Epogen□, Procrit□, Retacrit®, Epoetin Alfa, Aranesp, Darbepoetin Alfa, Mircera, o Metoxi polietilenglicol-epoetina beta)• Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento domiciliario de enfermedades de inmunodeficiencia primaria• Nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por sonda) <p>También cubrimos algunas vacunas de nuestra Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos de nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte D.</p> <ul style="list-style-type: none">• El capítulo 5 explica el beneficio de los medicamentos recetados de la Parte D, incluidas las reglas que debe seguir para tener cubiertos los medicamentos recetados. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D a través de nuestro plan se explica en el Capítulo 6.	
<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>Es posible que se apliquen requisitos de autorización previa</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>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la detección y el tratamiento preventivo de la obesidad.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Medicamentos de tratamiento asistido (MAT) agonistas y antagonistas opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés)</p>	Se requiere autorización.
<p>Servicios del programa de tratamiento de opioides (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dispensación y administración de medicamentos MAT (si corresponde) • Consejería sobre trastornos por consumo de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas toxicológicas • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas • 	Pagas \$0
<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. <p>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.</p> <p>Otras pruebas diagnósticas ambulatorias</p>	Se requiere autorización previa
<p>Observación hospitalaria ambulatoria</p> <p>Los servicios de observación son servicios ambulatorios hospitalarios que se brindan para determinar si usted necesita ser admitido como paciente hospitalizado o si puede ser dado de alta.</p>	Pagas \$0

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Para que los servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios 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 licencia estatal y los estatutos del personal del hospital para admitir pacientes en el hospital u ordenar pruebas ambulatorias.</p> <p>Nota: A menos que el proveedor haya escrito 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 te quedas en el hospital toda la noche, es posible que aún se te considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, debe preguntar al personal del hospital.</p> <ul style="list-style-type: none">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://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.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>Es posible que se apliquen requisitos de autorización previa para algunos servicios</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios hospitalarios ambulatorios 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. 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 él • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suministros médicos como férulas y yesos <p>Ciertos medicamentos y productos biológicos que usted no puede administrarse a sí mismo</p>	<p>Pagas \$0</p> <p>Se requiere autorización previa</p>
<p>Servicios hospitalarios ambulatorios (continuación) Nota: A menos que el proveedor haya escrito 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 te quedas en el hospital toda la noche, es posible que aún se te considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, debe preguntar al personal del hospital. 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://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.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>Pagas \$0</p>
<p>Atención ambulatoria de salud mental Los servicios cubiertos incluyen: Servicios de salud mental proporcionados por un psiquiatra o médico con licencia estatal, psicólogo clínico, trabajador social</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>clínico, especialista en enfermería clínica, consejero profesional con licencia (LPC), terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT), enfermero practicante (NP), asistente médico (PA) u otro profesional de la salud mental calificado por Medicare, según lo permitan las leyes estatales aplicables.</p>	
<p>Servicios de rehabilitación ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen: fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y el lenguaje. Los servicios de rehabilitación ambulatoria se brindan en varios entornos ambulatorios, como departamentos ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros Integrales de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF).</p>	<p>Pagas \$0</p> <p>Se requiere autorización previa</p>
<p>Servicios ambulatorios para pacientes ambulatorios relacionados con el trastorno por consumo de sustancias Servicios ambulatorios de abuso de sustancias proporcionados por un estado psiquiatra o médico licenciado, psicólogo clínico, clínico Trabajador social, especialista en enfermería clínica, enfermero practicante asistente médico u otra sustancia calificada por Medicare Abuso profesional según lo permitido por las leyes estatales aplicables.</p>	<p>Pagas \$0</p> <p>La autorización previa es Requerido para algunos servicios</p>
<p>Cirugía ambulatoria, incluidos los servicios prestados en centros hospitalarios ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios Nota: Si se va a someter a una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar con su proveedor sobre 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 costo compartido para la cirugía ambulatoria. Incluso si te quedas en el hospital toda la noche, es posible que aún se te considere un paciente ambulatorio.</p>	<p>Pagas \$0</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
<p>Artículos de venta libre (OTC) Beneficio de la tarjeta Flex</p>	<p>No se requiere autorización</p>



Servicios que están cubiertos para usted		Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Este beneficio se proporciona a través de una tarjeta de débito, que asigna los siguientes montos por mes:</p>		
ID del segmento final de 2025: 001	ID de segmento final de 2025: 002	ID del segmento final de 2025: 003
\$110.00 por mes	\$85.00 por Mes	\$85.00 por Mes
<p>Los montos de OTC no utilizados no se transfieren de un mes a otro. Este beneficio se proporciona a través de una tarjeta de débito.</p> <p>Para pedir artículos cubiertos, puede visitar cualquier sucursal de CVS, hacer pedidos en línea o llamar al 1-855-788-3466.</p>		


Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de médico/profesional profesional, 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 un especialista • Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su médico de atención primaria, si su médico lo ordena para ver si necesita tratamiento médico <p>Ciertos servicios de telesalud, incluidos: servicios de proveedores de atención primaria (PCP) y especialistas; sesiones individuales para servicios especializados en salud mental y servicios psiquiátricos; sesiones individuales para el abuso de sustancias en pacientes ambulatorios; y los servicios que se necesitan con urgencia.</p> <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, tiene la opción de usar un proveedor dentro o fuera de la red que ofrezca el servicio por telesalud. ○ Puede usar un teléfono, una computadora, una tableta u otra tecnología de video. <p>Algunos servicios de telesalud, que incluyen consultas, diagnósticos y tratamientos por parte de un médico o profesional profesional, para pacientes en ciertas áreas rurales u otros lugares aprobados por Medicare</p>	<p>Pagas \$0</p> <p>Cobertura dentro y fuera de la red para especialistas (SOLAMENTE)</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
<p>Servicios de médico/profesional médico, 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 hospitalario o de acceso crítico, un centro de diálisis renal o el hogar del miembro • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación 	<p>Pagas \$0</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none">• 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 Rural y Centros de Salud Calificados Federalmente• Chequeos virtuales (por ejemplo, por teléfono o videollamada) con su médico durante 5 a 10 minutos si:<ul style="list-style-type: none">○ No es un paciente nuevo y○ El registro no está relacionado 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 más pronto posible• Evaluación del video y/o las imágenes que envía a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico dentro de las 24 horas si:<ul style="list-style-type: none">○ No es un paciente nuevo y○ La evaluación no conduce a una visita al consultorio dentro de las 24 horas o a la cita disponible lo más pronto posible <p>Consulta que su médico tiene con otros médicos por teléfono, Internet o historia clínica electrónica</p>	


Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de médico/profesional médico, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none">• Segunda opinión antes de la cirugía• Atención dental no rutinaria (los servicios cubiertos se limitan a la cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, la fijación de fracturas de la mandíbula o los huesos faciales, la extracción de dientes para preparar la mandíbula para los tratamientos de radiación de la enfermedad neoplásica del cáncer o los servicios que estarían cubiertos cuando los proporcionara un médico)• Servicios de telesalud proporcionados por terapeutas ocupacionales (OT), fisioterapeutas (PT), patólogos del habla y el lenguaje (SLP) y audiólogos calificados•	
<p>Servicios de podología 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 en martillo o calcáneos)• Cuidado rutinario de los pies para miembros con ciertas afecciones médicas que afectan las extremidades inferiores <p>También está cubierto por los beneficios complementarios del cuidado de los pies de rutina:</p> <ul style="list-style-type: none">• Seis (6) visitas por año a un especialista de la red. Los servicios complementarios cubiertos incluyen:<ul style="list-style-type: none">• Emparejamiento o corte de lesiones hiperqueratósicas benignas (por ejemplo, callos, verrugas, callos)• Recorte o desbridamiento de uñas	<p>No se requiere autorización.</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)	


Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
	<p>Pagas \$0</p> <p>Se requiere autorización previa</p> <p>Cuidado rutinario de los pies 0 \$</p> <p>No se requiere autorización previa para el cuidado rutinario de los pies</p>
<p>Dispositivos protésicos y ortopédicos y suministros relacionados</p> <ul style="list-style-type: none"> Dispositivos (que no sean dentales) que reemplazan la totalidad o parte de una parte o función del cuerpo. Estos incluyen, entre otros, pruebas, adaptación o capacitación en el uso de dispositivos protésicos y ortopédicos; así como: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, zapatos protésicos, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con dispositivos protésicos y ortopédicos, y reparación y/o reemplazo de dispositivos protésicos y ortopédicos. También incluye cierta cobertura después de la extirpación de cataratas o la cirugía de cataratas; consulte Cuidado de la vista más adelante en esta sección para obtener más detalles. 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para una prueba anual de PSA.</p> <p>No se requiere autorización.</p>
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar 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</p>	<p>Pagas \$0</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>derivación para rehabilitación pulmonar del médico que trata la enfermedad respiratoria crónica.</p>	<p>Se requiere autorización previa</p>
<p> Pruebas de detección y asesoramiento para reducir el abuso del alcohol 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. Si el resultado de la prueba de detección del 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>Pagas \$0</p> <p>Se requiere autorización previa</p>
<p> Detección del cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) Para las personas calificadas, se cubre un LDCT cada 12 meses. 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 un historial 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 de LDCT durante una visita de asesoramiento para la detección del cáncer de pulmón y toma de decisiones compartida que cumple con los criterios de Medicare para dichas visitas y que es proporcionada por un médico, o Practicante no médico calificado.</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 debe recibir una orden para la 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 elige brindar asesoramiento sobre las pruebas de detección de cáncer de pulmón y una visita compartida para la toma de decisiones para las pruebas de detección de cáncer de</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de detección y asesoramiento cubierto por Medicare para reducir el abuso del alcohol.</p> <p>No se requiere autorización.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>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 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. También cubrimos hasta dos sesiones individuales de asesoramiento conductual de alta intensidad de 20 a 30 minutos cara a cara 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 coseguro, copago ni deducible para la visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida cubierta por Medicare ni para el LDCT.</p> <p>No se requiere autorización.</p>



Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios para tratar la enfermedad renal Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de educación sobre la enfermedad renal para enseñar el cuidado del riñón 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 educativos sobre la enfermedad renal por vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando se está 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) • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si ingresa como paciente hospitalizado en un hospital para recibir cuidados especiales) • Capacitación en autodiálisis (incluye capacitación para usted y para 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 la diálisis en el hogar, ayudar en emergencias y revisar el equipo de diálisis y el 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>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio de detección de ITS cubierto por Medicare y asesoramiento para el beneficio preventivo de ITS.</p> <p>No se requiere autorización.</p>
<p>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (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, pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales 	<p>Pagas \$0</p> <p>No hay coaseguro, copago o deducible para la educación sobre la enfermedad renal cubierta por Medicare</p>


Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> Servicios de enfermería especializada Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla 	<p>Se requiere autorización previa</p>
<p>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> Medicamentos que se le administran como parte de su plan de atención (esto incluye sustancias que están presentes naturalmente 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 electrodomésticos, como sillas de ruedas, que normalmente proporcionan los SNF Servicios de Médico/Practicante <p>Por lo general, recibirá su atención de SNF en los centros de la red. Sin embargo, bajo ciertas condiciones que se enumeran a continuación, es posible que pueda obtener su 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) <p>Un SNF en el lugar donde vive su cónyuge o pareja de hecho en el momento en que usted sale del hospital</p>	<p>Pagas \$0</p>
<p> Dejar de fumar y fumar (asesoramiento para dejar de fumar o de fumar)</p> <ul style="list-style-type: none"> <u>Si consume tabaco, pero no tiene signos ni síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco:</u> Cubrimos dos 	<p>Se requiere autorización previa</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>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> Dejar de fumar y fumar (asesoramiento para dejar de fumar o de fumar) (continuación) <u>Si consume tabaco y le han 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> <ul style="list-style-type: none"> • 	<p>No hay coseguro, 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 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); Trastornos hematológicos graves; VIH/SIDA; Trastornos pulmonares crónicos; Condiciones de salud mental crónicas e incapacitantes; Trastornos neurológicos; Golpe. No todos los miembros califican.</p> <p>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.</p> <p>El beneficio de Comidas Médicamente Personalizadas (SSBCI)** incluye comidas congeladas adaptadas específicamente a las necesidades o restricciones dietéticas del miembro durante un máximo de 30 días (3 comidas por día, un total de 90 comidas por año).</p>	<p>No se requiere autorización.</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>Asistencia para Alimentos Saludables (SSBCI, por sus siglas en inglés) ** El beneficio incluye montos inferiores al mes para la compra de alimentos saludables en las tiendas participantes. El beneficio no utilizado no se transfiere de un mes a otro. Este beneficio se ofrece a través de una tarjeta de débito.</p> <table border="1" data-bbox="207 583 1040 747"> <thead> <tr> <th data-bbox="207 583 475 667">ID del segmento final de 2025: 001</th> <th data-bbox="475 583 748 667">ID de segmento final de 2025: 002</th> <th data-bbox="748 583 1040 667">ID del segmento final de 2025: 003</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="207 667 475 747">\$210.00 por mes</td> <td data-bbox="475 667 748 747">\$185.00 por mes</td> <td data-bbox="748 667 1040 747">\$170.00 por mes</td> </tr> </tbody> </table> <p>Caja de productos frescos (SSBCI)** El beneficio incluye para los miembros calificados una caja de productos frescos entregada una vez al mes durante tres meses después de la finalización de los 30 días de comidas congeladas.</p>	ID del segmento final de 2025: 001	ID de segmento final de 2025: 002	ID del segmento final de 2025: 003	\$210.00 por mes	\$185.00 por mes	\$170.00 por mes	
ID del segmento final de 2025: 001	ID de segmento final de 2025: 002	ID del segmento final de 2025: 003					
\$210.00 por mes	\$185.00 por mes	\$170.00 por mes					
<p>Terapia de ejercicio supervisado (SET) SET está cubierto para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica (EAP) sintomática. Se cubren hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa SET. 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 llevará 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 ejercicio 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 de soporte vital básicas y avanzadas. <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>						

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios que se necesitan con urgencia Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata que no sea una emergencia es un servicio que se necesita con urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan, o incluso si se encuentra dentro del área de servicio del plan, no es razonable, dado su tiempo, lugar y circunstancias, obtener este servicio de los proveedores de la red con los que tiene contrato el plan. Su plan debe cubrir los servicios que se necesitan con urgencia y solo cobrarle costos compartidos dentro de la red. Ejemplos de servicios que se necesitan con urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas, o brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina médicamente necesarias al proveedor, como los chequeos anuales, no se consideran urgentes, incluso si se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.</p>	<p>Pagas \$0</p> <p>Se requiere autorización previa</p>
<p> Cuidado de la vista 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) para anteojos/lentes de contacto <p>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 las personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas con diabetes, los afroamericanos de 50 años o más y los hispanoamericanos de 65 años o más</p>	<p>Pagas \$0</p> <p>No se requiere autorización</p>
<p> Cuidado de la vista (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para las personas con diabetes, las pruebas de detección de la retinopatía diabética se cubren una vez al año • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la inserción de una 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). <p>Cubierto hasta \$400.00 por año calendario</p>	<p>Pagas \$0</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Bienvenido a la visita preventiva de Medicare El plan cubre la visita preventiva de <i>Bienvenido a Medicare por única vez</i>. La visita incluye una revisión de su salud, así como educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidos ciertos exámenes de detección e inyecciones (o vacunas)), y referencias para otros cuidados si es necesario.</p> <ul style="list-style-type: none">• 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, infórmele al consultorio de su médico que desea programar su <i>visita preventiva</i> de bienvenida a Medicare.	<p>Se requiere autorización previa</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para la <i>visita preventiva</i> de Bienvenido a Medicare.</p>

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

Sección 3.1 Servicios *no* Cubierto por Florida Complete Care-Duals VIP (HMO-POS D-SNP)

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

- Cuidado de acompañantes adultos
- Cuidado de la salud diurno 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
- Gestión de la medicación
- 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 (exclusiones)

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: tras la apelación se trata de 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
Acupuntura		<ul style="list-style-type: none"> • Disponible para personas con dolor lumbar crónico bajo ciertas circunstancias.
Cirugía o procedimientos estéticos		<ul style="list-style-type: none"> • Cubierto en casos de una lesión accidental o para mejorar el 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.

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubierto bajo ninguna condición	Cubierto solo bajo condiciones específicas
<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>	<p>No cubierto bajo ninguna condición</p>	
<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 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>	<p>No cubierto bajo ninguna condición</p>	
<p>Atención de enfermería a tiempo completo en su hogar.</p>		<p>Pagas \$0. Servicios de enfermería y asistencia médica proporcionada en su hogar para ayudar</p>

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubierto bajo ninguna condición	Cubierto solo bajo condiciones específicas
Comidas a domicilio		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); 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>
Servicios para el ama de casa, incluida la asistencia básica en el hogar, 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	
Cuidado dental no rutinario		<ul style="list-style-type: none"> • La atención dental requerida para tratar enfermedades o lesiones puede estar cubierta como atención hospitalaria o ambulatoria.

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

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 son parte de un aparato ortopédico para la pierna y están incluidos en el costo del aparato ortopédico. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad del pie diabético.
Artículos personales en su habitación en un hospital o 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 procedimientos de esterilización y/o suministros anticonceptivos sin receta.	No cubierto bajo ninguna condición	
Cuidado quiropráctico de rutina		<ul style="list-style-type: none"> • Se trata de la manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación.
Cuidado dental de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras postizas.	No cubierto bajo ninguna condición	
Exámenes oculares de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otras ayudas para la baja visión.		<ul style="list-style-type: none"> • El examen de la vista y un par de anteojos (o lentes de contacto) están cubiertos para las personas después de la cirugía de cataratas.
Cuidado rutinario de los pies		<ul style="list-style-type: none"> • Algunas coberturas limitadas se proporcionan de acuerdo con las pautas de Medicare (por ejemplo, si tiene diabetes).
Servicios considerados no razonables y necesarios, de acuerdo con los estándares de Medicare Original	No cubierto bajo ninguna condición	

CAPÍTULO 5:

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

D



¿Cómo puede obtener información sobre su medicamento? si está recibiendo "Ayuda Adicional" con los costos de sus medicamentos recetados de la Parte D?

Debido a que usted es elegible para Medicaid, usted 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 el *Anexo de Subsidio para Bajos Ingresos* o el *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 Guía de medicamentos le indica cómo averiguar 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 le recete) 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 preclusión de Medicare.
- Por lo general, debe usar una farmacia de la red para surtir su receta. (Véase la sección 2 de este capítulo.) *O puede surtir su receta 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 de este capítulo.)

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

- 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 respaldado por ciertas referencias. (Consulte la sección 3 de este capítulo para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).
- Es posible que su medicamento requiera aprobación antes de que lo cubriamos. (Consulte la Sección 4 de este capítulo para obtener más información sobre las restricciones de su cobertura).

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 (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 abandona 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 FC2healthplan.com.

¿Y si necesitas una farmacia especializada?

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

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

- 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 lo general, un centro de cuidados a largo plazo (como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia. Si tiene alguna dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, comuníquese con Servicios para Miembros.
- Farmacias que atienden el 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 del proveedor o educación sobre su uso. Para localizar una farmacia especializada, busque en su *FC2healthplan.com de Directorio de Farmacias* o llame a Servicios para Miembros.

Sección 2.3 Usar el servicio de pedidos por correo del plan

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 de forma regular, para una afección médica crónica o a largo plazo. [Los medicamentos que se *no* disponibles a través del servicio de pedidos por correo del plan, están marcados con "NM" en nuestra lista de medicamentos.

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

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo surtir sus recetas por correo, inicie sesión en su cuenta de Caremark.com o llame a Atención al Cliente.

Por lo general, un pedido de farmacia por correo se le entregará en no más de 10 días. Si la farmacia de pedidos por correo espera que el pedido se retrase, le notificarán el retraso. Si necesita solicitar un pedido urgente debido a un retraso en el pedido por correo, puede comunicarse con Atención al cliente para analizar las opciones, que pueden incluir el llenado en una farmacia minorista local o acelerar el método de envío. Proporcione al representante su número de identificación y número(s) de receta(s). Si desea la entrega de sus medicamentos al segundo día o al día siguiente, puede solicitarlo al representante de Atención al Cliente por un cargo adicional.

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

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

- Usted se inscribe para la entrega automática de 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 iniciando sesión en su cuenta de Caremark.com o llamando a Atención al Cliente.

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

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 iniciando sesión en su cuenta de Caremark.com o llamando a Atención al cliente.

Si nunca ha usado 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 el

Resurtidos de recetas de pedidos por correo. Para reabastecer sus medicamentos, tiene la opción de inscribirse en un programa de reposición automática. Bajo este programa, comenzaremos a procesar su próxima reposición automáticamente cuando nuestros registros muestren que debería estar cerca de quedarse sin su medicamento. La farmacia se comunicará con usted antes de enviar cada reposición para asegurarse de que necesite más medicamentos, y puede cancelar las reposiciones programadas si tiene suficiente 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 15 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 las entregas automáticas de nuevos medicamentos recetados recibidos directamente del consultorio de su proveedor de atención médica, comuníquese con nosotros iniciando sesión en su cuenta de Caremark.com o llamando a Atención al Cliente.

Si recibe una recarga 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.

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

(Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que se toman de forma regular, 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 *FC2healthplan.com de 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
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 se 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. 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.

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 accesible de la red o de servicio por correo (incluidos los medicamentos únicos y de alto costo).
- Si usted es evacuado o desplazado de su hogar debido a un desastre federal u otra declaración de emergencia de salud pública.
- Una vacuna o medicamento que se administra en el consultorio del 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 un suministro de medicamentos de hasta 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 el momento en que surta su receta. Puede pedirnos que le reembolsemos. (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 (PDL, por sus siglas en inglés) de Medicaid 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 medicamento se use para una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es un 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 receta, o
- Respaldado por ciertas referencias, como el Servicio de Información de Medicamentos del Servicio de Formulario de Hospitales Americanos y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex.

La lista de medicamentos incluye medicamentos de marca, medicamentos genéricos y productos biológicos (que pueden incluir biosimilares).

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

Un medicamento de marca es un medicamento recetado que se vende bajo un nombre de marca registrada propiedad del fabricante del medicamento. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos típicos. En la Lista de Medicamentos, cuando nos referimos a medicamentos, esto podría significar un medicamento o un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Los productos biológicos tienen alternativas que se llaman biosimilares. Por lo general, los genéricos y los biosimilares funcionan tan bien como la marca o el producto biológico original y, por lo general, cuestan menos. Hay sustitutos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, dependiendo de la ley estatal, pueden ser sustituidos por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden ser sustituidos por medicamentos de marca.

Consulte el Capítulo 12 para conocer las definiciones de los tipos de drogas que pueden estar en la "Lista de medicamentos".

¿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 al respecto, consulte la Sección 7.1 de 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 más información, véase el Capítulo 9.)

Sección 3.2	¿Cómo puede saber si un medicamento específico está en la lista de medicamentos?
--------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------

Tienes **4** formas de averiguarlo:

1. Consulte la lista de medicamentos más reciente que proporcionamos electrónicamente.
2. Visite el sitio web del plan ([FC2healthplan.com](https://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.
4. Use la "Herramienta de beneficios en tiempo real" ([cvscaremark.com](https://www.cvscaremark.com)) del plan o llamando a Servicios para Miembros). Con esta herramienta, puede buscar

medicamentos en la Lista de medicamentos para ver una estimación de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la Lista de medicamentos que podrían tratar la misma afección.

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, hay reglas especiales que 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 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; tableta 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 deben hacer tú o tu proveedor para obtener cobertura para el medicamento. **Si desea que le renunciemos a 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.)

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 por 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, es posible que el plan requiera 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 por día.

SECCIÓN 5 ¿Qué pasa 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 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 está 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.
- El medicamento está cubierto, pero se encuentra en un nivel de costo compartido que hace que su costo compartido sea más costoso de lo que cree que debería ser.
- Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera 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 Cómo usar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

- Si su medicamento se encuentra en un nivel de costo compartido que hace que su costo sea más caro de lo que cree que debería ser, vaya a la Sección 5.3 para saber qué puede hacer.

Sección 5.2	¿Qué puede hacer si su medicamento no está en la 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 usted ya está tomando. Este suministro temporal le da tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio.

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 que varios surtidos proporcionen 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 durante 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 para 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 puede 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 Servicios para Miembros.

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 podría 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 que le gustaría que cubriera. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican solicitarnos una excepción, su proveedor puede ayudarle 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 es un miembro actual y un medicamento que está tomando será eliminado del formulario o restringido de alguna manera para el próximo año, le informaremos sobre cualquier cambio antes del nuevo año. Puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud (o la declaración de respaldo de su médico). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigencia.

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 que han sido 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 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.**

- **Mover un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o más bajo.**
- **Agregar o eliminar 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.**

Debemos seguir los requisitos de Medicare antes de cambiar la lista de medicamentos del plan.

Consulte el Capítulo 12 para ver las definiciones de los tipos de drogas analizados en este capítulo.

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 con regularidad. Esta sección describe los tipos de cambios que podemos hacer a la Lista de medicamentos y cuándo recibirá una notificación directa si se realizaron cambios en un medicamento que está tomando.

Cambios que podemos hacer a la Lista de Medicamentos que le afecten durante el año actual del plan

- **Agregar nuevos medicamentos a la Lista de Medicamentos y eliminar o hacer cambios inmediatamente a un medicamento similar en la Lista de Medicamentos.**
 - Al agregar una nueva versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar inmediatamente un medicamento similar de la Lista de medicamentos, mover el medicamento similar a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones o ambos. La nueva versión del medicamento estará en el mismo nivel de costo compartido o en uno más bajo y con las mismas o menos restricciones.
 - Haremos estos cambios inmediatos solo si estamos agregando una nueva versión genérica de un nombre de marca o si agregamos ciertas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de Medicamentos.
 - Es posible que realicemos estos cambios de inmediato y se lo informemos más tarde, incluso si está tomando el medicamento que estamos eliminando o haciendo cambios. Si está tomando el medicamento similar en el momento en que

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

realizamos el cambio, le informaremos sobre cualquier cambio específico que hayamos realizado.

- **Agregar medicamentos a la Lista de Medicamentos y eliminar o hacer cambios a un medicamento similar en la Lista de Medicamentos con previo aviso.**
 - Al agregar otra versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar un medicamento similar de la Lista de medicamentos, moverlo a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones o ambos. La versión del medicamento que agreguemos será con las mismas o menos restricciones.
 - Realizaremos estos cambios solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o si agregamos ciertas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
 - Le informaremos al menos 30 días antes de realizar el cambio, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un surtido de 30 días de la versión del medicamento que está tomando.
- **Eliminar los 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 después de hacer el cambio.
- **Hacer 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 los medicamentos que está tomando. Por ejemplo, nos basamos en las advertencias en recuadro de la FDA o en las nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
 - Le informaremos al menos 30 días antes de realizar estos cambios, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un surtido adicional de 30 días del medicamento que está tomando.

Si hacemos alguno de estos cambios en cualquiera de los medicamentos que está tomando, hable con su médico sobre las opciones que funcionarían mejor para usted, incluido el cambio a un medicamento diferente para tratar su afección, o solicitar una decisión de cobertura para cumplir con cualquier nueva restricción sobre el medicamento que está tomando. Usted o su médico pueden solicitarnos una excepción para continuar cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que ha estado tomando. Para obtener más información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción, consulte el Capítulo 9.

Cambios en la lista de medicamentos que no le afectan durante el año actual del plan

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

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:

- Establecemos una nueva restricción sobre el uso de su medicamento.
- Eliminamos su medicamento de la lista de medicamentos.

Si se produce alguno de estos cambios en un medicamento que está tomando (excepto por la retirada del mercado, un medicamento genérico que sustituye a un medicamento de marca u otro cambio indicado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso ni lo que pague como parte del costo hasta el 1 de enero del año siguiente.

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* ¿Está 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 bajo la Parte D, lo pagaremos o lo cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 9). Si se excluye el medicamento, debe pagarlo usted mismo.

Estas son 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.
- Nuestro plan no puede cubrir el uso *no indicado en la etiqueta* de un medicamento cuando el uso no está respaldado por ciertas referencias, como la Información de Medicamentos del Servicio de Formulario de Hospitales Estadounidenses y el Sistema de

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

Información DRUGDEX de Micromedex. *El uso no autorizado* es cualquier uso del medicamento que no sea el indicado en la etiqueta de un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.

Además, por ley, las siguientes categorías de medicamentos que se enumeran a continuación no están cubiertas por Medicare:

- 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 seguimiento 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 estatal de Medicaid puede cubrir algunos medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos por un plan de medicamentos de Medicare. Comunícate con el programa Medicaid de tu estado para determinar qué cobertura de medicamentos puede estar disponible para ti. (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. Deberá pagarle a la farmacia *su* parte del costo cuando recoja su receta.

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 pueden pedirle a la farmacia que busque la información de inscripción en su plan.

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 del 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 del 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 LTC, puede obtener sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro o de la que utiliza, siempre y cuando sea parte de nuestra red.

Consulte su FC2healthplan.com **de directorio** de farmacias para averiguar si la farmacia de su centro de LTC o la que utiliza es parte de nuestra red. Si no es así, o si necesitas más información o ayuda, comunícate 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 manera 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.

Sección 9.3 ¿Qué sucede si también obtiene 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 el de su cónyuge o pareja de hecho) o grupo de jubilados, comuníquese con **el administrador de beneficios de ese grupo**. Ellos pueden ayudarlo 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 una 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, porque 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 de su empleador o administrador de beneficios del plan de jubilados o del 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 (por ejemplo, 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 la persona que le recete que le notifique antes de surtir su receta.

En el 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 la documentación a la farmacia para verificar su revocación o alta.

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad de los medicamentos y el manejo de los mismos

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

Llevamos a cabo revisiones del uso de medicamentos para nuestros miembros para asegurarnos de que estén recibiendo 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 problemas potenciales como:

- Posibles errores de medicación
- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque está tomando otro medicamento similar 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 su uso de medicamentos, trabajaremos con su proveedor para corregir el problema.

Sección 10.2 Programa de Administración 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 llama Programa de Administración de Medicamentos (DMP, por sus siglas en inglés). Si usa medicamentos opioides que obtiene de varios recetadores 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. Al trabajar con sus médicos, si

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

decidimos que su uso de medicamentos opioides o benzodiazepinas 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:

- Exigirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiazepinas de una determinada farmacia
- Exigirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiazepinas de un determinado profesional que emite recetas.
- 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 recetador o farmacia específica. Tendrá la oportunidad de decirnos qué prescriptores o farmacias prefiere usar, y sobre cualquier otra información que considere 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 negando 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 relacionado con el cáncer o la enfermedad de células falciformes, si está recibiendo cuidados paliativos o de hospicio para el final de la vida, o si vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.3	Programa de Administración de Terapia con 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 Administración de Terapia con Medicamentos (MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló el programa para nosotros para ayudar a garantizar que nuestros miembros obtengan el máximo beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que tienen ciertas enfermedades crónicas y toman medicamentos que exceden una cantidad específica de 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 de MTM. Si califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud le dará una revisión completa de todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar

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

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 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, por favor notifíquenos y le retiraremos. Si tiene alguna pregunta sobre este programa, comuníquese con Servicios para Miembros.

CAPÍTULO 6:

*Lo que usted paga por sus
medicamentos recetados de la Parte
D*



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

Debido a que usted es elegible para Medicaid, usted 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", es posible que parte de la **información en esta Evidencia de Cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplique 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 el *Anexo de Subsidio para Bajos Ingresos* o el *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*.

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Use este capítulo junto con otros materiales que expliquen su cobertura de medicamentos
--------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------

Este capítulo se enfoca en lo que usted paga por los medicamentos recetados de la Parte D. Para simplificar las cosas, en **este capítulo usamos término** término para referirnos a un medicamento recetado de la Parte D. Como se explica en el Capítulo 5, no todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D: algunos medicamentos están excluidos de la cobertura de la Parte D por ley. Algunos de los medicamentos excluidos de la cobertura de la Parte D están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare o por Medicaid.

Para comprender la información de pago, necesita saber qué medicamentos están cubiertos, dónde surtir sus recetas y qué reglas debe seguir cuando obtenga sus medicamentos cubiertos. Las secciones 1 a 4 del capítulo 5 explican estas reglas. Cuando utiliza la "Herramienta de beneficios en tiempo real" del plan para buscar la cobertura de medicamentos (consulte el Capítulo 5, Sección 3.3), el costo que se muestra se proporciona en "tiempo real", lo que significa que el costo que ve en la herramienta refleja un momento en el tiempo para proporcionar una estimación de los costos de bolsillo que se espera que pague. También puede obtener información proporcionada por la "Herramienta de beneficios en tiempo real" llamando a Servicios para Miembros.

Sección 1.2	Tipos de gastos de bolsillo que puede pagar por los medicamentos cubiertos
--------------------	-----------------------------------------------------------------------------------

Existen diferentes tipos de gastos de bolsillo para los medicamentos de la Parte D. El monto que paga por un medicamento se llama **costo compartido**, y hay tres maneras en que se le puede pedir que pague.

Capítulo 6 Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

- **El deducible** es la cantidad que usted paga por los medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar su parte.
- **El copago** es una cantidad fija que usted paga cada vez que surte una receta.
- **El coaseguro** es un porcentaje del costo total que usted paga cada vez que surte una receta.

Sección 1.3	Cómo Medicare calcula sus gastos de bolsillo
--------------------	-----------------------------------------------------

Medicare tiene reglas sobre lo que cuenta y lo que *no* cuenta para sus gastos de bolsillo. Estas son las reglas que debemos seguir para realizar un seguimiento de sus gastos de bolsillo.

Estos pagos están incluidos en sus gastos de bolsillo

Sus gastos de bolsillo incluyen los pagos que se enumeran a continuación (siempre y cuando sean para medicamentos cubiertos por la Parte D y haya seguido las reglas para la cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 5):

- El monto que paga por los medicamentos cuando se encuentra en las siguientes etapas de pago de medicamentos:
 - *[Planes sin deducible, omitir]* La etapa del deducible
 - La Etapa Inicial de Cobertura
- Cualquier pago que haya realizado durante este año calendario como miembro de un plan de medicamentos recetados de Medicare diferente antes de unirse a nuestro plan.

Importa quién paga:

- Si realiza estos pagos **usted mismo**, están incluidos en sus gastos de bolsillo.
- Estos pagos también están *incluidos* en sus gastos de bolsillo si son realizados en su nombre por **otras personas u organizaciones**. Esto incluye los pagos por sus medicamentos realizados por un amigo o familiar, por la mayoría de las organizaciones benéficas, por programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, planes de salud del empleador o del sindicato, TRICARE o por el Servicio de Salud Indígena. También se incluyen los pagos realizados por el Programa de "Ayuda Adicional" de Medicare.

Pasando a la Etapa de Cobertura Catastrófica:

Cuando usted (o aquellos que pagan en su nombre) hayan gastado un total de \$2000 en gastos de bolsillo dentro del año calendario, pasará de la Etapa de Cobertura Inicial a la Etapa de Cobertura Catastrófica.

Estos pagos no están incluidos en sus gastos de bolsillo

Sus gastos de bolsillo **no incluyen** ninguno de estos tipos de pagos:

- Su prima mensual
- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios
- Medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan
- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red
- Medicamentos que no son de la Parte D, incluidos los medicamentos recetados cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura de Medicare
- Pagos que realiza por medicamentos cubiertos por nuestra cobertura adicional, pero que normalmente no están cubiertos por un plan de medicamentos recetados de Medicare
- Pagos por sus medicamentos que realiza la Administración de Salud de Veteranos (VA)
- Pagos por sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos recetados (por ejemplo, la compensación para trabajadores)

¿Cómo puede llevar un registro del total de sus gastos de bolsillo?

- **Nosotros te ayudamos.** El informe de Explicación de Beneficios (EOB, por sus *siglas en inglés*) de la Parte D que recibe incluye el monto actual de sus gastos de bolsillo. Cuando esta cantidad llegue a \$2,000, este informe le dirá que ha dejado la Etapa de Cobertura Inicial y ha pasado a la Etapa de Cobertura Catastrófica.
- **Asegúrate de que tenemos la información que necesitamos.** La sección 3.2 indica lo que puede hacer para asegurarse de que nuestros registros de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 Lo que usted paga por un medicamento depende de la etapa de pago del medicamento en la que se encuentre cuando obtenga el medicamento

Sección 2.1	¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos? Florida Complete Care-Duals VIP (HMO-POS D-SNP) ¿Miembros?
--------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Hay tres **etapas de pago de medicamentos** para su cobertura de medicamentos recetados de Medicare Parte D bajo Florida Complete Care-Duals VIP (HMO-POS D-SNP).

Capítulo 6 Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

La cantidad que pague depende de la etapa en la que se encuentre cuando surta o vuelva a surtir una receta. Los detalles de cada etapa se encuentran en las Secciones 4 a 6 de este capítulo. Las etapas son:

Etapas 1: Etapa de Deducible Anual

Etapas 2: Etapa de Cobertura Inicial

Etapas 3: Etapa de Cobertura Catastrófica

SECCIÓN 3 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y en qué etapa de pago se encuentra

Sección 3.1	Te enviamos un resumen mensual llamado el <i>Parte D</i> Explicación de Beneficios (El <i>Parte D</i> 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**. Esto incluye lo que pagó cuando recibió un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos, y cualquier pago realizado por sus medicamentos con "Ayuda Adicional" de Medicare, planes de salud del empleador o sindicato, TRICARE, Servicio de Salud Indígena, programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP).
- Llevamos un registro de los **costos totales de sus medicamentos**. Este es el total de todos los pagos realizados por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Incluye lo que pagó el plan, lo que usted pagó y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

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 en su nombre pagaron.
- **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 6 Lo que paga por sus 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 receta, si corresponde

Sección 3.2	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 ellos, 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.
- **Asegúrate 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, entréguenos copias de sus recibos. **Estos son algunos ejemplos de cuándo debe entregarnos copias de sus recibos de medicamentos:**
 - Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o usando una tarjeta de descuento que no es parte del beneficio de nuestro plan
 - Cuando hizo un copago por medicamentos que se proporcionan bajo un programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos
 - En cualquier momento en que haya comprado medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red u otras veces en 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, vaya al Capítulo 7, Sección 2.
- **Envíenos información sobre los pagos que otros han realizado para usted.** Los pagos realizados por otras personas y organizaciones también cuentan para sus gastos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés), el Servicio de Salud Indígena y 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 6 Lo que paga por sus 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.

SECCIÓN 4 Durante la etapa de deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos

Debido a que la mayoría de nuestros miembros reciben "Ayuda Adicional" con los costos de sus medicamentos recetados, la etapa de deducible no se aplica a la mayoría de los miembros. Si recibe "Ayuda adicional", esta etapa de pago no se aplica a usted.

Mire el inserto separado (la cláusula adicional de LIS) para obtener información sobre el monto de su deducible.]

Si no recibe "Ayuda Adicional", la Etapa de Deducible es la primera etapa de pago de su cobertura de medicamentos. Esta etapa comienza cuando surte su primera receta en el año. Cuando se encuentra en esta etapa de pago, **debe pagar el costo total de sus medicamentos** hasta alcanzar el monto deducible del plan, que es de \$590 para 2025. El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y los viajes. El **costo total** suele ser más bajo que el precio total normal del medicamento, ya que nuestro plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos en las farmacias de la red.

Una vez que haya pagado \$590 por sus medicamentos, abandona la etapa de deducible y pasa a la etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga su parte de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte

Sección 5.1 Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento y de dónde surta su receta

Durante la etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos recetados cubiertos, y usted paga su parte (el monto de su coseguro). Su parte del costo variará según el medicamento y el lugar donde surta su receta.

Para averiguar en qué nivel de costo compartido se encuentra su medicamento, búsquelo en la Lista de medicamentos del plan.

Sus opciones de farmacia

La cantidad que paga por un medicamento depende de si obtiene el medicamento de:

- Una farmacia minorista de la red
- Una farmacia que no está en la red del plan. Cubrimos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red solo en situaciones limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para averiguar cuándo cubriremos una receta surtida en una farmacia fuera de la red.
- La farmacia de pedidos por correo del plan.

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacia y cómo surtir sus recetas, consulte el Capítulo 5 y el Directorio de farmacias del plan FC2healthplan.com.

Sección 5.2	Una tabla que muestra los costos de un mes Suministro de un medicamento
--------------------	--------------------------------------------------------------------------------

Durante la Etapa de Cobertura Inicial, su parte del costo de un medicamento cubierto será un copago o un coseguro.

Su parte del costo cuando recibe un suministro de un mes de un medicamento recetado cubierto por la Parte D:

Nivel	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (hasta un suministro de 30 días)	Costos compartidos de pedidos por correo (hasta un suministro de 90 días)	Costos compartidos de atención a largo plazo (LTC) (hasta un suministro de 31 días)	Costos compartidos fuera de la red (La cobertura está limitada a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (hasta un suministro de 30 días)
Costo Compartido Nivel 1	25% <i>coaseguro</i>	25% <i>coaseguro</i>	25% <i>coaseguro</i>	25% <i>coaseguro</i>

No pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costos compartidos, incluso si no ha pagado su deducible.

Consulte la Sección 8 de este capítulo para obtener más información sobre los costos compartidos de las vacunas de la Parte D.

Sección 5.3	Si su médico le receta menos de un suministro para un mes completo, es posible que no tenga que pagar el costo del suministro de todo el mes
--------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Por lo general, el monto que paga por un medicamento recetado cubre el suministro de un mes completo. Puede haber ocasiones en las que usted o su médico deseen que tenga menos de un suministro de un medicamento para un mes (por ejemplo, cuando está probando un medicamento por primera vez). También puede pedirle a su médico que le recete, y a su farmacéutico que le dispense, menos de un mes completo de suministro de sus medicamentos, si esto le ayuda a planificar mejor las fechas de reposición de los diferentes medicamentos recetados.

Si recibe menos de un mes completo de suministro de ciertos medicamentos, no tendrá que pagar por el suministro de todo el mes.

- Si usted es responsable del coseguro, paga un *porcentaje* del costo total del medicamento. Dado que el coseguro se basa en el costo total del medicamento, su costo será menor ya que el costo total del medicamento será menor.
- Si usted es responsable de un copago por el medicamento, solo pagará por la cantidad de días del medicamento que reciba en lugar de un mes completo. Calcularemos la cantidad que paga por día por su medicamento (la tarifa diaria de costos compartidos) y la multiplicaremos por la cantidad de días que recibe el medicamento.

Sección 5.4	Una tabla que muestra los costos de un <i>a largo plazo</i> (hasta un 90-día) suministro de un medicamento
--------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

En el caso de algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado suministro extendido). Un suministro a largo plazo es de hasta 90 días.

La siguiente tabla muestra lo que usted paga cuando obtiene un suministro a largo plazo de un medicamento.

Su parte del costo cuando obtiene un suministro a largo plazo de un medicamento recetado cubierto por la Parte D:

Nivel	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) hasta un suministro de 90 días)	Costos compartidos de pedidos por correo (Suministro para 90 días)
Costo Compartido Nivel 1 (genérico y de marca drogas)	<i>25% de coaseguro</i>	<i>25% de coaseguro</i>

No pagará más de [recuadro del lenguaje aplicable: \$70 por un suministro de hasta dos meses o \$105 por un suministro de hasta tres meses de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido, incluso si no ha pagado su deducible.

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que sus gastos de bolsillo para el año alcancen los \$2,000

Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que sus gastos de bolsillo totales alcancen los \$2,000. Luego pasa a la Etapa de Cobertura Catastrófica.

Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que sus gastos de bolsillo totales alcancen los \$2,000. A continuación, se pasa a la Etapa de Cobertura Catastrófica.

La *EOB de la Parte D* que reciba le ayudará a llevar un registro de cuánto usted, el plan y cualquier tercero han gastado en su nombre durante el año. No todos los miembros alcanzarán el límite de gastos de bolsillo de \$2,000 en un año.

Te avisaremos si llegas a esta cantidad. Si alcanza esta cantidad, abandonará la Etapa de Cobertura Inicial y pasará a la Etapa de Cobertura Catastrófica. Consulte la Sección 1.3 sobre cómo Medicare calcula sus gastos de bolsillo.

SECCIÓN 6 Durante la etapa de cobertura catastrófica, Usted no paga nada por su cobertura Medicamentos de la Parte D

Usted entra en la Etapa de Cobertura Catastrófica cuando sus gastos de bolsillo han alcanzado el límite de \$2,000 para el año calendario. Una vez que esté en la Etapa de Cobertura Catastrófica, permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

- Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos de la Parte D cubiertos.

SECCIÓN 7 Vacunas de la Parte D. Lo que pagas depende de cómo y dónde los consigas

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas : algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la lista de medicamentos del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos sin costo alguno para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Consulte la lista de medicamentos de su plan o comuníquese con Servicios para Miembros para obtener detalles sobre la cobertura y los costos compartidos sobre vacunas específicas.

Nuestra cobertura de las vacunas de la Parte D consta de dos partes:

- La primera parte de la cobertura es el costo de **la vacuna en sí**.
- La segunda parte de la cobertura es por el costo de **administrarle la vacuna**. (A esto a veces se le llama la administración de la vacuna).

Los costos de una vacuna de la Parte D dependen de tres cosas:

1. Si la vacuna es recomendada para adultos por una organización llamada Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP, por sus siglas en inglés).

- La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos son recomendadas por el ACIP y no le cuestan nada.

2. Dónde se recibe la vacuna.

- La vacuna en sí puede ser dispensada por una farmacia o proporcionada por el consultorio del médico.

3. Quién le administra la vacuna.

- Un farmacéutico u otro proveedor puede administrar la vacuna en la farmacia. Alternativamente, un proveedor puede administrarlo en el consultorio del médico.

Lo que pagas en el momento en que recibes la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias y la **etapa de pago del medicamento** en la que te encuentres.

- A veces, cuando recibe una vacuna, tiene que pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como del costo del proveedor para administrarle la vacuna. Puede pedirle a nuestro plan que le reembolse nuestra parte del costo. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, esto significa que se le reembolsará el costo total que pagó.

- Otras veces, cuando reciba una vacuna, solo pagará su parte del costo de su beneficio de la Parte D. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, usted no pagará nada.

A continuación, se presentan tres ejemplos de formas en que podría recibir una vacuna de la Parte D.

Situación 1: La vacuna de la Parte D se recibe en la farmacia de la red. (El hecho de que tenga esta opción depende de dónde viva. Algunos estados no permiten que las farmacias administren ciertas vacunas).

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, usted no pagará nada.
- En el caso de otras vacunas de la Parte D, usted pagará a la farmacia su coseguro por la vacuna en sí, que incluye el costo de administrarle la vacuna.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

Situación 2: La vacuna de la Parte D se recibe en el consultorio de su médico.

- Cuando reciba la vacuna, es posible que tenga que pagar el costo total de la vacuna en sí y el costo de que el proveedor se la administre.
- A continuación, puede pedirle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo utilizando los procedimientos que se describen en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el monto total que pagó. En el caso de otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó menos cualquier coseguro de la vacuna (incluida la administración).

Situación 3: Usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia de la red y luego la lleva al consultorio de su médico donde le administran la vacuna.

- En el caso de la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, usted no pagará nada por la vacuna en sí.
- En el caso de otras vacunas de la Parte D, usted pagará a la farmacia el coseguro de la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administre la vacuna, es posible que tenga que pagar el costo total de este servicio.
- Luego, puede pedirle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo utilizando los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el monto total que pagó. En el caso de otras vacunas de la

Parte D, se le reembolsará el monto que pagó menos cualquier coseguro para la administración de la vacuna.

CAPÍTULO 7:

*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 debe pedirnos que paguemos por sus servicios o medicamentos cubiertos

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

Si ya ha pagado 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 más de lo que le corresponde del costo de los servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por nuestro plan. Es posible que haya plazos que deba cumplir para que se le devuelva el pago. Véase la sección 2 de este capítulo. Cuando nos envíe una factura que ya ha pagado, la revisaremos y decidiremos si los servicios o los medicamentos deben estar cubiertos. Si decidimos que deben estar cubiertos, le devolveremos el dinero por los servicios o 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 lo que le corresponde en los costos compartidos, como se explica en este documento. Primero intente resolver la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura a nosotros en lugar de pagarla. Examinaremos el proyecto de ley y decidiremos si los servicios deben estar cubiertos. Si decidimos que deben estar cubiertos, le pagaremos directamente al proveedor. Si decidimos no pagarlo, se lo notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más de lo que el plan de costos compartidos permitido. 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 urgentes de cualquier proveedor, ya sea que el proveedor sea parte de nuestra red o no. 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 reembolsemos nuestra parte del costo. 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 al proveedor se le debe algo, 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 más de lo que le corresponde del costo del servicio, determinaremos cuánto adeudaba y le devolveremos nuestra parte del costo.

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 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 por los servicios cubiertos.

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 ha pasado. 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 reembolsemos nuestra parte de los costos. 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 la reclamación 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 reembolsemos nuestra parte del costo. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Véase el Capítulo 5, Sección 2.5 para un análisis de estas circunstancias. Es posible que no le devolvamos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el monto que pagaríamos en una farmacia dentro de la red.

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 reembolsemos nuestra parte del costo. Es posible que no le reembolsemos el

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

costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es más alto que nuestro precio negociado por la receta.

6. Cuando paga el costo total de una receta en otras situaciones

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

- 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 en su caso. 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 nuestra parte del costo del medicamento. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es más alto que nuestro precio negociado por la receta.

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 nuestra parte del costo del servicio o medicamento. Si denegamos 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 que haya 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 dentro de los 12 meses** posteriores a la fecha en que recibió el servicio, el artículo o el medicamento. Debe enviarnos su reclamo de la Parte D (medicamento recetado) dentro de los 36 meses posteriores a la fecha en que recibió el medicamento.

SECCIÓN 3 **Consideraremos su solicitud de pago y le diremos 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 su parte. De lo contrario, consideraremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

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 están cubiertos y usted siguió todas las reglas, pagaremos nuestra parte del costo del servicio o medicamento. Si ya ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo su reembolso de nuestra parte del costo. Si pagó el costo total de un medicamento, es posible que no se le reembolse el monto total que pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó por un medicamento es más alto que nuestro precio negociado). Si aún no ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- 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 a apelar esa decisión.

Sección 3.2	Si le decimos que no pagaremos 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 el monto 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 que sea 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 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 orígenes 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 intérprete, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teléfono de teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios de intérprete gratuitos disponibles para responder preguntas de los miembros que no hablan inglés. Además, están 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 servicios de atención médica preventiva y de rutina para mujeres.

Si los proveedores de una especialidad en la red del plan no están disponibles, es responsabilidad del plan localizar proveedores de especialidades fuera de la red que le brinden 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 costo compartido 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 con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la prestación de servicios de

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

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. 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.

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 proporcionar y coordinar sus servicios cubiertos. También tiene derecho a acudir a un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin 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 demoras prolongadas.

Si cree que no va a recibir su atención médica o los medicamentos de la Parte D dentro de un período de tiempo razonable, el Capítulo 9 le explica 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 de salud 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 Prácticas 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 su permiso por escrito o de alguien a quien le haya otorgado poder legal para tomar decisiones por usted.*
- Hay ciertas excepciones que no requieren que primero obtengamos su permiso por escrito. Estas excepciones están permitidas o 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 regulaciones 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 lo hagamos, 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 de rutina.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información médica personal, llame a Servicios para Miembros.

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

Como miembro de Florida Complete Care-Duals VIP (HMO-POS D-SNP), tiene derecho a obtener varios tipos de información de nuestra parte.

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 nuestros proveedores y farmacias de la 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 de 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 apoyar 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 ayudarlo a tomar decisiones con sus médicos sobre qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos incluyen los siguientes:

- **Para conocer todas sus opciones.** Usted 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 recibir información 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 tienes la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir "no."** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a abandonar un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja que no lo haga. También tiene derecho a dejar de tomar su medicamento. Por supuesto, si rechaza el tratamiento o deja de tomar medicamentos, acepta toda la responsabilidad de lo que le sucede a su cuerpo como resultado.

Usted tiene el derecho de 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 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 a sus médicos instrucciones escritas** sobre cómo desea que manejen su atención médica si usted no puede tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede usar para dar sus instrucciones con anticipación 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 usar 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 a las personas información 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, quien puede tomar decisiones por usted si usted no puede. Si lo desea, desee regalar copias a amigos cercanos o familiares. Guarde una copia en casa.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

Si sabe con anticipación 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 tiene 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 Ancianos 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 (solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja), **estamos obligados a tratarlo de manera justa.**

Sección 1.7	¿Qué puede hacer si cree que está siendo tratado injustamente o que no se están respetando 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 algo más?

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 tiene:

- Puede llamar a **Servicios para Miembros.**

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- Puede **llamar al SHIP**. Para obtener más información, consulte la sección 3 del Capítulo 2.
- 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 la sección 3 del Capítulo 2.
- 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

Las cosas que debe hacer como miembro del plan se enumeran a continuación. 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 detalles sobre sus servicios médicos.
 - Los capítulos 5 y 6 dan 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 cada vez que reciba atención médica o medicamentos recetados de la Parte D .

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- **Ayude a sus médicos y otros proveedores a ayudarlo brindándoles 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 los demás pacientes. También esperamos que actúe de una manera que ayude al buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otros consultorios.
- **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 de* nuestra área de servicio del 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)*

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué hacer si tiene un problema o inquietud

Este capítulo explica los procesos para manejar problemas e inquietudes. El proceso que utiliza 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 llamados agravios.

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 hacer una queja en lugar de presentar una queja, decisión de cobertura en lugar de determinación de organización integrada o determinación de cobertura o determinación en 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 bastante importante, que conozca 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 ayudarlo a saber qué términos usar, incluimos términos legales cuando brindamos 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

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

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.

Programa Estatal de Asistencia de Seguro de Salud (SHIP)

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

- Puede llamar a la Agencia de Medicaid para la Administración del Cuidado de la Salud (AHCA) de Florida al 1-888-419-3456. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-955-8771.
- También puede visitar el sitio web de Medicaid (www.ahca.myflorida.com)

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**.

¿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) está cubierta o no, la forma en que están cubiertas 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.

Vaya 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	Solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: 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**. Usted utiliza la decisión de cobertura y el proceso de apelaciones para cuestiones tales como si algo está cubierto o no y la forma en que algo está cubierto.

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

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 referencia se considera una decisión de cobertura favorable a menos que su médico de la red pueda demostrar que recibió una notificación 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 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 usted pide 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 cuando decidimos qué está cubierto para usted y cuánto pagamos. En algunos casos, podemos decidir que la atención médica no está cubierta o que Medicare ya no la cubre 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 llama 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 usted pide 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.

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

Si decimos no a la totalidad o a 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 para recibir atención médica.
- Las apelaciones de la Parte D se analizan con más detalle en la Sección 7 de este capítulo.

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** del 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 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 enviará automáticamente al Nivel 2.
 - Si su médico u otro proveedor de atención médica 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 la prescripción 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.

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

- **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 Fc2healthplan.com). 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 entregarnos 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	¿En qué sección de este capítulo se dan los detalles de su situación?
--------------------	------------------------------------------------------------------------------

Hay cuatro situaciones diferentes que involucran decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene diferentes reglas y plazos, damos los detalles de cada uno 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 el 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 (*Se aplica solo a estos servicios*: atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería)

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

especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF))

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.

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 reglas para los medicamentos recetados de la Parte B de las reglas para los artículos y servicios médicos.

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

1. Usted 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 atención médica que cree que nuestro plan debería cubrir, y desea pedirle a nuestro plan que le reembolse esta atención. **Envíanos la factura. Sección 6.5.**
5. Se le informa que la cobertura para cierta atención médica que ha estado recibiendo (que aprobamos anteriormente) 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 Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF), debe leer las Secciones 8 y 9 de este capítulo. Se aplican reglas especiales a estos tipos de atención.

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.

Una decisión de cobertura estándar generalmente se toma dentro de 14 días calendario o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Una decisión de cobertura rápida generalmente se toma dentro de las 72 horas, para los servicios médicos, 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 un daño grave a su salud o perjudicar su capacidad para funcionar*.
- **Si su médico nos dice que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, acordaremos 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 la 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 proporcionemos cobertura para la atención médica que desea. Usted, su médico o su representante pueden hacer esto. 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 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 rápida. 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 tomar decisiones de cobertura rápidas, utilizamos un marco de tiempo 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 pueda beneficiarte, **podemos tomarnos hasta 14 días naturales 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 rápida. (Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener información sobre quejas). Le llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Si nuestra respuesta es no 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 atención médica que desea. Si presenta una apelación, significa que va a pasar al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.3 Paso a paso: Cómo hacer una apelación de Nivel 1

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

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de 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 encuentran en la Sección 6.2 de este capítulo para obtener una decisión de cobertura rápida.

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

- **Si está solicitando una apelación estándar, presente su apelación estándar por escrito.** También puede solicitar una apelación llamándonos. El capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Si está solicitando una apelación rápida, haga su apelación por escrito o llámenos.** El capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 65 días calendario** a partir de la fecha de la notificación por escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta a 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 sobre 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 detener la cobertura de un servicio o artículo que actualmente recibes, 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 matasellos 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: Examinamos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, examinamos detenidamente 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 nos tomamos días adicionales), debemos 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 no 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 así 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 rápida. 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 está relacionado con 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 está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, la carta le dirá cómo presentar una apelación de Nivel 2 usted mismo.

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo se realiza una apelación 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 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 se relaciona 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 ante 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 158 para obtener información sobre cómo continuar con sus beneficios durante las apelaciones de Nivel 1.

- Si su problema se refiere a un servicio que generalmente está cubierto solo por Medicare, sus beneficios por ese servicio no continuarán durante el proceso de apelaciones de Nivel 2 con la organización de revisión independiente.
- Si su problema está relacionado 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.

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 del 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 tuvo una apelación rápida en el Nivel 1, también tendrá una apelación rápida en el Nivel 2.

- Para la apelación rápida, la organización de revisión 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 tenía 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.

- **Si la organización de revisión independiente dice sí a una parte o a la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de

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

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 sobre 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 dirá la cantidad en dólares que debe cumplir para continuar con el proceso de apelaciones.
 - Le informamos 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 apelaciones, debe decidir si desea pasar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Los detalles sobre cómo hacer esto se encuentran en la notificación 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 está relacionado con 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 enviamos la carta de decisión sobre su apelación de Nivel 1. La carta que reciba de nosotros le dirá dónde presentar su solicitud de audiencia.
- La audiencia imparcial se puede solicitar llamando o escribiendo a:

**Unidad de Audiencias Imparciales de Medicaid de la Agencia para la
Administración del Cuidado de la Salud**
Apartado de correos 60127
Ft. Myers, FL 33906
1-877-254-1055 (línea gratuita)
1-239-338-2642 (fax)
MedicaidHearingUnit@ahca.myflorida.com

- Si solicita una audiencia imparcial de Medicaid, su solicitud por escrito debe incluir la siguiente información:
 - Te llamas
 - Su número de miembro
 - Su número de identificación de Medicaid
 - Un número de teléfono donde se pueda contactar a usted o a su representante
- También puede incluir la siguiente información si la tiene:
 - Por qué cree que se debe cambiar la decisión
 - El/los servicio(s) que cree que necesita
 - Cualquier información médica que respalde la solicitud
 - A quién le gustaría ayudar con su audiencia imparcial

Después de recibir su solicitud de audiencia imparcial, la Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud (Agencia) le informará por escrito que recibió su solicitud de audiencia imparcial. Un oficial de audiencias que trabaja para el Estado revisará la decisión que tomamos.

Paso 2: La oficina de Audiencia Imparcial le da su respuesta.

La oficina de Audiencia Imparcial le comunicará su decisión por escrito y le explicará las razones de la misma.

- **Si la oficina de 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 Audiencia Imparcial.
- **Si la oficina de Audiencia Imparcial dice que no a parte o a la totalidad de su apelación**, están de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura para atención médica no debe ser aprobada. (A esto se le llama **confirmando la decisión** o **rechazando su apelación**.)

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**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 Audiencia Imparcial 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 una factura que ha recibido por atención médica?

Si ya ha pagado 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 ser reembolsado por nuestro plan siempre que haya pagado por servicios médicos o medicamentos que estén cubiertos por nuestro plan. Cuando nos envíe una factura que ya ha pagado, la revisaremos y decidiremos si los servicios o los medicamentos deben estar cubiertos. Si decidimos que deben estar cubiertos, le devolveremos el dinero por los servicios o medicamentos.

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 siguió 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 pagó, nos pedirá que tomemos esta decisión de cobertura. Verificaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto. También verificaremos si siguió 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, por lo general, dentro de los 30 días calendario, pero a más tardar 60 días calendario después de recibir su solicitud.

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 presentar esta apelación, siga el proceso de apelación que describimos en la Sección 6.3. Para las apelaciones relacionadas con el reembolso, tenga en cuenta:

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

- Debemos darle nuestra respuesta dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de su apelación. Si nos pide que le reembolsemos la atención médica que ya recibió y pagó, no puede 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 sí 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 reembolsemos 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 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 usted obtenga nuestra aprobación antes de que lo cubriamos.
- 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 llama determinación de cobertura .

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

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, la autorización previa o el requisito de probar otro medicamento primero). **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.

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 solicitar una **excepción al formulario**.

Pedir la eliminación de una restricción en la cobertura de un medicamento a veces se llama 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 podamos considerar su solicitud de excepción, su médico u otro profesional que emita recetas deberá explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Estos son dos ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro profesional puede pedirnos que hagamos:

Sección 7.3	Cosas importantes que debe saber sobre cómo solicitar excepciones
--------------------	--------------------------------------------------------------------------

Su médico debe informarnos las razones médicas

Su médico u otro profesional 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 que recete la receta 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 sería tan eficaz como el medicamento que está solicitando y no causaría más efectos secundarios u otros problemas de salud, por lo general **no** aprobaremos su solicitud de excepción.

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 mediante 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 del estado de cuenta de su médico. **Las decisiones rápidas** de cobertura se toman dentro de **las 24 horas** posteriores a la recepción del estado de cuenta 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 solicitando un *medicamento que aún no ha recibido*. (No se puede pedir ayuno decisión de la cobertura de que se le pague 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*.

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

- **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 solicita 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 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 proporcionemos 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* o en el formulario de nuestro plan, que [está disponible](#) en nuestro sitio web FC2healthplan.com. 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 para 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.

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

- Para 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 no 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.

Plazos 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.
 - Para 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 de la declaración del médico que la respalde.
- **Si nuestra respuesta es no 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.

Plazos 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 apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente

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

- 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 no 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 apelaciones.

Sección 7.5 Paso a paso: Cómo hacer una apelación de Nivel 1

Término legal

Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se llama **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 presenta dentro de los 7 días calendario. Por lo general, una apelación rápida se realiza dentro de las 72 horas. Si su salud lo requiere, pida 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 le recete medicamentos deberán decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que los que se encuentran en la Sección 6.2 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 o llámenos al 1-855-344-0930. El capítulo 2 tiene información de contacto.
- Para apelaciones rápidas, presente su apelación por escrito o llámenos al 1-855-344-0930. El capítulo 2 tiene información de contacto.

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

- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud presentada en el *Formulario de Solicitud de Redeterminación Modelo de CMS*, que está disponible en nuestro sitio web FC2healthplan.com. 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 65 días calendario** a partir de la fecha de la notificación por escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta a 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.
- **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: Examinamos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, examinamos 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, debemos 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 no a una parte o a la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué dijimos no y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos 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 comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud nos lo exige.

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

- 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.
- **Si nuestra respuesta es no a una parte o a la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué dijimos 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 no 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 apelaciones.

Sección 7.6	Paso a paso: Cómo hacer una apelación 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 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 dirán 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 del plazo aplicable, o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la **determinación de riesgo** bajo nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su reclamo a la IRE.
- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina **expediente del caso**. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia del expediente de su caso**. Estamos autorizados a 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, pida a la organización de revisión independiente una apelación rápida.
- Si la organización acepta 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 ordinaria

- 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 reembolsemos 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 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 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.
 - **Si la organización de revisión independiente dice 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 dice no a parte o a 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 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.
- Informarle el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

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 presentar 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.

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

- 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 prolongada si cree que le están dando el alta demasiado pronto**

Cuando usted es admitido en un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos que son 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. Ellos le ayudarán a organizar la atención que pueda necesitar después de su partida.

- 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.
- 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 una notificación por escrito de Medicare que informa sobre sus derechos

Dentro de los dos días calendario posteriores a su ingreso al hospital, se le entregará una notificación por escrito llamada *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), pídselo 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 indicado 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 el alta del hospital demasiado pronto. Esta es una forma formal y legal de

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

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 la notificación por escrito para demostrar que la recibió y que comprende sus derechos.

- Se le pedirá a usted o a alguien que actúe en su nombre que firme el aviso.
- Firmar el 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 calendario antes de la fecha de alta, recibirá otra copia antes de la fecha programada para ser dado de alta.
- 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 presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta hospitalaria

Si desea solicitar que cubramos sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados durante más tiempo, deberá utilizar el proceso de apelaciones para hacer esta solicitud. Antes de comenzar, comprenda lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga 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 para las personas con Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

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

Paso 1: Póngase en contacto con la Organización de Mejoramiento de la Calidad de su estado y solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria. Debes actuar con rapidez.

¿Cómo se puede contactar con esta organización?

- La notificación 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 con rapidez:

- 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**.
 - **Si cumple con este plazo**, puede permanecer en el hospital después de la fecha de alta **sin tener que 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 programada*.

Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se comunicará con nosotros. Para el mediodía del día después de que nos comuniquemos, 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 examinarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hayamos proporcionado.
- Para el 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

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

aviso también explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (medicamento apropiado) que usted sea dado de alta en esa fecha.

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 sí?

- 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 corresponden). 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 la fecha de alta planificada es médicamente apropiada. Si esto sucede, **nuestra cobertura para sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados terminará** 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 apelaciones.

Sección 8.3

Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 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 dijo no a su apelación de 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.**
- Usted 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 dirá 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 apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo pedimos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura terminará demasiado pronto

Sección 9.1	Esta sección es solo sobre tres servicios: atención médica en el hogar, atención en centros de enfermería especializada y Servicios del Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés)
--------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Cuando recibe **cobertura de servicios de atención médica en el hogar, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios)**, 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 *por 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 terminará su cobertura
--------------------	-----------------------------------------------------------------------

Término legal

Aviso de falta de cobertura de Medicare. Le indica cómo puede solicitar una apelación de vía rápida . Solicitar una apelación rápida es una forma formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura sobre cuándo suspender su atención.

- 1. Recibe una notificación por escrito** Al menos dos días calendario antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. El aviso le dice:
 - La fecha en la que dejaremos de cubrir la atención por 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 la notificación por escrito para demostrar que la recibió.** La firma del aviso muestra *solamente* que ha

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

recibido la información sobre cuándo se detendrá su cobertura. **Firmarlo sí no significa que usted está de acuerdo** con la decisión del plan de suspender la atención.

Sección 9.3 Paso a paso: Cómo hacer una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo

Si desea pedirnos que cubramos su atención durante un período de tiempo más largo, deberá usar el proceso de apelaciones para hacer esta solicitud. Antes de comenzar, comprenda lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga 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 acelerada*. Debes actuar con rapidez.

¿Cómo se puede contactar con esta organización?

- La notificación por escrito que recibió (*Aviso de falta de 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.

Actúe con rapidez:

- 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 no cobertura de Medicare.
- Si no cumple con la fecha límite para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, es posible que aún tenga derechos de apelación. Póngase en contacto con la organización para el mejoramiento de la calidad.

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 no 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 haya 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: Dentro 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 corresponden). Es posible que haya limitaciones en los 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 indicamos.**
- 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 Integral para Pacientes Ambulatorios (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 una apelación de Nivel 2 para 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, 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 calendario** posteriores al día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se negó 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 calendario 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.
- Usted 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 dirá 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 presentar 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 explica más sobre el proceso para las apelaciones de nivel 3, 4 y 5.

SECCIÓN 10 Llevando 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.

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 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.

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

- Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos que la acompañan. 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 dice que no a 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 sí, 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 autorizar 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.**
 - 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 pasar a 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 del Tribunal Federal de Distrito.

Sección 10.2 Apelaciones adicionales de Medicaid

También tiene otros derechos de apelación si su apelación se refiere a servicios o artículos que Medicaid suele cubrir. La carta que reciba de la oficina de audiencias imparciales le dirá qué hacer si desea continuar con el proceso de apelaciones.

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 de 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 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 **dentro de las 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, la notificación 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 del Tribunal 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 quejas *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 manejados por el proceso de 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 ni 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 nuestros Servicios para miembros?• ¿Siente que se le está animando a abandonar el plan?

Queja	Ejemplo
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Tiene problemas para conseguir una cita o espera demasiado tiempo para obtenerla? • ¿Ha sido hecho esperar demasiado tiempo por 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 de examen, o conseguir 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?
Puntualidad (todos estos tipos de quejas están relacionadas con la puntualidad de nuestras acciones relacionadas con las decisiones de cobertura y las apelaciones)	<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 apelaciones; Puede presentar una queja. • Usted cree que no estamos cumpliendo con los plazos para cubrir 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 llama **queja acelerada**.

Sección 11.3 Paso a paso: Presentación de 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 si 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.
- 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 Attention: Departamento de Quejas y Apelaciones PO 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. 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

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

- 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 de "Nombramiento de representante". (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMSForms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.FC2healthplan.com). 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 entregarnos una copia del formulario firmado.
- Opción para una revisión rápida de su queja: Puede solicitar una revisión rápida y le responderemos 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 una apelación de 72 horas.
 - Lo mejor es llamar a Servicios para Miembros si desea solicitar una revisión rápida de su queja.
- **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: Examinamos 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 reclamaciones 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 comunicaremos por escrito.
- **Si presenta 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 ante la Organización para la Mejora 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-Duals VIP (HMO-POS D-SNP) directamente a Medicare. Para presentar una queja ante 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.

También puede presentar una queja sobre Florida Complete Care-Duals VIP (HMO-POS D-SNP) directamente a la Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud (AHCA) de Florida Medicaid. Para presentar una queja ante Medicaid, vaya a www.ahca.myflorida.com/health-care-policy-and-oversight/bureau-of-field-operations/complaint-administration-unit. También puede llamar al 1-888-419-3456. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-955-8771.

CAPÍTULO 10:

*Finalización de su membresía en el
plan*

SECCIÓN 1 Introducción a la finalización de su membresía en nuestro plan

La finalización de su membresía en Florida Complete Care-Duals VIP (HMO-POS 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 usted 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, puede cancelar su membresía en nuestro plan en cualquier mes del año. También tiene opciones para inscribirse en otro plan de Medicare cualquier mes, incluyendo:
 - Medicare Original *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado,
 - 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), o
 - Si es elegible, un D-SNP integrado que proporcione su Medicare y la mayoría o todos sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin 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.

Capítulo 10 Finalización de su membresía en el plan

Comuníquese con la oficina estatal de Medicaid para conocer las opciones de su plan de Medicaid (los números de teléfono se encuentran en el Capítulo 2, Sección 6 de este documento).

- Otras opciones de planes de salud de Medicare están disponibles durante el **Período de Inscripción Anual**. La Sección 2.2 le brinda más información sobre el Período de Inscripción Anual.
- **¿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
 - O*
 - 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.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y no tiene cobertura de medicamentos recetados acreditable durante 63 días 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 y también para los nuevos beneficiarios de Medicare que están inscritos en un plan MA, desde el mes de derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del tercer mes de derecho.
- **Durante el período anual de inscripción abierta de Medicare Advantage**, usted puede:
 - Cambiarse 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 otros momentos del año. Esto se conoce como un **Período de Inscripción Especial**.

Usted puede ser elegible para terminar 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.
- 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).

Capítulo 10 Finalización de su membresía en el plan

- Si se inscribe en el Programa de Atención Integral para Personas Mayores (PACE).
- **Nota:** Si está en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. En el capítulo 5, sección 10 se explica más sobre los programas de control de drogas.
- **Nota:** La sección 2.1 le brinda más información sobre el período de inscripción especial para 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 de medicamentos recetados acreditable durante 63 días 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 la "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 2025*.

Capítulo 10 Finalización de su membresía en el plan

- 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"> • Inscríbase 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-Duals VIP (HMO-POS 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"> • Inscríbase 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-Duals VIP (HMO-POS D-SNP) cuando comience la cobertura de su nuevo plan.

Capítulo 10 Finalización de su membresía en el plan

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debes hacer:
<ul style="list-style-type: none"> • Medicare Original <i>sin</i> un plan separado de medicamentos recetados de Medicare ○ 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 o más seguidos 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-Duals VIP (HMO-POS D-SNP) cuando comience su cobertura en Medicare Original.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y no tiene cobertura de medicamentos recetados acreditable durante 63 días 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 de Atención Médica](#), 1-888-419-3456, TTY: 1-800-955-8771, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., hora del este. Pregunte cómo el ingreso a otro plan o el regreso a Medicare Original afectan la forma en que obtiene su [cobertura de Medicaid de Florida](#).

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

Hasta que finalice su membresía con Florida Complete Care-Duals VIP (HMO-POS D-SNP) 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 usando nuestros proveedores de la red para recibir atención médica.**

Capítulo 10 Finalización de su membresía en el plan

- **Continúe usando nuestras farmacias de la 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-Duals VIP (HMO-POS 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-Duals VIP (HMO-POS D-SNP) **debe finalizar 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.
 - Los miembros que ya no cumplan con los requisitos de elegibilidad del Plan de Necesidades Especiales recibirán una notificación por escrito dentro de los 10 días calendario posteriores a que el Plan se entere de la pérdida del estado de necesidades especiales y serán desafiados involuntariamente con un mínimo de una notificación mensual calendario completa. Por ejemplo, si el Plan se entera de que el beneficiario ya no califica para el Plan el 10 de junio, la fecha de cancelación de la inscripción entrará en vigencia el 1 de agosto. Además, el beneficiario califica para un Período de Elección Especial que le permite inscribirse en otro Plan de su elección. Si usted es encarcelado (vaya a prisión).
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
 - Si está 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 viaja se encuentra en el área de nuestro plan.
- Si usted es encarcelado (vaya a prisión).
- Si ya no es ciudadano de los Estados Unidos o ya 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).

Capítulo 10 Finalización de su membresía en el plan

- 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 por este motivo, Medicare puede hacer que el Inspector General investigue su caso.
- 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 se puede obtener más información?

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, llame a Servicios para Miembros.

Sección 5.2	Nosotros <u>no poder</u> pedirle que abandone nuestro plan por cualquier motivo relacionado con la salud
--------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Florida Complete Care-Duals VIP (HMO-POS 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 finalizamos su membresía en nuestro plan, debemos informarle nuestras razones por escrito para cancelar su membresía. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja formal o una 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, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia en reclamaciones, 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-Duals VIP (HMO-POS D-SNP), 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

Centro Quirúrgico Ambulatorio - Un Centro Quirúrgico Ambulatorio es una entidad que opera exclusivamente con el propósito de proporcionar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y cuya estadía esperada en el centro no excede las 24 horas.

Apelación : una apelación es algo que usted hace si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar una solicitud de cobertura de servicios de atención médica o medicamentos recetados o el pago de servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de suspender los servicios que está recibiendo.

Facturación de saldo: cuando un proveedor (como un médico u hospital) factura a un paciente más que el monto de costos compartidos permitido por el plan. Como miembro de Florida Complete Care-Duals VIP (HMO-POS D-SNP), solo tiene que pagar los montos de costos compartidos de nuestro plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores **salden, facturen** o le cobren más de lo que el monto de los costos compartidos que su plan dice que debe pagar.

Período de beneficios : la forma en que tanto nuestro plan como Medicare Original miden su uso de los servicios del hospital y del centro de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficios comienza el día en que ingresa a un hospital o centro de enfermería especializada. El período de beneficios termina cuando no ha recibido atención hospitalaria para pacientes hospitalizados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días seguidos. Si ingresa a un hospital o a un centro de enfermería especializada después de que haya finalizado un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. Debe pagar el deducible hospitalario para pacientes hospitalizados por cada período de beneficios. No hay límite para el número de períodos de beneficios.

Producto biológico - Un medicamento recetado que se elabora a partir de fuentes naturales y vivas como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. (Véase también "**producto biológico original**" y "**biosimilar**").

Biosimilar : un producto biológico que es muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares pueden ser sustituidos por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta (Ver "**Biosimilar intercambiable**").

Medicamento de marca : un medicamento recetado que fabrica y vende la compañía farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló el 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 otros fabricantes de medicamentos y, por lo general, no están disponibles hasta después de que haya expirado la patente del medicamento de marca.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Etapa de Cobertura Catastrófica : la etapa en el Beneficio de Medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (u otras partes calificadas en su nombre) han gastado \$2,000 en medicamentos cubiertos por la Parte D durante el año cubierto.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) - La agencia federal que administra Medicare.

Plan de Necesidades Especiales de Atención Crónica - Los C-SNP son SNP que restringen la inscripción a personas elegibles para MA que tienen una o más afecciones crónicas graves o incapacitantes, según se define en 42 CFR 422.2, incluida la restricción de la inscripción en función de los múltiples grupos de afecciones comúnmente comórbidos y clínicamente vinculados especificados en 42 CFR 422.4 (a) (1) (iv).

Coaseguro : una cantidad que se le puede exigir que pague, expresada como un porcentaje (por ejemplo, 20%) como su parte del costo de los servicios o medicamentos recetados.

Queja — El nombre formal para presentar una queja es **presentar una queja**. El proceso de quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye 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 cumple con los períodos de tiempo en el proceso de apelación.

Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés) - Un centro que principalmente brinda servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, incluyendo fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y el lenguaje, y servicios de evaluación del entorno del hogar.

Copago (o copago): una cantidad que es posible que deba pagar como parte del costo de un servicio o suministro médico, como una visita al médico, una visita ambulatoria al hospital o un medicamento recetado. Un copago es una cantidad fija (por ejemplo, \$10), en lugar de un porcentaje.

Costo compartido : el costo compartido se refiere a las cantidades que un miembro tiene que pagar cuando recibe servicios o medicamentos. (Esto se suma a la prima mensual del plan). Los costos compartidos incluyen cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier monto deducible que un plan pueda imponer antes de que se cubran los servicios o medicamentos; (2) cualquier monto de copago fijo que un plan requiera cuando se recibe un servicio o medicamento específico; o (3) cualquier monto de coseguro, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento que un plan requiere cuando se recibe un servicio o medicamento específico.

Determinación de cobertura: una decisión sobre si un medicamento recetado para usted está cubierto por el plan y el monto, si lo hubiera, que debe pagar por la receta. En general, si lleva su receta a una farmacia y la farmacia le dice que la receta no está cubierta por su plan, eso no es una determinación de cobertura. Debe llamar o escribir a su plan para solicitar una decisión

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

formal sobre la cobertura. Las determinaciones de cobertura se denominan decisiones de cobertura en este documento.

Medicamentos cubiertos: el término que usamos para referirnos a todos los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

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

Cobertura acreditable de medicamentos recetados: cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando son elegibles para Medicare generalmente pueden mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare más adelante.

Cuidado de custodia : el cuidado de custodia es el cuidado personal que se brinda en un hogar de ancianos, hospicio u otro entorno de instalación cuando no necesita atención médica especializada o atención de enfermería especializada. El cuidado de custodia, proporcionado por personas que no tienen habilidades o capacitación profesional, incluye ayuda con las actividades de la vida diaria como bañarse, vestirse, comer, acostarse o levantarse de una cama o silla, moverse y usar el baño. También puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas hacen por sí mismas, como el uso de gotas para los ojos. Medicare no paga por el cuidado de custodia.

Tarifa diaria de costos compartidos : se puede aplicar una tarifa diaria de costos compartidos cuando su médico le receta menos de un mes completo de suministro de ciertos medicamentos y debe pagar un copago. Una tarifa diaria de costos compartidos es el copago dividido por el número de días en el suministro de un mes. He aquí un ejemplo: si su copago por un suministro de un mes de un medicamento es de \$30, y el suministro de un mes en su plan es de 30 días, entonces su "tarifa diaria de costos compartidos" es de \$1 por día.

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

Cancelar la inscripción o la desafiliación : el proceso de finalizar su membresía en nuestro plan.

Tarifa de dispensación: una tarifa que se cobra cada vez que se dispensa un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir una receta, como el tiempo que el farmacéutico tarda en preparar y empaquetar la receta.

Planes de Necesidades Especiales de Doble Elegibilidad (D-SNP) - Un tipo de plan que inscribe 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 o todos los costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Individuos Doblemente Elegibles - Una persona que es elegible para la cobertura de Medicare y Medicaid.

Equipo médico duradero (DME) - Cierta equipo médico que es ordenado por su médico por razones médicas. Los ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de voz, equipos de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital ordenadas por un proveedor para su uso en el hogar.

Emergencia - Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de la salud y la 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 niño por nacer), la pérdida de una extremidad o la pérdida de 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.

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

Evidencia de Cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) e Información de Divulgación : este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro adjunto, anexo u otra cobertura opcional seleccionada, que explica su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que tiene que hacer como miembro de nuestro plan.

Excepción : un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está en nuestro formulario (una excepción al formulario) u obtener un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido más bajo (una excepción de escalonamiento). También puede solicitar una excepción si nuestro plan requiere que pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, si nuestro plan requiere una autorización previa para un medicamento y desea que renunciemos a la restricción de criterios, o si nuestro plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al formulario).

Ayuda adicional : un programa de Medicare para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como primas, deducibles y coseguros.

Medicamento genérico - Un medicamento recetado que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) por tener los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento genérico funciona igual que un medicamento de marca y, por lo general, cuesta menos.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Asistente de salud en el hogar - Una persona que proporciona servicios que no necesitan las habilidades de una enfermera o terapeuta con licencia, como ayuda con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o realizar los ejercicios recetados).

Hospicio - Un beneficio que proporciona tratamiento especial para un miembro que ha sido certificado médicamente como enfermo terminal, lo que significa que tiene una esperanza de vida de 6 meses o menos. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si elige el hospicio y continúa pagando las primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Todavía puede obtener todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Hospitalización - Una estadía en el hospital cuando ha sido admitido formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Incluso si te quedas en el hospital toda la noche, es posible que aún se te considere un paciente ambulatorio.

Monto de Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos (IRMAA): si su ingreso bruto ajustado modificado, según lo informado en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, es superior a un cierto monto, pagará el monto de la prima estándar y un Monto de Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos, también conocido como IRMAA. IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Menos del 5% de las personas con Medicare se ven afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

Etapas de cobertura inicial : esta es la etapa antes de que sus gastos de bolsillo para el año hayan alcanzado el monto umbral de gastos de bolsillo.

Período de inscripción inicial: cuando es elegible por primera vez para Medicare, el período de tiempo en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare. Si es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su 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.

D-SNP integrado : un D-SNP que cubre Medicare y la mayoría o todos los servicios de Medicaid bajo un solo plan de salud para ciertos grupos de personas elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. Estas personas también se conocen como personas con doble elegibilidad para todos los beneficios.

Queja integrada - Un tipo de queja que usted hace sobre nuestro plan, proveedores o farmacias, incluida una queja sobre la calidad de su atención. Esto no implica disputas de cobertura o pago.

Determinación Integrada de la Organización : Una decisión que toma nuestro plan sobre si los artículos o servicios están cubiertos o cuánto tiene que pagar por los artículos o servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan decisiones de cobertura en este documento.

Plan Institucional de Necesidades Especiales (SNP) - Un plan que inscribe a personas elegibles que residen continuamente o se espera que residan continuamente durante 90 días o

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

más en un centro de atención a largo plazo (LTC). Estos centros pueden incluir un centro de enfermería especializada (SNF), un centro de enfermería (NF), (SNF/NF), un centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales (ICF/IID), un centro psiquiátrico para pacientes hospitalizados y/o centros aprobados por CMS que brindan servicios de atención médica similares a largo plazo que están cubiertos por Medicare Parte A, Medicare Parte B o Medicaid; y cuyos residentes tienen necesidades y estado de atención médica similares a los otros tipos de instalaciones nombradas. Un Plan de Necesidades Especiales institucional debe tener un acuerdo contractual con (o poseer y operar) las instalaciones específicas de LTC.

Plan de Necesidades Especiales Equivalente Institucional (SNP): un plan que inscribe a personas elegibles que viven en la comunidad pero que requieren un nivel institucional de atención según la evaluación estatal. La evaluación debe realizarse utilizando la misma herramienta de evaluación del nivel de atención del estado respectivo y administrada por una entidad que no sea la organización que ofrece el plan. Este tipo de Plan de Necesidades Especiales puede restringir la inscripción a las personas que residen en un centro de vida asistida (ALF, por sus siglas en inglés) contratado si es necesario para garantizar la prestación uniforme de atención especializada.

Biosimilar intercambiable : un biosimilar que se puede usar como sustituto de un producto biosimilar original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta porque cumple con los requisitos adicionales relacionados con la posibilidad de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Lista de medicamentos cubiertos (formulario o lista de medicamentos): una lista de medicamentos recetados cubiertos por el plan.

Subsidio por Bajos Ingresos (LIS, por sus siglas en inglés) – Vea "Ayuda Adicional".

Programa de descuento para fabricantes: un programa bajo el cual los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos por la Parte D. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y los fabricantes de medicamentos.

Monto máximo de desembolso: lo máximo que paga de su bolsillo durante el año calendario por los servicios cubiertos dentro y fuera 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 la Parte B de Medicare y los medicamentos recetados no cuentan para el monto máximo de gastos de bolsillo. (**Nota:** Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan este máximo de gastos de bolsillo).

Medicaid (o Asistencia Médica) - Un programa federal y estatal conjunto que ayuda con los costos médicos para algunas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero la mayoría de los costos de atención médica están cubiertos si califica para Medicare y Medicaid.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Indicación médicamente aceptada: un uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por ciertas referencias, como la información sobre medicamentos del Servicio de Formulario de Hospitales Estadounidenses y el sistema de información DRUGDEX de Micromedex.

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

Medicare : 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 (generalmente aquellas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón).

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

Plan Medicare Advantage (MA): a veces llamado Medicare Parte C. Un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para proporcionarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser i) un HMO, ii) un PPO, iii) un plan privado de pago por servicio (PFFS) o iv) un plan de cuenta de ahorros médicos (MSA) de Medicare. Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan HMO o PPO de Medicare Advantage también puede ser un Plan de Necesidades Especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen Medicare Parte D (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se denominan **planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados**.

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 que están cubiertos por las Partes A y B de Medicare. El término servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como la vista, la dental o la audición, que puede ofrecer un plan Medicare Advantage.

Plan de salud de Medicare : una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para proporcionar beneficios de la Parte A y la Parte B a las personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye todos los Planes Medicare Advantage, los Planes de Costos de Medicare, los Planes de Necesidades Especiales, los Programas de Demostración/Piloto y los Programas de Atención Integral para Personas Mayores (PACE).

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Medicare Parte D): seguro para ayudar a pagar los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare.

Póliza Medigap (Seguro Suplementario de Medicare) - Seguro complementario de Medicare vendido por compañías de seguros privadas para llenar "vacíos" en Medicare Original. Las pólizas de Medigap solo funcionan con Medicare Original. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Miembro (Miembro de nuestro Plan o Miembro del Plan): una persona con Medicare que es 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 (CMS).

Servicios para miembros : un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder a sus preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas y apelaciones.

Farmacia de la red : una farmacia que tiene un contrato con nuestro plan donde los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos recetados. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas solo si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

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

Producto biológico original : un producto biológico que ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y sirve como comparación para los fabricantes que fabrican una versión biosimilar. También se le llama producto de referencia.

Medicare Original (Medicare Tradicional o Medicare de pago por servicio): Medicare Original es ofrecido por el gobierno, y no por un plan de salud privado como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. Bajo Medicare Original, los servicios de Medicare están cubiertos por el pago a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica de los montos de pago establecidos por el Congreso. Puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Debe pagar el deducible. Medicare paga su parte del monto aprobado por Medicare, y usted paga su parte. Medicare Original tiene dos partes: Parte A (seguro hospitalario) y parte B (seguro médico) y está disponible en todo Estados Unidos.

Farmacia fuera de la red : una farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que obtiene de farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red : un proveedor o centro que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no son empleados, propiedad ni operados por nuestro plan.

Gastos de bolsillo : consulte la definición de costos compartidos más arriba. El requisito de costos compartidos de un miembro para pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como requisito de gastos de bolsillo del miembro.

Umbral de gastos de bolsillo: el monto máximo que paga de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D.

Plan PACE - Un plan PACE (Programa de Atención Todo Inclusiva para Personas Mayores) combina servicios y apoyos médicos, sociales y a largo plazo (LTSS) para personas frágiles para ayudar a las personas a mantenerse independientes y vivir en su comunidad (en lugar de mudarse a un hogar de ancianos) el mayor tiempo posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben sus beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

Parte C: consulte el plan Medicare Advantage (MA).

Parte D – El Programa de Beneficios de Medicamentos Recetados de Medicare.

Medicamentos de la Parte D: medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos o no ofrecer todos los medicamentos de la Parte D. Ciertas categorías de medicamentos han sido excluidas de la cobertura de la Parte D por el Congreso. Ciertas categorías de medicamentos de la Parte D deben estar cubiertas por todos los planes.

Multa por inscripción tardía de la Parte D : una cantidad que se agrega a su prima mensual para la cobertura de medicamentos de Medicare si no tiene cobertura acreditable (cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después de que sea elegible por primera vez para inscribirse en un plan de la Parte D. Si pierde la "Ayuda Adicional", puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía si pasa 63 días o más seguidos sin la Parte D u otra cobertura de medicamentos recetados acreditable.

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO): un plan de Organización de Proveedores Preferidos es un plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros del plan por un monto de pago específico. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, ya sea que se reciban de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red. Los costos compartidos de los miembros generalmente serán más altos cuando los beneficios del plan se reciben de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual en sus gastos de bolsillo para los servicios recibidos de los proveedores de la red (preferidos) y un límite más alto en sus gastos de bolsillo combinados totales para los servicios de los proveedores de la red (preferidos) y fuera de la red (no preferidos).

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

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

Médico de atención primaria : el médico u otro proveedor que consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, debe consultar a su proveedor de atención primaria antes de ver a cualquier otro proveedor de atención médica.

Autorización previa : aprobación por adelantado para obtener servicios o ciertos medicamentos. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la Tabla de Beneficios Médicos en el Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario y nuestros criterios se publican en nuestro sitio web.

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

Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO, por sus siglas en inglés) - 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.

Límites de cantidad : una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por razones de calidad, seguridad o utilización. Los límites pueden estar en la cantidad del medicamento que cubrimos por receta o por un período de tiempo definido.

"Herramienta de beneficios en tiempo real" - Un portal o aplicación informática en la que los afiliados pueden buscar información completa, precisa, oportuna, clínicamente apropiada y específica del formulario y los beneficios del afiliado. Esto incluye montos de costos compartidos, medicamentos alternativos del formulario que se pueden usar para la misma condición de salud que un medicamento determinado y restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Servicios de rehabilitación : estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje y terapia ocupacional.

Área de servicio : un área geográfica en la que debe vivir para inscribirse en un plan de salud en particular. En el caso de los planes que limitan los médicos y hospitales que puede utilizar, también suele ser el área donde puede obtener servicios de rutina (que no sean de emergencia). El plan debe cancelar su inscripción si se muda permanentemente fuera del área de servicio del plan.

Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) - Atención de enfermería especializada y servicios de rehabilitación que se proporcionan de forma continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Ejemplos de atención incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser administradas por una enfermera o un médico registrados.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Plan de Necesidades Especiales - Un tipo especial de Plan Medicare Advantage que brinda atención médica más enfocada para grupos específicos de personas, como aquellos que tienen Medicare y Medicaid, que residen en un hogar de ancianos o que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Terapia escalonada : una herramienta de utilización que requiere que primero pruebe otro medicamento para tratar su afección médica antes de que cubramos el medicamento que su médico pudo haber recetado inicialmente.

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés) - Un beneficio mensual pagado por el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que son discapacitadas, ciegas o mayores de 65 años. Los beneficios de SSI no son lo mismo que los beneficios del Seguro Social.

Servicios que se necesitan con urgencia : un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata que no es una emergencia es un servicio que se necesita con urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan, o si no es razonable, dado su tiempo, lugar y circunstancias, obtener este servicio de los proveedores de la red con los que tiene contrato el plan. Ejemplos de servicios que se necesitan con urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas, o brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina médicamente necesarias al proveedor, como los chequeos anuales, no se consideran urgentes, incluso si se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.

Servicios para miembros de Florida Complete Care-Duals VIP (HMO-POS D-SNP)

Método	Servicios para miembros – Información de contacto
LLAMAR	<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) de Del 1 de abril al 30 de septiembre. Nuestro sistema automatizado está disponible en cualquier momento para las opciones de autoservicio. También puedes dejar un mensaje después horario 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 automatizado sistema. Un representante le devolverá la llamada al final del próximo día. día laborable. El Departamento de Servicios para Miembros también cuenta con intérprete de idiomas gratuito servicios disponibles para personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p><i>711</i></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 el Día de 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><i>Apartado de correos 667870</i></p> <p><i>Miami, Florida 33166</i></p>
SITIO WEB	<p>FC2healthplan.com</p>

Florida SHINE es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito sobre seguros de salud locales a las personas con Medicare.

Método	Información de contacto
LLAMAR	1-800-96-ELDER (1-800-963-5337) De 8 a.m. a 5 p.m., hora local, de lunes a viernes
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/

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control válido de la 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, por favor escriba 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 panggamot. 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 답해 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. سيقوم شخص TTY:711, 1-833-322-7526 للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 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。

Aviso de no discriminación

Florida Complete Care cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (de acuerdo con el alcance de la discriminación sexual descrita en 45 CFR § 92.101(a)(2)) (o sexo, incluidas las características sexuales, incluidos los rasgos intersexuales; embarazo o condiciones relacionadas; orientación sexual; identidad de género, y estereotipos sexuales). **Florida Complete Care** no excluye a las personas ni las trata de manera menos favorable debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Florida Complete Care:

- Proporciona a las personas con discapacidades modificaciones razonables y ayudas y servicios auxiliares apropiados gratuitos para comunicarse de manera efectiva con nosotros, tales como:
 - o Intérpretes calificados de lenguaje de señas
 - o Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios gratuitos de asistencia lingüística a personas cuya lengua materna no es el inglés, que pueden incluir:
 - o Intérpretes cualificados
 - o Información escrita en otros idiomas.

Si necesita modificaciones razonables, ayudas y servicios auxiliares apropiados o servicios de asistencia lingüística, comuníquese con **Jennifer Fagundo**.

Si cree que **Florida Complete Care** no ha brindado estos servicios o lo ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante lo siguiente:

Jennifer Fagundo, Directora Sénior de Operaciones de Medicare

4601 SW 77th Avenue

Miami, FL 33166

(888) 262-1292, 711 (TTY)

Fax 1-800-887-2838

JFagundo@ilshealth.com

Puede presentar una queja en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, **Jennifer Fagundo, Directora Sénior de Operaciones de Medicare**, está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., electrónicamente a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono a:

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

200 Avenida de la Independencia, SW

Sala 509F, Edificio HHH

Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

