Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2026

Evidencia de cobertura para 2026:

Sus beneficios y servicios de salud y su cobertura de medicamentos de Medicare como afiliado de Florida Complete Care-Duals VIP (HMO-POS D-SNP)

Este documento proporciona los detalles sobre su cobertura de salud y de medicamentos de Medicare y de Medicaid de Florida del 1 de enero al 31 de diciembre de 2026. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Este documento explica sus beneficios y derechos. Use este documento para entender:

- La prima y el costo compartido de nuestro plan
- Nuestros beneficios médicos y de medicamentos
- Cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento
- Cómo comunicarse con nosotros
- Otras protecciones exigidas por la ley de Medicare

Si tiene preguntas sobre este documento, llame a Servicios para Afiliados al 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526). **(Los usuarios de TTY deben llamar al 711).** Nuestro horario de atención 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 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (excepto feriados federales), del 1 de abril al 30 de septiembre. **La llamada es gratuita.**

Florida Complete Care ofrece este plan, Florida Complete Care-Duals VIP (HMO-POS D-SNP). (Cuando en esta *Evidencia de cobertura* se usan los términos “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se hace referencia a Florida Complete Care. Cuando se dice “plan” o “nuestro plan”, significa 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, incluido braille, letra grande y audio. Si necesita información del plan en otro formato, llame al Servicios para Afiliados al número que aparece arriba.

Contamos con servicios gratuitos de interpretación para responder cualquier pregunta que pudiera tener sobre nuestro plan de salud o de medicamentos. Para obtener un intérprete, simplemente llámenos al 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526). (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Nuestro horario de atención 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 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (excepto feriados federales), del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Una persona que habla su idioma preferido puede ayudarlo. Se trata de un servicio gratuito en los siguientes idiomas: español, chino, tagalo, francés, vietnamita, alemán, coreano, ruso, árabe, italiano, portugués, criollo francés, polaco, hindi y japonés.

Los beneficios, las primas, los deducibles y los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2027.

Nuestro formulario, red de farmacias y red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso sobre cualquier cambio que pueda afectarle con al menos 30 días de anticipación.

H9986_2026EOC004v1_C SP

Índice

CAPÍTULO 1: Inicio como afiliado 5

SECCIÓN 1 Usted es un afiliado de Florida Complete Care-Duals VIP (HMO-POS D-SNP) 5
SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan 6
SECCIÓN 3 Materiales importantes de afiliación 9
SECCIÓN 4 Resumen de costos importantes para 2026 12
SECCIÓN 5 Más información sobre la prima mensual del plan 17
SECCIÓN 6 Mantenga actualizado su registro de afiliado de nuestro plan 18
SECCIÓN 7 Cómo funciona otro seguro con nuestro plan 19

CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos 21

SECCIÓN 1 Contactos de Florida Complete Care-Duals VIP (HMO-POS D-SNP) 21
SECCIÓN 2 Obtenga ayuda de Medicare 27
SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) 28
SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO) 29
SECCIÓN 5 Seguro Social 30
SECCIÓN 6 Medicaid 31
SECCIÓN 7 Programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos recetados 33
SECCIÓN 8 Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB) 34

CAPÍTULO 3: Cómo usar nuestro plan para recibir sus servicios médicos y otros servicios cubiertos 36

SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica y otros servicios como afiliado de nuestro plan 36
SECCIÓN 2 Use proveedores dentro de la red de nuestro plan para recibir atención médica y otros servicios 38
SECCIÓN 3 Cómo recibir servicios en caso de emergencia, catástrofe o necesidad urgente de atención 41
SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de servicios cubiertos? 44
SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica 44
SECCIÓN 6 Reglas para recibir atención en una institución religiosa de atención de la salud no médica 46
SECCIÓN 7 Reglas de propiedad del equipo médico duradero 47

CAPÍTULO 4: Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto) 50

SECCIÓN 1 Explicación de los servicios cubiertos 50

SECCIÓN 2 La Tabla de beneficios médicos muestra sus costos y beneficios médicos 51

SECCIÓN 3 Servicios cubiertos fuera de Florida Complete Care-Duals VIP (HMO-POS D-SNP) 99

SECCIÓN 4 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones) 100

CAPÍTULO 5: Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D 103

SECCIÓN 1 Reglas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan 103

SECCIÓN 2 Surta su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan 104

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan 109

SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones en la cobertura 111

SECCIÓN 5 Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto como quisiera 112

SECCIÓN 6 Nuestra Lista de medicamentos puede cambiar durante el año 114

SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos 117

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta 118

SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales 119

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos 120

CAPÍTULO 6: Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D 124

SECCIÓN 1 Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D 124

SECCIÓN 2 Etapas de pago de medicamentos para los afiliados de Florida Complete Care-Duals VIP (HMO-POS D-SNP) 127

SECCIÓN 3 Su *Explicación de beneficios de la Parte D* explica en qué etapa de pago se encuentra 127

SECCIÓN 4 La etapa del deducible 129

SECCIÓN 5 La etapa de cobertura inicial 130

SECCIÓN 6 La etapa de cobertura de gastos médicos mayores 133

SECCIÓN 7 Lo que usted paga por las vacunas de la Parte D 133

CAPÍTULO 7: Cómo solicitarnos que paguemos una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos 136

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte por servicios o medicamentos cubiertos 136

SECCIÓN 2 Cómo pedirnos que le reembolsemos o paguemos una factura que recibió 139

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y la aprobaremos o denegaremos 139

CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades 141

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y su cultura 141

SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como afiliado de nuestro plan 148

CAPÍTULO 9: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) 150

SECCIÓN 1 Qué hacer si tiene un problema o una inquietud 150

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y ayuda personalizada 150

SECCIÓN 3 Explicación de las quejas y apelaciones de Medicare y de Medicaid 152

SECCIÓN 4 Qué proceso debe usar para su problema 152

SECCIÓN 5 Guía para las decisiones de cobertura y las apelaciones 153

SECCIÓN 6 Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 156

SECCIÓN 7 Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 168

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que cubramos una estadía en el hospital como paciente internado más prolongada si cree que le están dando de alta demasiado pronto 178

SECCIÓN 9 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo determinados servicios médicos si cree que su cobertura finalizará demasiado pronto 184

SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación a los Niveles 3, 4 y 5 188

SECCIÓN 11 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes 192

CAPÍTULO 10: Cancelación de su afiliación a nuestro plan 197

SECCIÓN 1 Cancelación de su afiliación a nuestro plan 197

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su afiliación a nuestro plan? 197

SECCIÓN 3 Cómo cancelar su afiliación a nuestro plan 201

SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su afiliación, debe seguir recibiendo sus servicios, artículos médicos y medicamentos a través de nuestro plan 202
SECCIÓN 5 Florida Complete Care-Duals VIP debe cancelar su afiliación a nuestro plan en determinadas situaciones 202

CAPÍTULO 11: Avisos legales 205
SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley aplicable 205
SECCIÓN 2 Aviso sobre antidiscriminación..... 205
SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare 206

CAPÍTULO 12: Definiciones 207

CAPÍTULO 1: Inicio como afiliado

SECCIÓN 1 Usted es un afiliado de Florida Complete Care-Duals VIP (HMO-POS D-SNP)

Sección 1.1 Está inscrito en Florida Complete Care-Duals VIP (HMO-POS D-SNP), que es un Plan para Personas con Necesidades Especiales de Medicare

Usted tiene cobertura tanto de Medicare como de Medicaid:

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

Usted eligió obtener su cobertura de atención de la salud y de medicamentos de Medicare y de Medicaid a través de nuestro plan, Florida Complete Care-Duals VIP. Nuestro plan cubre todos los servicios de la Parte A y de la Parte B. Sin embargo, el costo compartido y el acceso a proveedores en nuestro plan difieren de Medicare Original.

Florida Complete Care-Duals VIP es un plan Medicare Advantage especializado (un Plan para Personas con Necesidades Especiales de Medicare), lo que significa que sus beneficios se diseñaron para personas con necesidades especiales de atención de la salud. Florida Complete Care-Duals VIP está diseñado para personas que tienen Medicare y tienen derecho a recibir ayuda de Medicaid.

Dado que usted recibe ayuda 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 Medicare. Medicaid también proporciona otros beneficios al cubrir servicios de atención de la salud que generalmente Medicare no cubre. También recibirá el programa Ayuda

Adicional de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos de Medicare. Florida Complete Care-Duals VIP lo ayudará a administrar todos estos beneficios, de manera que usted reciba los servicios de salud y la ayuda con los pagos a los que tiene derecho.

Florida Complete Care-Duals VIP (HMO-POS D-SNP) está dirigido por una empresa privada. Como todos los planes Medicare Advantage, este Plan para Personas con Necesidades Especiales de Medicare está aprobado por Medicare. Nuestro plan también tiene un contrato con el programa Medicaid de Florida para coordinar sus beneficios de Medicaid. Nos complace proporcionarle su cobertura de Medicare y de Medicaid, incluida la cobertura de medicamentos *y servicios de atención a largo plazo*.

Sección 1.2 Información legal sobre la *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 los avisos que reciba de nosotros sobre cambios en su cobertura o condiciones que afecten su cobertura. Estos avisos a veces se denominan *cláusulas adicionales* o *enmiendas*.

El contrato tiene vigencia durante los meses en que usted esté inscrito en Florida Complete Care-Duals VIP, entre el 1 de enero de 2026 y el 31 de diciembre de 2026.

Medicare nos permite hacer cambios en nuestros planes que ofrecemos cada año calendario. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Florida Complete Care-Duals VIP después del 31 de diciembre de 2026. Además, podemos decidir dejar de ofrecer nuestro plan en su área de servicio después del 31 de diciembre de 2026.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) y la Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud de Florida deben aprobar Florida Complete Care-Duals VIP. Usted puede seguir recibiendo cada año cobertura de Medicare como afiliado de nuestro plan siempre y cuando decidamos seguir ofreciendo nuestro plan y Medicare y Medicaid de Florida renueven la aprobación de nuestro plan.

SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para afiliarse a nuestro plan siempre y cuando cumpla con todas estas condiciones:

- Tenga tanto la Parte A de Medicare como la Parte B de Medicare

- Viva en nuestra área geográfica de servicio (descrita en la Sección 2.3). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área geográfica de servicio, aunque se encuentren físicamente en ella.
- Sea ciudadano de los Estados Unidos o tenga presencia legal en los Estados Unidos
- Cumpla con los requisitos de elegibilidad especiales 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 federal y estatal conjunto que ayuda a algunas personas con recursos e ingresos limitados a pagar sus costos médicos). Para ser elegible para nuestro plan, usted debe ser elegible tanto para Medicare como para Medicaid. Este plan es un Plan Altamente Integrado para Personas con Necesidades Especiales (Highly Integrated Special Needs Plan, HIDE) que viven en nuestra área de servicio y tienen el plan de atención a largo plazo de Florida Community Care.

Nota: Si pierde su elegibilidad, pero se puede esperar razonablemente que la recupere en un plazo de 3 meses, sigue siendo elegible para su afiliación. La Sección 2.1 del Capítulo 4 explica la cobertura y los costos compartidos durante un período en el que se considera que sigue teniendo elegibilidad.

Sección 2.2 Medicaid

Medicaid es un programa federal y estatal conjunto que ayuda a algunas personas con recursos e ingresos limitados a pagar sus costos médicos y de atención a largo plazo. 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 dirigir su programa siempre y cuando se cumplan las pautas federales.

Además, Medicaid ofrece programas para ayudar a las personas a pagar los costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos Programas de Ahorros de Medicare ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero cada año:

- **Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, 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 beneficios completos de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario de Medicare de Bajos Ingresos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para beneficios completos de Medicaid [SLMB+]).
- **Persona Elegible (Qualifying Individual, QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.

- **Trabajadores Discapacitados Calificados (Qualified Disabled & Working Individuals, QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.
- **Persona con Elegibilidad Doble y Beneficios Completos (Full Benefit Dual Eligible, FBDE):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coseguros y copagos). Los beneficiarios elegibles también reciben los beneficios completos de Medicaid.

Sección 2.3 Área de servicio del plan para Florida Complete Care-Duals VIP

Florida Complete Care-Duals VIP solo está disponible para las personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo afiliado de nuestro plan, usted debe seguir viviendo en el área de servicio de nuestro plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye estos condados de 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 tiene pensado mudarse a un nuevo estado, también debe comunicarse con la oficina de Medicaid de su estado y preguntar cómo afectará esta mudanza a sus beneficios de Medicaid. Los números de teléfono de Medicaid se encuentran en la Sección 6 del Capítulo 2 de este documento.

Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo afiliado de este plan. Llame a Servicios para Afiliados al 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526) (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para saber si tenemos un plan en su nueva área. Nuestro horario de atención 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 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (excepto feriados federales), del 1 de abril al 30 de septiembre. Cuando se mude, tendrá un período de inscripción especial para cambiarse a Medicare Original o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare en su nuevo lugar.

Si se muda o cambia de dirección postal, también es importante que llame al Seguro Social. Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

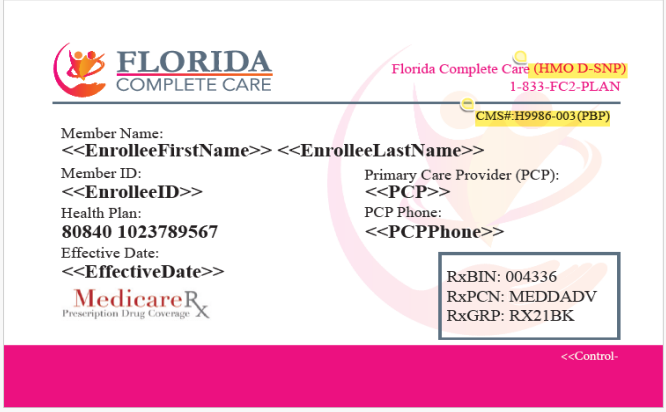
Sección 2.4 Ciudadano estadounidense o con presencia legal

Usted debe ser ciudadano estadounidense o tener presencia legal en los Estados Unidos para ser un afiliado de un plan de salud de Medicare. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a Florida Complete Care-Duals VIP si usted no es elegible para seguir siendo afiliado de nuestro plan por esta razón. Florida Complete Care-Duals VIP debe cancelar su inscripción si usted no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes de afiliación

Sección 3.1 Su tarjeta de afiliado de nuestro plan

Use su tarjeta de afiliado cada vez que reciba servicios cubiertos por nuestro plan y para medicamentos recetados que obtenga en farmacias de la red. Debe mostrarle al proveedor su tarjeta de Medicaid. Tarjeta de afiliado de muestra:


>

NO use su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para recibir servicios médicos cubiertos mientras sea afiliado de este plan. Si usa su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de afiliado de Florida Complete Care-Duals VIP, es posible que deba pagar el costo total de los servicios médicos. Mantenga su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Se le puede pedir que la muestre si necesita servicios hospitalarios o paliativos, o si participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare (también llamados ensayos clínicos).

Si su tarjeta de afiliado de nuestro plan se daña, se pierde o se la roban, llame a Servicios para Afiliados al 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526) (los usuarios de TTY deben llamar al 711) de inmediato y le enviaremos una nueva. Nuestro horario de atención 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 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (excepto feriados federales), del 1 de abril al 30 de septiembre.

Sección 3.2 Directorio de proveedores

El *Directorio de proveedores* https://fc2healthplan.com/wp-content/uploads/2025/06/FC2_20250801_PRVDIR-V1.pdf enumera los proveedores de nuestra red y los proveedores de equipos médicos duraderos. Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de atención de la salud, grupos médicos, proveedores de equipos médicos duraderos, hospitales y otros centros de atención de la salud que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago total.

Debe usar proveedores de la red para recibir atención y servicios médicos. Si va a otro lugar sin la debida autorización, tendrá que pagar la totalidad. Las únicas excepciones son emergencias, servicios que se necesitan con urgencia cuando la red no está disponible (es decir, en situaciones en las que no es razonable o no es posible recibir servicios dentro de la red), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que Florida Complete Care–Duals VIP autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

Florida Complete Care–Duals VIP ofrece una opción de punto de servicio (point of service, POS) para recibir servicios de médicos especialistas en todo el estado de Florida. Estos especialistas pueden ser proveedores dentro o fuera de la red. Consulte el Capítulo 3 (Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos) para obtener información más específica sobre el punto de servicio.

Obtenga la lista más reciente de proveedores y distribuidores en nuestro sitio web en FC2healthplan.com.

Si no tiene un *Directorio de proveedores*, puede pedir una copia (en formato electrónico o en papel) a Servicios para Afiliados al 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526) (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Nuestro horario de atención 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 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (excepto feriados federales), del 1 de abril al 30 de septiembre. Si solicita un *Directorio de proveedores* en papel, se le enviará por correo postal en un plazo de 3 días hábiles.

Sección 3.3 Directorio de farmacias

El *Directorio de farmacias* https://fc2healthplan.com/wp-content/uploads/2024/10/FC2_PharmacyDirectory_20251001_V1.pdf enumera las farmacias de nuestra red. **Farmacias de la red** son las farmacias que acordaron surtir las recetas de medicamentos cubiertos a los afiliados de nuestro plan. Use el *Directorio de farmacias* para buscar la farmacia de la red que desee usar. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener información sobre cuándo puede usar farmacias que no estén dentro de la red de nuestro plan.

Si no tiene un Directorio de farmacias, puede pedir una copia a Servicios para Afiliados al 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526) (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Nuestro horario de atención 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 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (excepto feriados federales), del 1 de abril al 30 de septiembre. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en FC2healthplan.com.

Sección 3.4 Lista de medicamentos (formulario)

Nuestro plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos* (también llamada Lista de medicamentos o formulario). Indica qué medicamentos recetados están cubiertos por el beneficio de la Parte D en Florida Complete Care-Duals VIP. Nuestro plan elige los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La Lista de medicamentos debe cumplir con los requisitos de Medicare. Los medicamentos con precios negociados conforme al Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare se incluirán en su Lista de medicamentos, a menos que hayan sido quitados y reemplazados según lo descrito en la Sección 6 del Capítulo 5. Medicare aprobó la Lista de medicamentos de Florida Complete Care-Duals VIP.

La Lista de medicamentos también le informa si hay reglas que restrinjan la cobertura de un medicamento.

Le proporcionaremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y actual sobre qué medicamentos están cubiertos, visite https://fc2healthplan.com/prescription-drug-coverage/ o llame a Servicios para Afiliados al 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526) (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Nuestro horario de atención 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 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (excepto feriados federales), del 1 de abril al 30 de septiembre.

SECCIÓN 4 Resumen de costos importantes para 2026

	Sus costos en 2026
Prima mensual del plan* * La prima puede ser mayor que este monto. Para obtener detalles, consulte la Sección 4.1.	***$0 por mes***
Deducible	***$0***
Monto máximo de gastos de su bolsillo Este es el máximo que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos. (Para obtener detalles, consulte la Sección 1 del Capítulo 4).	***Usted no es responsable de pagar ningún gasto de su bolsillo hasta alcanzar el monto máximo de gastos de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.***
Visitas al consultorio de atención primaria	***$0.00*** **por visita**
Visitas al consultorio de especialistas	***$0.00*** **por visita**
Estadías en el hospital como paciente internado	***Usted paga $0 por la atención hospitalaria como paciente internado cubierta por Medicare.*** **Se requiere autorización previa para atención hospitalaria y servicios de trasplante dentro de la red.** **$0**

	Sus costos en 2026
Deducible de cobertura de medicamentos de la Parte D (Para obtener detalles, consulte la Sección 4 del Capítulo 6).	***$615.00*** **Excepto los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.** **Si recibe el programa Ayuda Adicional, no tiene deducible.**
Cobertura de medicamentos de la Parte D (Para obtener detalles sobre las etapas de deducible anual, de cobertura inicial y de cobertura de gastos médicos mayores, consulte la Sección 6).	***Coseguro* durante la etapa de cobertura inicial:** **Usted pagará el *25% o su copago del programa Ayuda Adicional,* lo que sea menor.** **Usted paga $35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Si recibe el programa Ayuda Adicional, pagará el 25% o su copago del programa Ayuda Adicional, lo que sea menor.** **Etapa de cobertura de gastos médicos mayores:** **Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.**

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Prima del beneficio complementario opcional (Sección 4.3)

- Multa por inscripción tardía en la Parte D (Sección 4.4)
- Monto ajustado mensual 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 del plan aparte por Florida Complete Care-Duals VIP.

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

Muchos afiliados deben pagar otras primas de Medicare

Algunos afiliados deben pagar otras primas de Medicare. Como se explica en la Sección 2 anterior, para ser elegible para nuestro plan, usted debe mantener su elegibilidad para Medicaid, así como tener tanto la Parte A de Medicare como la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los afiliados de Florida Complete Care-Duals VIP, Medicaid paga la prima de la Parte A (si no califica para ella automáticamente) y la prima de la Parte B.

Si Medicaid no paga las primas de Medicare por usted, usted debe seguir pagando las primas de Medicare para seguir siendo afiliado de nuestro plan. Esto incluye la prima de la Parte B. También puede pagar una prima de la Parte A si no es elegible para la Parte A sin prima.

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía en la Parte D

Debido a que tiene elegibilidad doble, la multa por inscripción tardía (late enrollment penalty, LEP) no se aplica mientras mantenga su elegibilidad doble, pero si la pierde, puede incurrir en una multa por inscripción tardía. La multa por inscripción tardía en la Parte D es una prima adicional que se debe pagar por la cobertura de la Parte D si, en algún momento después de que haya terminado su período de inscripción inicial, hubo un período de 63 días consecutivos o más durante los que usted no tuvo cobertura de medicamentos de la Parte D u otra cobertura de medicamentos acreditable. La cobertura acreditable de medicamentos recetados es una cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare ya que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados. Usted tendrá que pagar esta multa durante todo el tiempo que tenga la cobertura de la Parte D.

Usted **no** tiene que pagar la multa por inscripción tardía en la Parte D si:

- Recibe el programa Ayuda Adicional de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos.
- Pasó menos de 63 días consecutivos sin cobertura acreditable.
- Tuvo cobertura de medicamentos acreditable a través de otra fuente (como un empleador anterior, un sindicato, TRICARE o la Administración de Salud para Veteranos [Veterans Health Administration, VHA]). Su aseguradora o el Departamento de Recursos Humanos le informará cada año si su cobertura de medicamentos es acreditable. Puede recibir esta información por carta o a través de un boletín de parte del plan. Guarde esta información, porque puede necesitarla si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

    - **Nota:** Todo aviso o carta debe indicar que usted tenía una cobertura acreditable de medicamentos recetados que se espera que pague tanto como el plan de medicamentos estándar de Medicare.
    - **Nota:** Las tarjetas de descuento para medicamentos recetados, las clínicas gratuitas y los sitios web de descuentos para medicamentos no son cobertura acreditable de medicamentos recetados.

Medicare determina el monto de la multa por inscripción tardía en la Parte D. Así es como funciona:

- Primero, cuente la cantidad de meses completos que demoró en inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, después de ser elegible para inscribirse. O bien, cuente el número de meses completos que no tuvo cobertura acreditable de medicamentos, si la interrupción en 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 del año anterior (la prima básica nacional del beneficiario). Para el año 2026, el monto de la prima promedio es de *$38.99*. Este monto podría cambiar para 2026.
- Para calcular su multa mensual, multiplique el porcentaje de la multa por la prima básica nacional del beneficiario y luego redondee a los 10 centavos más próximos. En este ejemplo, sería el 14% multiplicado por *$38.99*, lo que equivale a *$5.45.* Esto se redondea a $*5.50*. Este monto se agregaría **a la prima mensual para alguien con una multa por inscripción tardía en la Parte D**.

Tres cosas importantes para tener en cuenta sobre la multa mensual por inscripción tardía en la Parte D:

- **La multa puede cambiar cada año,** porque la prima básica nacional del beneficiario puede cambiar cada año.
- **Usted seguirá pagando una multa** cada mes durante todo el tiempo que esté inscrito en un plan que tenga beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, aunque usted cambie de plan.
- Si usted es *menor* de 65 años y está inscrito en Medicare, la multa por inscripción tardía en la Parte D se reiniciará cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, su multa por inscripción tardía en la Parte D se basará únicamente en los meses en que usted no tenga cobertura después de su período de inscripción inicial en Medicare debido a la edad.

Si no está de acuerdo con la multa por inscripción tardía en la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión. Generalmente, usted debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que reciba para indicarle que tiene que pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si estaba pagando una multa antes de inscribirse en nuestro plan, es posible que no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de esa multa por inscripción tardía.

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

Sección 4.4 Monto del ajuste mensual relacionado con los ingresos

Si pierde su elegibilidad para este plan debido a cambios en los ingresos, es posible que algunos afiliados deban pagar un cargo adicional por su plan de Medicare, conocido como monto del ajuste mensual relacionado con los ingresos (income related monthly adjustment amount, IRMAA) de la Parte D. El cargo adicional se calcula a partir de sus ingresos brutos ajustados y modificados según lo informado en su declaración de impuestos de hace 2 años ante el Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS). Si este monto excede cierta cantidad, pagará el monto de la prima estándar y el monto del ajuste mensual relacionado con los ingresos adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que puede tener que pagar según sus ingresos, visite es.medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs.

Si tiene que pagar un monto del ajuste mensual relacionado con los ingresos adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta en la que le indicará cuál será ese monto adicional. El monto adicional se retendrá de su cheque de beneficios del Seguro Social, de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios o de la Oficina de Administración de Personal, independientemente de cómo usted suela pagar la prima de nuestro 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. **Usted debe pagar el monto del ajuste mensual relacionado con los ingresos adicional al gobierno. No se puede pagar con la prima mensual del plan. Si no paga el monto del ajuste mensual relacionado con los ingresos adicional, se cancelará su inscripción en nuestro plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.**

Si no está de acuerdo con el pago de un monto del ajuste mensual relacionado con los ingresos adicional, puede pedir al Seguro Social que revise la decisión. Para saber cómo hacerlo, llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 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 nuestro plan (si tiene una) 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 adeuda por los medicamentos recetados que obtiene más el saldo del mes anterior, dividido por la cantidad de meses restantes del año.

La Sección 7 del Capítulo 2 contiene más información 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 la prima mensual del plan

Sección 5.1 La prima mensual de nuestro plan no cambiará durante el año

No se nos permite cambiar el monto de la prima mensual de nuestro plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambiará para el próximo año, se lo comunicaremos en septiembre, y la nueva prima 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 adeuda una, o quizás tenga que comenzar a pagar una multa por inscripción tardía. Esto podría ocurrir si empieza a ser elegible para el programa Ayuda Adicional o pierde su elegibilidad para el programa Ayuda Adicional durante el año.

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

Obtenga más información sobre el programa Ayuda Adicional en la Sección 7 del Capítulo 2.

SECCIÓN 6 Mantenga actualizado su registro de afiliado de nuestro plan

Su registro de afiliado tiene información de su formulario de inscripción, que incluye 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 dentro de la red de nuestro plan **usan su registro de afiliado para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y cuáles son sus montos de costo compartido**. Por esta razón, es muy importante que usted nos ayude a mantener su información actualizada.

Si tiene alguno de estos cambios, avísenos:

- Cambios en su nombre, su dirección o su número de teléfono
- Cambios en otra cobertura de salud que tenga (como de su empleador, el empleador de su cónyuge o pareja de hecho, compensación laboral o Medicaid)
- Cualquier reclamo por responsabilidad civil, como reclamos debido a un accidente de tránsito
- Si es admitido en un asilo de ancianos
- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias fuera del área o fuera de la red
- Si cambia la persona que ha sido designada como responsable de usted (por ejemplo, un cuidador)
- Si participa en un estudio de investigación clínica (**Nota:** No está obligado a informar a nuestro plan los estudios de investigación clínica en los que piensa participar, pero le recomendamos que lo haga).

Si algo de esta información cambia, llame a Servicios para Afiliados al 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526) (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para avisarnos. Nuestro horario de atención 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 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (excepto feriados federales), del 1 de abril al 30 de septiembre.

También es importante contactar al Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

SECCIÓN 7 Cómo funciona otro seguro con nuestro plan

Medicare nos exige que recopilemos información sobre cualquier otra cobertura médica o de medicamentos que usted tenga para poder coordinar cualquier otra cobertura con sus beneficios conforme a nuestro plan. Esto se llama **coordinación de beneficios**.

Una vez al año, le enviaremos una carta que indique cualquier otra cobertura médica o de medicamentos de las que tengamos conocimiento. Léala detenidamente. Si es correcta, no tiene que hacer nada. Si la información es incorrecta o si tiene otra cobertura que no figura en la lista, llame a Servicios para Afiliados al 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526) (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Nuestro horario de atención 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 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (excepto feriados federales), del 1 de abril al 30 de septiembre. Es posible que deba proporcionar su número de identificación de afiliado de nuestro plan a sus otras aseguradoras (una vez que confirme su identidad) para que sus facturas se paguen de manera correcta y puntual.

Cuando tiene otro seguro (como la cobertura de salud de grupo del empleador), las reglas de Medicare deciden si nuestro plan o su otro seguro paga primero. El seguro que paga primero (el “pagador primario”) paga hasta los límites de su cobertura. El seguro que paga en segundo lugar (el “pagador secundario”) solo paga si los costos no están cubiertos por la cobertura primaria. Es posible que el pagador secundario no pague todos los costos sin cobertura. Si tiene otro seguro, informe a su médico, hospital y farmacia.

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

- Si tiene cobertura para jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud de grupo se basa en su empleo actual o el de un familiar, quien paga primero depende de su edad, la cantidad de personas que trabajan para su empleador y si usted tiene Medicare según la edad, una discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal (end-stage renal disease, ESRD):
    - Si es menor de 65 años y es discapacitado, y usted (o su familiar) aún trabaja, su plan de salud de grupo paga primero si el empleador tiene 100 empleados o más, o si hay al menos un empleador en un plan de varios empleadores que tiene más de 100 empleados.
    - Si es mayor de 65 años y usted (o su cónyuge o pareja de hecho) aún trabaja, su plan de salud de grupo paga primero si el empleador tiene 20 empleados o más, o si hay al menos un empleador en un plan de varios empleadores que tiene más de 20 empleados.

- Si tiene Medicare debido a una enfermedad renal en etapa terminal, su plan de salud de grupo pagará primero durante los primeros 30 meses después de que sea elegible para Medicare.

Estos tipos de cobertura generalmente pagan primero los servicios relacionados con cada tipo:

- Seguro sin culpa (incluido el seguro de automóvil)
- Responsabilidad civil (incluido el seguro de automóvil)
- Beneficios por neumoconiosis
- Compensación laboral

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

CAPÍTULO 2:
Números de teléfono y recursos

SECCIÓN 1 Contactos de Florida Complete Care-Duals VIP (HMO-POS D-SNP)

Para obtener ayuda con reclamos, facturación o preguntas sobre la tarjeta de afiliado, llame o escriba a Servicios para Afiliados de Florida Complete Care-Duals VIP (HMO-POS D-SNP). Nos complacerá ayudarlo.

Servicios para Afiliados – Información de contacto	
Teléfono	1-833-FC2-PLAN Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención 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 feriados), del 1 de abril al 30 de septiembre. Nuestro sistema automatizado está disponible en cualquier momento. También puede dejar un mensaje con nuestro servicio de guardia fuera de horario y los fines de semana y feriados. Deje su número de teléfono y la información que se le solicite. Un representante lo llamará al final del siguiente día hábil. Servicios para Afiliados, 1-833-FC2-PLAN (los usuarios de TTY deben llamar al 711), también tiene servicios gratuitos de interpretación en otros idiomas para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención 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 feriados), del 1 de abril al 30 de septiembre.
Fax	305-402-8178

Correo postal	Florida Complete Care PO Box 261060 Miami, Florida 33126 FC2Members@ilshealth.com
Sitio web	FC2healthplan.com

Cómo solicitar una decisión de cobertura o una apelación sobre su atención médica

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y su cobertura, o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos de la Parte D. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones sobre su atención médica o medicamentos de la Parte D, consulte el Capítulo 9.

Decisiones de cobertura sobre atención médica – Información de contacto	
Teléfono	1-833-FC2-PLAN Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención 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 feriados), del 1 de abril al 30 de septiembre.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención 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 feriados), del 1 de abril al 30 de septiembre.
Fax	305-675-6138
Correo postal	Florida Complete Care PO Box 261060 Miami, Florida 33126
Sitio web	FC2healthplan.com

Apelaciones de atención médica – Información de contacto	
Teléfono	1-833-FC2-PLAN Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención 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 feriados), del 1 de abril al 30 de septiembre.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención 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 feriados), del 1 de abril al 30 de septiembre.
Fax	1-800-765-3695
Correo postal	Florida Complete Care - Appeals PO Box 668170 Miami, Florida 33166 Appeals@FC2healthplan.com

Decisiones de cobertura para medicamentos de la Parte D – Información de contacto	
Teléfono	1-855-344-0930 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
Fax	1-855-633-7673
Correo postal	CVS Caremark Prior Authorization P.O. Box 52000, MC109 Phoenix, AZ 85072-2000

Apelaciones para medicamentos de la Parte D – Información de contacto	
Teléfono	1-855-344-0930 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
Fax	1-855-633-7673
Correo postal	CVS Caremark Part D Appeals P.O. Box 52000, MC109 Phoenix, AZ 85072-2000

Cómo presentar una queja sobre su atención médica

Puede presentar una queja sobre nosotros, un proveedor o una farmacia de nuestra 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.

Quejas sobre la atención médica – Información de contacto	
Teléfono	1-833-FC2-PLAN Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención 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 feriados), del 1 de abril al 30 de septiembre.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención 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 feriados), del 1 de abril al 30 de septiembre.

Fax	1-800-887-2838
Correo postal	Florida Complete Care - Grievance PO BOX 261060 Miami FL 33126 Grievance@FC2healthplan.com
Sitio web de Medicare	Para enviar una queja sobre Florida Complete Care-Duals directamente a Medicare, vaya a es.medicare.gov/my/medicare-complaint.

Quejas sobre medicamentos recetados de la Parte D – Información de contacto	
Teléfono	1-844-740-0625 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
Correo postal	CVS Caremark Medicare Part D Grievance Department P.O. Box 30016 Pittsburgh, PA 15222-0330
Sitio web de Medicare	Para enviar una queja sobre Florida Complete Care-Duals VIP directamente a Medicare, vaya a es.medicare.gov/my/medicare-complaint.

Cómo pedirnos que paguemos el costo de la atención médica o de un medicamento que recibió

Si recibió una factura o pagó servicios (como la factura de un proveedor) que cree que deberíamos pagar, es posible que deba solicitarnos un reembolso o que paguemos la factura del proveedor. Para obtener más información, consulte el Capítulo 7.

Si nos envía una solicitud de pago y denegamos cualquier parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9.

Solicitudes de pago de gastos médicos – Información de contacto	
Teléfono	1-833-FC2-PLAN Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención 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 feriados), del 1 de abril al 30 de septiembre.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención 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 feriados), del 1 de abril al 30 de septiembre.
Correo postal	Florida Complete Care - Claims Department PO Box 21688 Eagan, MN 55121
Sitio web	FC2healthplan.com

Solicitudes de pago de medicamentos recetados de la Parte D – Información de contacto	
Teléfono	1-844-740-0625 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana
Correo postal	CVS Caremark Part D Claims P.O. Box 5206652000 Phoenix, AZ 85072-2000
Sitio web	FC2healthplan.com

SECCIÓN 2 Obtenga ayuda de Medicare

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

La agencia federal a cargo de Medicare se llama Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). Esta agencia tiene contratos con organizaciones de planes Medicare Advantage, incluso con nuestro plan.

Medicare – Información de contacto	
Teléfono	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere un equipo telefónico especial y está habilitado solo para personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas.
Chat en vivo	Chatee en vivo en es.medicare.gov/talk-to-someone.
Correo postal	Escriba a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044
Sitio web	es.medicare.gov • Obtenga información sobre los planes de salud y de medicamentos de Medicare en su área, incluso sobre lo que cuestan y los servicios que prestan. • Encuentre médicos u otros proveedores de atención de la salud y distribuidores que participan en Medicare. • Averigüe qué cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como exámenes, vacunas y visitas de “bienestar” anuales). • Obtenga información y formularios sobre apelaciones de Medicare. • Obtenga información sobre la calidad de la atención que brindan los planes, asilos de ancianos, hospitales, médicos, agencias cuidado de la salud a domicilio, centros de diálisis, centros de

	cuidados paliativos, centros de rehabilitación para pacientes internados y hospitales de atención a largo plazo. • Busque sitios web y números de teléfono útiles. También puede visitar es.medicare.gov para informar a Medicare cualquier queja que tenga sobre Florida Complete Care-Duals VIP. **Para presentar una queja ante Medicare,** visite es.medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare toma sus quejas con seriedad y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP)

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno que cuenta con asesores capacitados en todos los estados que ofrece ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare. En Florida, el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud se llama Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE).

Es un programa estatal independiente (no tiene relación con ninguna compañía de seguros ni con ningún plan de salud) que recibe fondos del gobierno federal para proporcionar asesoramiento gratuito sobre el seguro de salud local a los beneficiarios de Medicare.

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

Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE) (Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud de Florida) – Información de contacto	
Teléfono	1-800-96-ELDER (1-800-963-5337) De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., hora local
TTY	1-800-955-8770 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.

Correo postal	Department of Elder Affairs 4040 Esplanade Way, Suite 270 Tallahassee, FL 32399-7000
Sitio web	http://www.floridashine.org/

SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO)

Hay una Organización para el Mejoramiento de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO) designada para atender a los beneficiarios de Medicare en cada estado. En Florida, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama Acentra Health (anteriormente KEPRO). Acentra Health cuenta con un grupo de médicos y otros profesionales de atención de la salud a quienes Medicare les paga para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de los beneficiarios de Medicare. Acentra Health es una organización independiente. No tiene relación con nuestro plan.

Comuníquese con Acentra Health en cualquiera de estas situaciones:

- Tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió. Algunos ejemplos de problemas con la calidad de la atención incluyen obtener los medicamentos incorrectos, pruebas o procedimientos innecesarios, o un diagnóstico equivocado.
- Cree que la cobertura de su estadía en el hospital finalizará demasiado pronto.
- Cree que la cobertura de su cuidado de la salud a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF) finalizará demasiado pronto.

Acentra Health (anteriormente KEPRO) (la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de Florida) – Información de contacto	
Teléfono	1-888-317-0751 De lunes a viernes, de 9 a. m. a 5 p. m., hora local; los fines de semana y feriados, de 11 a. m. a 3 p. m., hora local
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.

Correo postal	Acentra Health (anteriormente KEPRO) 5201 W. Kennedy Blvd., Suite 900 Tampa, FL 33609
Sitio web	https://www.acentraqio.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social determina la elegibilidad de Medicare y administra las inscripciones en Medicare. El Seguro Social también es responsable de determinar quién tiene que pagar un monto adicional por su cobertura de medicamentos de la Parte D porque tienen un ingreso más alto. Si recibió una carta del Seguro Social que le indica que debe pagar el monto adicional y tiene preguntas sobre el monto 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 de dirección postal, comuníquese con el Seguro Social para informarles.

Seguro Social – Información de contacto	
Teléfono	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8 a. m. a 7 p. m., de lunes a viernes. Use los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas operaciones las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8 a. m. a 7 p. m., de lunes a viernes.
Sitio web	www.ssa.gov/espanol/

SECCIÓN 6 Medicaid

Para estar inscrito en este Plan para Personas con Necesidades Especiales y Elegibilidad Doble, debe estar inscrito en Medicare y también recibir ciertos niveles de asistencia de Medicaid de Florida. (Consulte la Sección 2.1 “Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan” del Capítulo 1 para conocer los requisitos específicos para este plan).

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

Algunas personas que tienen Medicare también son elegibles para Medicaid. Los programas ofrecidos a través de Medicaid ayudan a las personas que tienen Medicare a pagar sus costos de Medicare, por ejemplo, las 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 beneficios completos de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario de Medicare de Bajos Ingresos (SLMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para beneficios completos de Medicaid [SLMB+]).
- **Persona Elegible (QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Trabajadores Discapacitados Calificados (QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.
- **Persona con Elegibilidad Doble y Beneficios Completos (FBDE):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coseguros y copagos). Los beneficiarios elegibles también reciben los beneficios completos de Medicaid.

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

Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud (Programa Medicaid de Florida) – Información de contacto	
Teléfono	1-888-419-3456 De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., hora del Este

TTY	1-800-955-8771 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
Correo postal	Agency for Health Care Administration 2727 Mahan Drive Tallahassee, FL 32308
Sitio web	https://ahca.myflorida.com/Medicaid/index.shtml

El Programa del Ombudsman para la Atención a Largo Plazo de Florida del Departamento de Asuntos de Personas Mayores ayuda a las personas inscritas en la Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud (programa Medicaid de Florida) con problemas en el servicio o la facturación. Puede ayudarlo a presentar una queja formal o una apelación ante nuestro plan.

Programa del Ombudsman para la Atención a Largo Plazo del Departamento de Asuntos de Personas Mayores – Información de contacto	
Teléfono	850-414-2323 o número gratuito: 1-888-831-0404 De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., hora local
TTY	711
Correo postal	4040 Esplanade Way, Suite 380 Tallahassee, FL 32399-7000 LTCOPInformer@elderaffairs.org
Sitio web	https://ombudsman.elderaffairs.org/

El Ombudsman para la Atención a Largo Plazo del Estado del Departamento de Asuntos de Personas Mayores ayuda a las personas a obtener información sobre los asilos de ancianos y a resolver problemas entre los asilos de ancianos y los residentes o sus familias.

Programa del Ombudsman para la Atención a Largo Plazo del Departamento de Asuntos de Personas Mayores – Información de contacto	
Teléfono	850-414-2323 o número gratuito: 1-888-831-0404 De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., hora local
TTY	711

Correo postal	4040 Esplanade Way, Suite 380 Tallahassee, FL 32399-7000 LTCOPInformer@elderaffairs.org
Sitio web	https://ombudsman.elderaffairs.org/

SECCIÓN 7 Programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos recetados

El sitio web de Medicare (es.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) tiene información sobre cómo reducir los costos de sus medicamentos recetados. Los siguientes programas pueden ayudar a las personas con ingresos limitados.

Programa Ayuda Adicional de Medicare

Dado que usted es elegible para Medicaid, califica y recibe el programa Ayuda Adicional de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. No necesita hacer nada más para recibir este programa Ayuda Adicional.

Si tiene preguntas sobre el programa Ayuda Adicional, llame a los siguientes:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048;
- La Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 7 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o
- La oficina de Medicaid de su estado al 1-888-419-9456 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-955-8771).

Si cree que está pagando un monto incorrecto por su medicamento recetado en una farmacia, nuestro plan tiene un proceso que ayuda a obtener constancia de su monto de copago correcto. Si usted ya tiene constancia del monto correcto, podemos ayudarlo a compartir esta evidencia con nosotros.

- Si necesita ayuda para obtener la mejor constancia disponible, llame al departamento de Servicios para Afiliados (consulte la Sección 1 del el Capítulo 2 para obtener los números de teléfono) y un representante le enseñará a obtener la constancia y dónde enviarla.
- Cuando recibamos la constancia que muestra el nivel de copago correcto, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el monto de copago correcto cuando surta su próxima receta. Si paga de más por su copago, le haremos un reembolso, ya sea con cheque o con un crédito de copago futuro. Si usted tiene una

deuda con la farmacia porque no le cobraron su copago, es posible que realicemos el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, podemos realizar el pago directamente al estado. Si tiene preguntas, llame a Servicios para Afiliados al 1-833-FC2-PLAN (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Nuestro horario de atención 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 feriados), del 1 de abril al 30 de septiembre.

¿Qué sucede si tiene el programa Ayuda Adicional y la cobertura de un Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP)?

El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a las personas que viven con el VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos para el VIH que salvan la vida. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están en el formulario del Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA califican para recibir ayuda con los costos compartidos de los medicamentos recetados a través del Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA que presta servicios en Florida.

Nota: Para ser elegible para el Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA que presta servicios en su estado, usted debe cumplir con ciertos criterios, que incluyen constancia de residencia en el estado y de diagnóstico de VIH, bajos ingresos (según lo definido por el estado) y no tener seguro o tener un seguro insuficiente. Si cambia de plan, notifique a su trabajador de inscripción local del Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA para que pueda seguir recibiendo ayuda. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-844-381-2327.

La información de contacto para su Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP) es:

Florida AIDS Drug Assistance Program
1-800-352-2437 (1-800-FLA-AIDS) inglés/1-800-545-7432
(1-800-545-SIDA) español/TTY: 1-888-503-7118, o visite el sitio web en
http://www.floridahealth.gov/diseases-and-conditions/aids/adap/.

SECCIÓN 8 Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB)

La Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB) es una agencia federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores ferroviarios del país y sus familias. Si usted recibe Medicare a través de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, infórmeles si se muda o cambia de dirección postal.

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, comuníquese con la agencia.

Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB) – Información de contacto	
Teléfono	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Presione “0” para hablar con un representante de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, los lunes, martes, jueves y viernes, de 9 a. m. a 3:30 p. m., y los miércoles, de 9 a. m. a 12 p. m. Presione “1” para acceder a la Línea de Ayuda automatizada de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios y obtener información grabada, las 24 horas del día, incluso los fines de semana y feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere un equipo telefónico especial y está habilitado solo para personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número no son gratuitas.
Sitio web	https://RRB.gov

CAPÍTULO 3:
Cómo usar nuestro plan para recibir sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica y otros servicios como afiliado de nuestro plan

Este capítulo explica lo que necesita saber sobre cómo usar nuestro plan para obtener atención médica y otros servicios cubiertos. Para obtener detalles sobre qué atención médica y otros servicios cubre nuestro plan, consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4.

Sección 1.1 Proveedores de la red y servicios cubiertos

- Los **proveedores** son médicos y otros profesionales de atención de la salud autorizados por el estado para prestar servicios y atención de la salud. El término "proveedores" también incluye hospitales y otras instalaciones de atención de la salud.

- Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de atención de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención de la salud que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago como pago total. Acordamos que estos proveedores presten servicios cubiertos a los afiliados de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan directamente la atención que le brindan. Cuando usted visita a un proveedor de la red, no paga nada o solo paga su parte del costo por los servicios cubiertos.
    - Los **servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, servicios de atención de la salud, suministros, equipos y medicamentos recetados que están cubiertos por nuestro plan. Sus servicios cubiertos de atención médica se enumeran en la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4. Los servicios cubiertos para medicamentos recetados se tratan en el Capítulo 5.

Sección 1.2 Reglas básicas para que nuestro plan cubra su atención médica y otros servicios

Como plan de salud de Medicare y Medicaid, Florida Complete Care-Duals VIP debe cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Original. Florida Complete Care-Duals VIP generalmente cubrirá su atención de la salud siempre y cuando:

- **La atención que usted reciba esté incluida en la Tabla de beneficios médicos de nuestro plan** en el Capítulo 4.
- **La atención que reciba se considere 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 del ejercicio de la medicina.

- **Tenga un proveedor de atención primaria de la red (primary care provider, PCP) que brinde y supervise su atención.** Como afiliado de nuestro plan, debe elegir un proveedor de atención primaria de la red (para obtener más información, consulte la Sección 2.1).
    - En la mayoría de las situaciones, su proveedor de atención primaria de la red debe darle su aprobación por adelantado (una derivación) antes de que usted pueda visitar a otros proveedores de la red de nuestro plan, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de cuidado de la salud a domicilio. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3.
    - No necesita derivaciones de su proveedor de atención primaria para recibir atención de emergencia o servicios de urgencia. Para obtener información sobre otros tipos de atención que puede recibir sin obtener aprobación por adelantado de su proveedor de atención primaria, consulte la Sección 2.2.
- **Debe recibir atención de dentro o fuera de la red** (consulte la Sección 2). En la mayoría de los casos, la atención que recibe de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan) no tendrá cobertura. Esto significa que usted tendrá que pagarle al proveedor la totalidad de los servicios que reciba. Hay 3 excepciones:
    - Nuestro plan cubre la atención de emergencia o los servicios de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y saber qué son los servicios de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3.
    - Si necesita atención médica que Medicare o Medicaid requieren que nuestro plan cubra, pero no hay especialistas en nuestra red que brinden esta atención, puede obtenerla de un proveedor fuera de la red al mismo costo compartido que normalmente paga dentro de la red. En esta situación, cubriremos estos servicios como si recibiera la atención de un proveedor de la red. Para obtener información sobre cómo obtener la aprobación para ver a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4.

- Nuestro 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 de nuestro plan o cuando su proveedor de este servicio esté temporalmente inaccesible o no disponible. El costo compartido que paga nuestro plan por la diálisis nunca puede ser mayor que el costo compartido en Medicare Original. Si usted se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan y recibe servicios de diálisis de un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan, su costo compartido no puede ser mayor que 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 recibir servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red de nuestro plan, su costo compartido de la diálisis puede ser mayor.

SECCIÓN 2 Use proveedores dentro de la red de nuestro plan para recibir atención médica y otros servicios

Sección 2.1 Debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) para que proporcione y supervise su atención

¿Qué es un proveedor de atención primaria y qué hace por usted?

Un médico de atención primaria (primary care physician, PCP) es un médico que puede ayudarlo a mantenerse sano, tratar enfermedades y coordinar su atención con otros proveedores de atención de la salud. Su médico de atención primaria (o su consultorio) aparecerá en su tarjeta de identificación de afiliado. Si su tarjeta de identificación de afiliado no muestra un médico de atención primaria (o su consultorio), o el que desea que lo atienda, comuníquese con nosotros para que podamos actualizar nuestros archivos.

Cómo elegir un proveedor de atención primaria

Como afiliado de Florida Complete Care-Duals VIP, debe elegir un proveedor de atención primaria. Para hacerlo, seleccione uno de nuestro Directorio de proveedores o llame a nuestro Departamento de Servicios para Afiliados a los números de teléfono impresos en la contraportada de este folleto.

Cómo cambiar de proveedor de atención primaria

Puede cambiar de proveedor de atención primaria por cualquier motivo, en cualquier momento. También es posible que su proveedor de atención primaria deje la red de proveedores de nuestro plan y que usted tenga que elegir uno nuevo. Las solicitudes de cambio recibidas después del día 15 del mes generalmente entrarán en vigencia el primer día del mes siguiente.

Para cambiar de proveedor de atención primaria, llame a Servicios para Afiliados. Cuando llame, asegúrese de informar a Servicios para Afiliados si está viendo a especialistas o recibiendo otros servicios cubiertos que necesitan la aprobación de su proveedor de atención primaria (como servicios de salud a domicilio y equipo médico duradero). El Departamento de Servicios para Afiliados lo ayudará a garantizar que pueda continuar con la atención especializada y otros servicios que ha estado recibiendo cuando cambie de proveedor de atención primaria. Además, verificarán que el proveedor de atención primaria al que desea cambiar esté aceptando nuevos pacientes. El Departamento de Servicios para Afiliados cambiará su registro de afiliado para que muestre el nombre de su nuevo proveedor de atención primaria y le informará cuándo entrará en vigencia el cambio a su nuevo proveedor de atención primaria. También le enviarán una nueva tarjeta de afiliado que mostrará el nombre y el número de teléfono de su nuevo proveedor de atención primaria.

Sección 2.2 Atención médica y otros servicios que puede recibir sin la derivación de un proveedor de atención primaria

Puede obtener los servicios enumerados a continuación sin la aprobación previa de su proveedor de atención primaria.

- Atención médica de rutina para mujeres, que incluye exámenes de mamas, mamografías de detección (radiografías de mamas), prueba de Papanicolaou y exámenes pélvicos.
- Vacunas contra la gripe, vacunas contra la COVID-19, vacunas contra la hepatitis B y vacunas contra la neumonía. Servicios de emergencia de proveedores de la red o fuera de la red.
- Los servicios de urgencia cubiertos por el plan son servicios que requieren atención médica inmediata (pero no se trata de una emergencia) si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, o si no es razonable, por cuestiones de tiempo, lugar y circunstancias, recibir este servicio de proveedores de la red. Ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones inesperadas o brotes inesperados de enfermedades existentes. Las visitas de rutina al proveedor que sean médicamente necesarias (como los exámenes médicos anuales) no se consideran de urgencia, aunque usted se encuentre fuera del área de servicio de nuestro plan o la red de nuestro plan no esté disponible temporalmente.
- Servicios de diálisis renal que usted reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan. Si es posible, llame a Servicios para Afiliados al 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526) (los usuarios de TTY deben llamar al 711) antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarlo a hacer los arreglos necesarios para que le hagan diálisis de mantenimiento mientras esté lejos.

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

Un especialista es un médico que presta servicios de atención de la salud para una enfermedad o una parte específica del cuerpo. Hay muchos tipos de especialistas. Por ejemplo:

- 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 proveedor de atención primaria considera que usted necesita un tratamiento especializado, puede derivarlo a un especialista o a determinados proveedores de la red del plan. Si se está atendiendo con un especialista de la red, es posible que deba volver a su proveedor de atención primaria para que lo derive a servicios adicionales. Si está recibiendo tratamiento especializado o su proveedor de atención primaria cree que usted necesita un tratamiento especializado, puede ir a cualquier especialista de la red para recibir la atención que necesita sin la derivación de su proveedor de atención primaria. Para algunos servicios, es posible que usted o su proveedor de atención primaria deban obtener una aprobación previa de nuestro plan (esto se llama obtener una “autorización previa”). Para estos servicios, el plan tomará la decisión sobre si el servicio solicitado es médicamente necesario y apropiado para usted. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4 para obtener información sobre los servicios que requieren autorización previa.

Cuando un especialista u otro proveedor de la red deja nuestro plan

Durante el año, podemos hacer cambios en los hospitales, los médicos y los especialistas (proveedores) que están dentro de la red de nuestro plan. Si su médico o especialista deja nuestro plan, usted tiene los siguientes derechos y protecciones:

- Si bien nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare requiere que usted tenga acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le notificaremos que su proveedor dejará nuestro plan para que usted tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor.
    - Si su proveedor de atención primaria o de servicios de salud del comportamiento deja nuestro plan, le notificaremos si usted visitó a ese proveedor en los últimos 3 años.
    - Si alguno de sus otros proveedores deja nuestro plan, le notificaremos si se le asigna al proveedor, si actualmente se atiende con él o si lo visitó en los últimos 3 meses.

- Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado dentro de la red que pueda seguir atendiéndolo.
- Si usted está recibiendo tratamiento médico o terapias de su proveedor actual, tiene derecho a solicitar seguir recibiendo terapias o tratamientos médicamente necesarios. Trabajaremos con usted para que pueda seguir recibiendo atención.
- Le proporcionaremos información sobre los períodos de inscripción disponibles y las opciones que podría tener para cambiar de plan.
- Cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas, coordinaremos cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores al costo compartido dentro de la red. Se requiere autorización previa para algunos servicios.
- Si se entera que su médico o especialista dejará nuestro plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor para administrar su atención.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no se está administrando apropiadamente, tiene derecho a presentar una queja por la calidad de la atención ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, una queja formal por la calidad de la atención ante nuestro plan, o ambas (consulte el Capítulo 9).

Sección 2.4 Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red

Florida Complete Care-Duals VIP le da la libertad de recibir atención de especialistas **dentro o fuera** de la red de Florida Complete Care para servicios médicos cubiertos prestados por un médico o un osteópata. Los servicios de un médico especialista son servicios profesionales prestados por un médico que incluyen diagnóstico, terapia, cirugía y supervisión del plan de atención. Consulte el Capítulo 4, Tabla de beneficios médicos, donde podrá encontrar información adicional.

SECCIÓN 3 Cómo recibir servicios en caso de emergencia, catástrofe o necesidad urgente de atención

Sección 3.1 Obtener atención si tiene una emergencia médica

Una **emergencia médica** es cuando usted, u otra persona prudente con conocimientos promedio de salud y medicina, cree que usted tiene síntomas que requieren atención médica inmediata para evitar la muerte (y si usted es una mujer embarazada, la pérdida del bebé), la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad, o la pérdida o la incapacidad grave de una función del cuerpo. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Pida ayuda lo más rápido 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 derivación de su proveedor de atención primaria. No es necesario que use un médico de la red. Puede obtener atención médica de emergencia cubierta siempre que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios y de cualquier proveedor con la licencia estatal correspondiente, incluso si no forma parte de nuestra red. Esta cobertura es solo dentro de los Estados Unidos.
- **Asegúrese de que se informe su emergencia a nuestro plan lo antes posible.** Debemos hacer el seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona deben llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente dentro de las 48 horas. Llame a Servicios para Afiliados al número de teléfono impreso en la contraportada de este folleto. ¿Qué está cubierto si tiene una emergencia médica?

Servicios cubiertos en una emergencia médica

Nuestro plan cubre 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 servicios médicos durante la emergencia.

Los médicos que le brindan atención de emergencia determinarán en qué momento su situación está estable y la emergencia médica ha terminado.

Una vez que haya pasado la emergencia, tiene derecho a recibir atención de seguimiento para asegurarse de que su situación continúe estable. Sus médicos seguirán tratándolo hasta que se comuniquen con nosotros y hagan planes para atención adicional. Su atención de seguimiento estará cubierta por nuestro plan.

Si la atención de su emergencia es proporcionada por proveedores fuera de la red, intentaremos coordinar que proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su afección médica y las circunstancias lo permitan.

¿Y si no era una emergencia médica?

A veces, puede ser difícil saber si tiene una emergencia médica. Por ejemplo, podría ir para recibir atención de emergencia—pensando que su salud está en grave peligro—y el médico puede decir que no era una emergencia médica después de todo. Si resulta que no se trataba de una emergencia, siempre y cuando haya pensado razonablemente que su salud estaba en grave peligro, cubriremos su atención.

Sin embargo, después de que el médico diga que no era una emergencia, cubriremos la atención adicional *solamente* si usted la recibe de una de estas 2 maneras:

- Va a un proveedor de la red para obtener atención adicional.
- La atención adicional que recibe se considera servicios de urgencia y usted sigue las reglas que se indican a continuación para obtener esta atención de urgencia.

Sección 3.2 Recibir atención cuando necesita servicios de urgencia

Un servicio que requiere atención médica inmediata (pero no se trata de una emergencia) es un servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, o si no es razonable, por cuestiones de tiempo, lugar y circunstancias, recibir este servicio de proveedores de la red. Ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones inesperadas o brotes inesperados de enfermedades existentes. Sin embargo, las visitas de rutina al proveedor que sean médicamente necesarias, como los exámenes médicos anuales, no se consideran requeridas de urgencia, aunque usted se encuentre fuera del área de servicio de nuestro plan o la red de nuestro plan no esté disponible temporalmente.

Un servicio de urgencia es una situación que no es de emergencia, pero requiere atención médica inmediata y, dadas sus circunstancias, no es posible o no es razonable obtener estos servicios de un proveedor de la red. El plan debe cubrir servicios de urgencia prestados fuera de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son i) un dolor de garganta intenso que se presenta durante el fin de semana o ii) un brote imprevisto de una enfermedad conocida cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio.

Siempre debe intentar obtener los servicios de urgencia de los proveedores de la red. Sin embargo, si los proveedores no están disponibles ni accesibles temporalmente y no es razonable esperar para obtener atención de su proveedor de la red cuando la red esté disponible, cubriremos los servicios de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red.

En esta situación, debe llamar a Servicios para Afiliados a los números de teléfono impresos en la contraportada de este folleto y habar con uno de los profesionales de enfermería de guardia. En situaciones de necesidades no urgentes, podrá ayudarlo a determinar el curso de tratamiento adecuado. Nuestro plan no cubre servicios de emergencia, 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 una catástrofe

Si el gobernador de su estado, la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o el presidente de los Estados Unidos declara un estado de catástrofe o de emergencia en su área geográfica, usted sigue teniendo derecho a recibir atención de nuestro plan.

Visite FC2healthplan.com para obtener información sobre cómo recibir la atención necesaria durante una catástrofe.

Si no puede atenderse con un proveedor de la red durante una catástrofe, nuestro plan le permitirá obtener atención de proveedores fuera de la red a los costos compartidos dentro de la red. Si no puede comprar en una farmacia de la red durante una catástrofe, puede surtir sus recetas en una farmacia fuera de la red. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5.

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

Si usted pagó más que el costo compartido de nuestro plan por servicios cubiertos, o si recibe una factura por servicios médicos cubiertos, puede pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos. Consulte el Capítulo 7 para obtener información sobre lo que debe hacer.

Sección 4.1 Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan

Florida Complete Care-Duals VIP cubre todos los servicios que sean médicamente necesarios, tal como se indica en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4. Si recibe servicios que no están cubiertos por nuestro plan o recibe servicios fuera de la red sin autorización, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

Por los servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, usted paga el costo total del 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 se computará para alcanzar el monto máximo de gastos de su bolsillo. Puede llamar a Servicios para Afiliados cuando desee saber cuánto de su límite de beneficios ya ha usado.

SECCIÓN 5 Servicios médicos 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, por ejemplo, para determinar la eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer. Algunos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. En los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare se suelen pedir voluntarios para participar en el estudio. Si usted participa en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y seguir recibiendo el resto de su atención (no relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

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 informa que está participando en un ensayo clínico calificado, solamente será responsable del costo compartido dentro de la red por los servicios en ese ensayo. Si pagó más—por ejemplo, si ya pagó el monto de costo compartido de Medicare Original—, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido dentro de la red. Deberá proporcionar documentación que nos muestre cuánto pagó.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no tiene la obligación de informarnos ni de obtener nuestra aprobación o la de su proveedor de atención primaria. Los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica no necesitan formar parte de la red de nuestro plan. (Esto no se aplica a los beneficios cubiertos que requieren un ensayo clínico o un registro para evaluar el beneficio, incluidos ciertos beneficios que requieren cobertura con desarrollo de evidencia [national coverage determinations-coverage with evidence development, NCD-CED] y los estudios de exención de dispositivos en investigación [investigational device exemption, IDE]. Estos beneficios también podrían estar sujetos a autorización previa y otras reglas del plan).

Aunque no es necesario que obtenga el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, le recomendamos que nos avise con antelación cuando decida participar en ensayos clínicos calificados por Medicare.

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

Sección 5.2 Quién paga los servicios en un estudio de investigación clínica

Si participa en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Medicare Original cubre los artículos y servicios de rutina que reciba como parte del estudio, que incluyen:

- Habitación y comida para una estadía en el hospital que Medicare pagaría incluso si usted no estuviera en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si es parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de efectos secundarios y complicaciones 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, no pagará nada por los servicios cubiertos que reciba en el estudio de investigación clínica.

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

- Por lo general, Medicare no pagará el nuevo artículo o servicio que se prueba en el estudio, a menos que Medicare cubriera el artículo o el servicio incluso aunque usted no participara en un estudio.
- Artículos o servicios que se proporcionan solo para recopilar datos y que no se usan en su atención de la salud directa. Por ejemplo, Medicare no pagaría tomografías computarizadas mensuales que se realicen como parte de un estudio si su afección médica normalmente requeriría una sola tomografía computarizada.
- Artículos y servicios que los patrocinadores de la investigación proporcionan sin cargo a las personas que participan en el ensayo.

Obtenga más información sobre inscribirse en un estudio de investigación clínica

Obtenga más información sobre inscribirse en un estudio de investigación clínica en la publicación de Medicare titulada *Medicare y Pruebas Clínicas,* disponible en www.medicare.gov/publications/02226-s-medicare-and-clinical-research-studies.pdf. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Reglas para recibir atención en una institución religiosa de atención de la salud no médica

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

Una institución religiosa de atención de la salud no médica es un centro que brinda atención para una enfermedad que normalmente se trataría en un hospital o un 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 afiliado, en su lugar, cubriremos la atención en una institución religiosa de atención de la salud no médica. Este beneficio se proporciona solo para servicios como paciente internado de la Parte A (servicios de cuidado de la salud no médicos).

Sección 6.2 Cómo recibir atención de una institución religiosa de atención de la salud no médica

Para recibir cuidado en institución religiosa de atención de la salud no médica, debe firmar un documento legal que afirme que usted se opone a recibir tratamiento médico **no obligatorio**.

- La atención o el tratamiento médico **no obligatorio** se refiere a cualquier tipo de atención o tratamiento médico *voluntario* y *no requerido* por las leyes federales, estatales o locales.

- El tratamiento médico **obligatorio** se refiere a cualquier tipo de atención o tratamiento médico que *no* es voluntario o que *es requerido* por las leyes federales, estatales o locales.

Para que nuestro plan brinde cobertura, la atención que recibe de una institución religiosa de atención de la salud no médica debe cumplir con las siguientes condiciones:

- El centro que brinda la atención debe estar certificado por Medicare.
- Nuestro plan solamente cubre los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución que se le brindan en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
    - Debe tener una afección médica que le permitiría recibir servicios cubiertos de atención hospitalaria como paciente internado o atención en un centro de enfermería especializada.
    - –*y*– debe obtener la aprobación por adelantado de nuestro plan antes de ser admitido en el centro, o su estadía no tendrá cobertura.

Tiene cobertura para una cantidad ilimitada de días médicamente necesarios en el hospital como paciente internado. Para obtener más información, consulte el Capítulo 4 (Tabla de beneficios médicos [qué está cubierto y qué paga usted]).

SECCIÓN 7 Reglas de propiedad del equipo médico duradero

Sección 7.1 No será propietario del equipo médico duradero después de realizar una cierta cantidad de pagos en nuestro plan

El equipo médico duradero (durable medical equipment, DME) incluye artículos como equipos y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchón eléctrico, muletas, suministros para personas diabéticas, dispositivos de generación de voz, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital indicadas por un proveedor a los afiliados para su uso en el hogar. El afiliado siempre será dueño de determinados artículos de equipo médico duradero, como las prótesis. Otros tipos de equipo médico duradero se deben alquilar.

En Medicare Original, las personas que alquilan algunos tipos de equipo médico duradero son dueños del equipo después de pagar copagos por el artículo durante 13 meses. **Sin embargo, como afiliado de Florida Complete Care-Duals VIP, en general, usted no adquirirá la propiedad de artículos de equipo médico duradero alquilados, independientemente de cuántos copagos haya abonado por el equipo mientras era afiliado de nuestro plan.** Usted no adquirirá la propiedad, aunque haya realizado hasta

12 pagos consecutivos por el artículo de equipo médico duradero conforme a Medicare Original antes de inscribirse en nuestro plan. En algunas circunstancias limitadas, le transferiremos la propiedad del artículo de equipo médico duradero. Para obtener más información, llame a Servicios para Afiliados al 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526) (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Nuestro horario de atención 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 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (excepto feriados federales), del 1 de abril al 30 de septiembre.

¿Qué sucede con los pagos que realizó por equipo médico duradero si se cambia a Medicare Original?

Si no adquirió la propiedad del artículo de equipo médico duradero mientras estaba en nuestro plan, tendrá que realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de cambiarse a Medicare Original para ser propietario del artículo. Los pagos que realizó mientras estaba inscrito en nuestro plan no se computan para alcanzar esos 13 pagos.

Ejemplo 1: Usted realizó 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Medicare Original y luego se inscribió en nuestro plan. Los pagos que hizo en Medicare Original no cuentan.

Ejemplo 2: Usted realizó 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Medicare Original y luego se inscribió en nuestro plan. No adquirió la propiedad del artículo mientras estaba en nuestro plan. Luego vuelve a Medicare Original. Tendrá que realizar otros 13 pagos consecutivos para ser propietario del artículo una vez que se reinscriba en Medicare Original. Todos los pagos que ya haya realizado (ya sea a nuestro plan o a Medicare Original) no cuentan.

Sección 7.2 Reglas para el equipo de oxígeno, suministros y mantenimiento

Si califica para la cobertura de equipo de oxígeno de Medicare, Florida Complete Care-Duals VIP cubrirá:

- Alquiler de equipos de oxígeno
- Entrega de oxígeno y contenido de oxígeno
- Tubos y accesorios relacionados con el oxígeno para la entrega de oxígeno y el contenido de oxígeno
- Mantenimiento y reparaciones de equipos de oxígeno

Si deja Florida Complete Care-Duals VIP o ya no necesita un equipo de oxígeno por motivos médicos, debe devolver el equipo de oxígeno.

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

Medicare Original requiere que un proveedor de oxígeno le preste servicios durante 5 años. Durante los primeros 36 meses, usted alquila el equipo. Los 24 meses restantes, el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago por el oxígeno). Después de 5 años, puede optar por seguir con la misma compañía o elegir otra. En este momento, el ciclo de 5 años vuelve a empezar, incluso si sigue con la misma compañía, y nuevamente debe pagar copagos durante los primeros 36 meses. Si se inscribe o deja nuestro plan, el ciclo de 5 años vuelve a empezar.

CAPÍTULO 4: Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto)

SECCIÓN 1 Explicación de los servicios cubiertos

La Tabla de beneficios médicos indica sus servicios cubiertos como afiliado de Florida Complete Care-Duals VIP. Esta sección también proporciona información sobre servicios médicos que no están cubiertos. También explica los límites de algunos servicios. Consulte las exclusiones y limitaciones correspondientes a los beneficios complementarios que se enumeran en la tabla de este capítulo.

Sección 1.1 Usted no paga nada por sus servicios cubiertos

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

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

Nota: Debido a que nuestros afiliados también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos afiliados alcanzan este monto máximo de gastos de su bolsillo. Si es elegible para recibir asistencia con los costos compartidos de Medicare. Usted no es responsable de pagar ningún gasto de su bolsillo hasta alcanzar el monto máximo de gastos de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

Los planes Medicare Advantage tienen límites en el monto que usted tiene que pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Este límite se llama monto máximo de gastos de su bolsillo (maximum out-of-pocket, MOOP) para servicios médicos. **Para el año calendario 2026, este monto es de $3,400.**

Los montos que abona en concepto de copagos y coseguros por servicios cubiertos se computan para alcanzar este monto máximo de gastos de su bolsillo. Los montos que paga por las primas del plan y los medicamentos de la Parte D no se computan para alcanzar el monto máximo de gastos de su bolsillo. Si alcanza el monto máximo de gastos de su bolsillo de **$3,400**, no tendrá que pagar ningún gasto de su bolsillo durante el resto del año por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que la pague Medicaid u otro tercero).

SECCIÓN 2 La Tabla de beneficios médicos muestra sus costos y beneficios médicos

La Tabla de beneficios médicos de las páginas siguientes indica los servicios que cubre Florida Complete Care-Duals VIP (la cobertura de medicamentos de la Parte D se encuentra en el Capítulo 5). Los servicios enumerados en la Tabla de beneficios médicos solamente están cubiertos cuando se cumplen los siguientes requisitos:

- Los servicios cubiertos por Medicare se deben prestar de acuerdo con las pautas de cobertura de Medicare.
- Los servicios (que incluyen atención médica, servicios, suministros, equipos y medicamentos de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. Médicamente necesarios 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 del ejercicio de la medicina.
- Para los nuevos afiliados, su plan de atención coordinada Medicare Advantage (MA) debe proporcionar un período de transición mínimo de 90 días, durante el cual el nuevo plan MA puede no requerir autorización previa para ningún tratamiento activo, incluso si el tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (PCP) que proporciona y supervisa su atención.
- Algunos servicios indicados en la Tabla de beneficios médicos tienen cobertura *solo* si su médico u otro proveedor de la red obtienen 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 aprueba una solicitud de autorización previa para un 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 correspondientes, su historia clínica y la recomendación del proveedor tratante.

Otros aspectos importantes que debe saber sobre nuestra cobertura:

- Usted tiene cobertura tanto de Medicare como de Medicaid. Medicare cubre la atención de la salud y los medicamentos recetados. Medicaid cubre el costo compartido de los servicios de Medicare. Medicaid también cubre servicios que Medicare no cubre, como atención a largo plazo, medicamentos de venta libre, servicios a domicilio 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. (Para obtener más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte el manual Medicare y Usted 2026. Véalo en línea en es.medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227] para pedir una copia. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para los servicios preventivos que tienen cobertura sin costo de Medicare Original, también cubrimos esos servicios sin costo para usted.
- Si Medicare agrega cobertura para cualquier nuevo servicio durante 2026, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
- Además de los servicios de Medicare descritos en la siguiente Tabla de beneficios, este plan proporciona beneficios de Medicaid a personas con cobertura de Medicaid. Estos beneficios se pueden encontrar en la tabla de Medicaid más adelante en este capítulo. Si tiene preguntas sobre su elegibilidad para Medicaid y los beneficios a los que tiene derecho, llame al número gratuito de la Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud al 1-800-419-3456.
- Si se encuentra en el período de 3 meses de nuestro plan en el que se considera que sigue siendo elegible, seguiremos proporcionando todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. Sin embargo, durante este período, usted puede estar sujeto a las primas de la Parte D y a los costos compartidos de la Parte D según el nivel que reciba del programa “Ayuda Adicional”. Además, según su nivel de elegibilidad para Medicaid de Florida, usted también puede ser responsable de las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare. Los montos de costo compartido del plan para los beneficios básicos y complementarios de Medicare no cambian durante este período.

Usted no paga nada por los servicios que se indican en la Tabla de beneficios médicos, siempre y cuando cumpla con los requisitos de cobertura descritos anteriormente.

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

Información importante sobre beneficios para personas que califican para el programa Ayuda Adicional:

- Si recibe el programa Ayuda Adicional para pagar los costos de su cobertura de medicamentos de Medicare, podría ser elegible para recibir otros beneficios complementarios específicos o costos compartidos reducidos específicos.

Información importante sobre beneficios para afiliados con enfermedades crónicas

- Si le diagnostican alguna de las enfermedades crónicas que se indican a continuación y cumple con ciertos criterios, es posible que sea elegible para recibir los beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas.
    - Trastorno por consumo crónico de alcohol y otros trastornos por consumo de sustancias (substance use disorders, SUD)
    - Trastornos autoinmunitarios
    - Cáncer
    - Enfermedades cardiovasculares
    - Insuficiencia cardíaca crónica
    - Demencia
    - Diabetes mellitus
    - Sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico
    - Enfermedad gastrointestinal crónica
    - Enfermedad renal crónica (chronic kidney disease, CKD)
    - Trastornos hematológicos graves
    - VIH/SIDA
    - Trastornos pulmonares crónicos
    - Enfermedades mentales crónicas y discapacitantes
    - Trastornos neurológicos
    - Accidente cerebrovascular
    - Atención posterior al trasplante de órganos
    - Inmunodeficiencia y trastornos inmunodepresores
    - Enfermedades asociadas con el deterioro cognitivo
    - Afecciones con dificultades funcionales
    - Afecciones crónicas que afectan la visión, la audición (sordera), el gusto, el tacto y el olfato
    - Afecciones que requieren terapia continua para que las personas mantengan o conserven su funcionamiento
- Los objetivos de este programa son reducir las estadías en el hospital, recibir atención de calidad en el hogar y brindar servicios especializados en la comodidad de su hogar. Controlar una enfermedad crónica no siempre es fácil. Brindamos atención y servicios

médicos compasivos, todo en la comodidad, seguridad y conveniencia de su hogar. Esta es una alternativa para recibir o seguir recibiendo atención intensiva en un hospital. Para cumplir con los criterios de elegibilidad, el afiliado debe tener una afección crónica y estar confinado en su hogar según lo documentado por un representante del plan. El programa no requiere visitas al hospital ni a la sala de emergencias. Se aplican requisitos de autorización previa. Este beneficio es para servicios médicos prestados por un especialista contratado. Para recibir el beneficio, un representante asignado del plan se reunirá con usted para analizar sus objetivos e inquietudes. Seguido de la coordinación de la atención especializada.

- Para obtener más detalles, consulte la fila *Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas* de la Tabla de beneficios médicos a continuación.
- Comuníquese con nosotros para saber exactamente para qué beneficios podría ser elegible.

Esta manzana muestra los servicios preventivos de la Tabla de beneficios médicos.

Tabla de beneficios médicos

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal Una ecografía de detección realizada por única vez para las personas que estén en riesgo. Nuestro plan solo cubre este examen si usted tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una derivación de su médico, asistente médico, profesional en enfermería o especialista en enfermería clínica.	No hay coseguro, copago ni deducible para los afiliados elegibles por este examen preventivo. **No se requiere autorización.**
Acupuntura para el dolor lumbar crónico Los servicios cubiertos incluyen: Hasta 12 visitas cubiertas en 90 días en las siguientes circunstancias: A los efectos de este beneficio, dolor lumbar crónico se define de la siguiente manera: • Dura 12 semanas o más; • no específico, sin causa sistémica que pueda identificarse (por ejemplo, no está asociado con una enfermedad metastásica, inflamatoria ni infecciosa); • no asociado con una cirugía; y • no asociado con el embarazo. Se cubrirán 8 sesiones adicionales para aquellos pacientes que demuestren una mejoría. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura al año. El tratamiento se debe interrumpir si el paciente empeora o no mejora. **Requisitos para proveedores:** Los médicos (según lo definido en la Sección 1861[r][1] de la Ley del Seguro Social [la Ley]) pueden practicar la acupuntura según los requisitos estatales vigentes. Los asistentes médicos (physician assistants, PA), profesionales de enfermería (nurse practitioners, NP)/especialistas en enfermería clínica (clinical nurse specialists, CNS) (como se identifica en la Sección 1861[aa] [5] de la Ley) y el personal auxiliar pueden practicar la acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales vigentes y tienen:	Usted paga $0 por cada visita de acupuntura cubierta por Medicare. **No se requiere autorización.**

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• un máster o un doctorado en acupuntura o en Medicina Oriental de una facultad acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, 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. El personal auxiliar que practique la acupuntura debe tener el nivel apropiado de supervisión de un médico, asistente médico o profesional de enfermería/especialista en enfermería clínica requerido por nuestros reglamentos en las Secciones 410.26 y 410.27 del Título 42 del Código de Reglamentos Federales (Code of Federal Regulations, CFR).	
Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, tanto si se trata de una situación de emergencia como si no, incluyen servicios de ambulancia terrestres y aéreos en aviones y helicópteros hasta el centro apropiado más cercano que pueda atender a un afiliado cuya afección médica es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona, o si los autoriza nuestro plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, se debe documentar que la afección del afiliado 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.	Usted paga $0 por los servicios de ambulancia terrestre cubiertos por Medicare. ***Se requiere autorización previa para todos los traslados, excepto los que sean de emergencia.***
Visita anual de bienestar Si hace más de 12 meses que tiene la Parte B, puede obtener una visita anual de bienestar para elaborar o actualizar un plan de prevención personalizado basado en su salud actual y sus factores de riesgo. Esto se cubre una vez cada 12 meses. **Nota**: Su primera visita anual de bienestar no se puede realizar en los 12 meses posteriores a su visita preventiva de	No hay coseguro, copago ni deducible por la visita anual de bienestar. **No se requiere autorización.**

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Bienvenida a Medicare. Sin embargo, no es necesario que haya realizado una visita de *Bienvenida a Medicare* para tener cobertura de visitas de bienestar anuales si ya ha tenido la Parte B durante 12 meses.	
Medición de densidad ósea Para las personas elegibles (generalmente, esto significa personas que están en riesgo de perder densidad ósea o sufrir osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con mayor frecuencia si son médicamente necesarios: procedimientos para determinar la densidad ósea, detectar la pérdida ósea o evaluar la calidad ósea, incluida la interpretación de los resultados por parte de un médico.	No hay coseguro, copago ni deducible por la medición de la densidad ósea cubierta por Medicare. **No se requiere autorización.**
Examen de detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen: • Una mamografía basal entre los 35 y 39 años • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años en adelante • Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses	No hay coseguro, copago ni deducible por las mamografías de detección cubiertas. **No se requiere autorización.**
Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y asesoramiento están cubiertos para afiliados que cumplen con determinadas condiciones con la derivación de un médico. Nuestro plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que generalmente son más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	Usted paga $0 por cada servicio de rehabilitación cardíaca cubierto por Medicare ***Se requiere autorización previa y derivación.***

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Visita de reducción de riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para enfermedad cardiovascular) Cubrimos una visita por año con su médico de atención primaria para ayudar a reducir su riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante esta visita, su médico puede hablar sobre el uso de aspirina (si corresponde), controlarle la presión arterial y darle consejos para asegurarse de que usted tenga una alimentación saludable.	No hay coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo de terapia conductual intensiva para enfermedades cardiovasculares. **No se requiere autorización.**
Exámenes de detección de enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas con un riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).	No hay coseguro, copago ni deducible por los análisis de detección de enfermedades cardiovasculares que están cubiertos una vez cada 5 años. **No se requiere autorización.**
Examen de detección de cáncer del cuello uterino y de la vagina Los servicios cubiertos incluyen: • 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 de vagina, o si está en edad fértil y ha tenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou dentro de los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses	No hay coseguro, copago ni deducible por exámenes pélvicos y de Papanicolaou preventivos cubiertos por Medicare. **No se requiere autorización.**
Servicios quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen: • Cubrimos solo la manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación • Otros servicios prestados por un quiropráctico no están cubiertos	Usted paga $0 por cada visita quiropráctica cubierta por Medicare. ***Se requiere autorización previa.***

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de tratamiento y manejo del dolor crónico Servicios mensuales cubiertos para personas que viven con dolor crónico (dolor persistente o recurrente que dura más de 3 meses). Los servicios pueden incluir evaluación del dolor, administración de medicamentos y planificación y coordinación de la atención.	Usted paga $0 por cada servicio de tratamiento y manejo del dolor crónico cubierto por Medicare. ***Se requiere autorización previa.***
Examen de detección de cáncer colorrectal Se cubren los siguientes exámenes de detección: • La colonoscopia no tiene límite mínimo ni máximo de edad, y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para los pacientes que no están en alto riesgo o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para los pacientes que no están en alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para los pacientes que están en alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa. • La colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años en adelante que no estén en alto riesgo de cáncer colorrectal está cubierta cuando hayan transcurrido al menos 59 meses desde el mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o hayan transcurrido 47 meses desde el mes en que se realizó la última sigmoidoscopia flexible de detección o colonoscopia de detección. Para pacientes en alto riesgo de cáncer colorrectal, se puede realizar el pago de una colonografía por tomografía computarizada de detección realizada después de que hayan transcurrido al menos 23 meses desde el mes en el que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o la última colonoscopia de detección.	No hay coseguro, copago ni deducible por un examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare. Si su médico encuentra y extrae un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o la sigmoidoscopia flexible, el examen de detección pasa a ser un examen de diagnóstico. Usted paga $0 por cada colonoscopia de diagnóstico cubierta por Medicare. Usted paga $0 por cada enema de bario de detección cubierto por Medicare. **No se requiere autorización.**

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años en adelante. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no están en alto riesgo después de haberse realizado una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario. • Pruebas de detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años en adelante. Una vez cada 12 meses. • Prueba multigénica de ADN en heces para pacientes de 45 a 85 años que no cumplen con criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años que no cumplen con criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Los exámenes de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que un examen de detección de cáncer colorrectal en heces no invasivo cubierto por Medicare arrojara un resultado positivo. • Los exámenes de detección de cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible de detección planificada o una colonoscopia de detección que implica la extracción de tejido u otra materia, u otro procedimiento realizado en relación con, como resultado de, y en el mismo encuentro clínico que el examen de detección.	
Servicios odontológicos En general, los servicios odontológicos preventivos (como limpieza, exámenes de rutina y radiografías) no están cubiertos por Medicare Original. Sin embargo, Medicare paga los servicios odontológicos en algunas circunstancias, específicamente cuando ese servicio es parte integral del tratamiento específico de la afección médica primaria de una persona. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, las extracciones dentales realizadas en preparación para la radioterapia para el cáncer que afecta a la mandíbula, o los exámenes bucales antes de un trasplante de órganos. Además, cubrimos: servicios odontológicos no cubiertos por Medicare Original.	Usted paga $0 por los servicios odontológicos cubiertos por Medicare. ***Se requiere autorización previa para ciertos servicios.***

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Florida Complete Care – Duals VIP ofrece beneficios odontológicos complementarios por segmento del plan de beneficios que incluyen servicios preventivos y de diagnóstico. Servicios odontológicos: cobertura, beneficio trimestral y asignación anual:	Usted paga $0 por los servicios odontológicos complementarios no cubiertos por Medicare.

Segmento 001	Segmento 002	Segmento 003
Beneficio trimestral de $1,165.00	Beneficio trimestral de $1,095.00	Beneficio trimestral de $1,025.00
Asignación anual de $4,660.00	Asignación anual de $4,380.00	Asignación anual de $4,100.00

Se requiere autorización previa.

Este beneficio se transfiere si no se usa durante el trimestre. Consulte la tabla anterior para conocer el máximo anual por área de segmento. Usted será responsable de cualquier monto que exceda el máximo trimestral/anual.

Los servicios odontológicos preventivos y de diagnóstico incluyen:

- Examen bucodental cada 6 meses
- Servicio de profilaxis cada 6 meses (limpieza)
- Radiografías odontológicas una vez al año
- Tratamiento con flúor
- Otros servicios odontológicos preventivos
- Servicios de restauración
- Endodoncia
- Periodoncia
- Prótesis removibles
- Prótesis maxilofacial
- Servicios de implantes
- Prótesis fija
- Cirugía oral y maxilofacial (incluye extracciones)
- Servicios complementarios

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Comuníquese con Servicios para Afiliados para obtener información adicional o visite FC2healthplan.com donde podrá encontrar los límites de beneficios y los códigos que están cubiertos. Los códigos están sujetos a cambios sin previo aviso.	
Evaluación de detección de depresión Cubrimos una evaluación de detección de depresión por año. La evaluación se debe realizar en un centro de atención primaria que pueda proporcionar tratamiento de seguimiento y derivaciones.	No hay coseguro, copago ni deducible por una visita anual de detección de depresión. **No se requiere autorización.**
Prueba de detección de diabetes Cubrimos este examen (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de niveles altos de azúcar en la sangre (glucosa). Las pruebas también pueden estar cubiertas si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes. Usted puede ser elegible para hasta 2 exámenes de detección de diabetes cada 12 meses a partir de la fecha de su última prueba de detección de diabetes.	No hay coseguro, copago ni deducible por las pruebas de detección de la diabetes cubiertas por Medicare. **No se requiere autorización.**
Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para personas diabéticas Para todas las personas que tienen diabetes (insulinodependientes o no). Los servicios cubiertos incluyen: • Suministros para controlar la glucosa en sangre: monitor de glucosa en sangre, tiras reactivas para medir la glucosa en sangre, lanceteros y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y los monitores.	Usted paga $0 por cada suministro para monitorear la glucosa en sangre cubierto por Medicare. Usted paga $0 por los suministros y el calzado para personas diabéticas cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Para las personas que tienen pie diabético con complicaciones graves: un par de zapatos terapéuticos moldeados a medida (incluyen plantillas) por año calendario y 2 pares de plantillas adicionales o un par de zapatos con profundidad y 3 pares de plantillas (no incluye las plantillas removibles que no están hechas a medida y vienen con esos zapatos). La cobertura incluye el ajuste. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta en ciertas condiciones.	Usted paga $0 por la capacitación de autocontrol cubierta por Medicare. ***Es posible que se requiera autorización previa.***
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (Para ver una definición del equipo médico duradero, consulte el Capítulos 12 y el Capítulo 3) Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchón eléctrico, suministros para personas diabéticas, camas de hospital indicadas por un proveedor para su uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos de generación de voz, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todo el equipo médico duradero médicamente necesario cubierto por Medicare Original. Si nuestro distribuidor en su área no ofrece una marca o un fabricante en particular, usted puede preguntarle si puede realizar un pedido especial para usted. La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web en FC2healthplan.com. En general, Florida Complete Care-Duals VIP cubre el equipo médico duradero cubierto por Medicare Original de las marcas y los fabricantes de esta lista. No cubriremos otras marcas y fabricantes a menos que su médico u otro proveedor nos indique que la marca es adecuada para sus necesidades médicas. Si es nuevo en Florida Complete Care-Duals VIP y está usando una marca de equipo médico duradero que no está en nuestra lista, la seguiremos cubriendo hasta 90 días. Durante este tiempo, debe hablar con su médico para decidir qué marca es médicamente apropiada después de este	Usted paga $0 por el equipo médico duradero cubierto por Medicare. Su costo compartido por la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare es de $0. Su costo compartido no cambiará después de estar inscrito durante 36 meses. Si realizó 36 meses de pago de alquiler por cobertura de equipos de oxígeno antes de inscribirse en Florida Complete Care-Duals VIP, su costo compartido en Florida Complete Care-Duals VIP es de $0. ***Se requiere autorización previa.***

Servicio cubierto	Lo que usted paga
período de 90 días. (Si no está de acuerdo con su médico, puede pedirle que le derive para obtener una segunda opinión). Si usted (o su proveedor) no está de acuerdo con la decisión de cobertura de nuestro 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 obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9)	
Los servicios de equipo médico duradero cubiertos por Medicaid incluyen: • La atención respiratoria abarca una variedad de dispositivos y suministros usados para tratar afecciones respiratorias y ayudar a la respiración. Estos incluyen equipos de oxígeno, nebulizadores, ventiladores y suministros relacionados, diseñados para su uso en el hogar del paciente o en otros entornos. • Dispositivos médicos, controles y aparatos personalizados que ayudan a las personas a mejorar su capacidad para realizar actividades de la vida diaria e interactuar con su entorno. • Servicios de equipo médico duradero y suministros médicos: Sillas de ruedas, camas de hospital y ayudas ambulatorias	Usted paga $0 por el equipo médico duradero cubierto por Medicaid.
Atención de emergencia La atención de emergencia se refiere a servicios que son: • Prestados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia, y • Necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia. Una emergencia médica es cuando usted, u otra persona prudente con conocimientos promedio de salud y medicina, cree que usted tiene síntomas que requieren atención médica inmediata para evitar la muerte (y si usted es una mujer embarazada, la pérdida del bebé), la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas	Usted paga $0 por cada visita a la sala de emergencias. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención como paciente internado después de que su afección de emergencia se haya estabilizado, deberá recibir esa atención como paciente

Servicio cubierto	Lo que usted paga
médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente. El costo compartido de los servicios de emergencia necesarios que usted recibe fuera de la red es el mismo que cuando recibe esos servicios dentro de la red. Si tiene una emergencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios, el plan no brinda cobertura.	internado en el hospital fuera de la red autorizado por el plan y su costo será el costo compartido que pagaría en un hospital de la red. **No se requiere autorización.**
Servicios gastrointestinales Los servicios abarcan el diagnóstico, tratamiento y manejo de afecciones de todo el sistema digestivo, incluido el esófago, el estómago, el intestino delgado, el intestino grueso (colon), el recto, el ano, el hígado, la vesícula biliar y el páncreas.	Usted paga $0 por cada servicio cubierto por Medicaid.
Servicios genitourinarios Los servicios abarcan la atención médica y quirúrgica de los sistemas urinario y reproductor masculino.	Usted paga $0 por cada servicio cubierto por Medicaid.
Servicios de audición Las evaluaciones de diagnóstico de la audición y del equilibrio realizadas por su proveedor de atención primaria para determinar si necesita tratamiento médico se cubren como atención ambulatoria si las recibe de parte de un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado. También cubrimos: • Exámenes auditivos de rutina cada 6 meses • Adaptación/evaluación del audífono cada 6 meses • El beneficio máximo permitido de $1,000 por año se puede usar para cubrir los costos de los audífonos según sus audífonos recetados **Los servicios de Medicaid incluyen:** Una gama de atención profesional destinada a diagnosticar, controlar y tratar trastornos de la audición, del equilibrio y otros relacionados.	Usted paga $0 por cada examen de audición cubierto por Medicare Usted paga $0 por cada examen de audición de rutina no cubierto por Medicare Usted paga $0 por cada evaluación/adaptación de audífonos no cubierta por Medicare Usted paga $0 por los audífonos recetados **No se requiere autorización.**

Servicio cubierto	Lo que usted paga
	Usted paga $0 por cada servicio de audición cubierto por Medicaid.
Ayuda para ciertas enfermedades crónicas Los afiliados a quienes un proveedor del plan les haya diagnosticado una o más enfermedades crónicas identificadas y cumplan con ciertos criterios detallados a continuación pueden ser elegibles para recibir beneficios complementarios específicos: Atención avanzada en el hogar que cubre las siguientes enfermedades crónicas: • Diabetes • Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) • Insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) • Paciente con accidente cerebrovascular previo • Hipertensión • Arteriopatía coronaria • Trastornos anímicos • Artritis reumatoide • Demencia El beneficio de visitas domiciliarias especializadas cubre la atención de la salud en el hogar del afiliado que de otra manera no está cubierta por Medicare cuando un médico la considere médicamente adecuada según el estado de salud del afiliado, para proporcionarle una alternativa a recibir o seguir recibiendo la atención intensiva que el afiliado necesita en un hospital. Como afiliado de nuestro plan, usted puede ser derivado a uno de los proveedores de atención hospitalaria especializada a domicilio para recibir los servicios hospitalarios no cubiertos por Medicare en su hogar. Los servicios hospitalarios en el hogar permiten que ciertos servicios de atención de la salud se presten fuera de un	Usted paga $0 por los servicios cubiertos ***Se requiere autorización previa.***

Servicio cubierto	Lo que usted paga
entorno hospitalario tradicional y, en su hogar, según una evaluación y derivación realizada por un proveedor del plan y criterios de elegibilidad que incluyen la afección médica y la ubicación geográfica. No se requiere una visita a la sala de emergencias ni como paciente internado para comenzar el tratamiento. Puede recibir tratamiento y seguimiento en su hogar por parte de un equipo de proveedores durante hasta 30 días de atención.	
Análisis de detección del VIH Para las personas que solicitan un análisis de detección del VIH o que tienen un alto riesgo de infección por el VIH, cubrimos: • Un análisis de detección cada 12 meses. Si está embarazada, cubrimos: • Hasta 3 análisis de detección durante un embarazo.	No hay coseguro, copago ni deducible para los afiliados elegibles por el análisis preventivo de detección del VIH cubierto por Medicare. **No se requiere autorización.**
Atención de una agencia de cuidado de la salud a domicilio Antes de recibir servicios de salud a domicilio, un médico debe certificar que los necesita y pedirá que los proporcione una agencia de cuidado de la salud a domicilio. Debe estar confinado en su hogar, lo que significa que salir es un gran esfuerzo. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios de enfermería especializada o asistentes de atención de la salud domiciliaria intermitentes o a tiempo parcial (para estar cubiertos por el beneficio de cuidado de la salud a domicilio, los servicios de enfermería especializada y asistentes de atención de la salud domiciliaria combinados deben alcanzar un total de menos de 8 horas por día y 35 horas por semana) • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipos y suministros médicos	Usted paga $0 por cada servicio de salud a domicilio cubierto por Medicare. ***Se requiere autorización previa.*** Usted paga $0 por cada servicio de salud a domicilio cubierto por Medicaid.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Los servicios cubiertos por Medicaid incluyen: atención médica y personal a personas en sus hogares, lo que ofrece una variedad de servicios desde enfermería especializada y terapia hasta asistencia con las actividades de la vida diaria.	
Tratamiento de infusión en el hogar El tratamiento de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o sustancias biológicas a una persona en el hogar. Los componentes necesarios para realizar la infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), equipo (por ejemplo, una bomba) y suministros (por ejemplo, tubos y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, prestados de acuerdo con el plan de atención • Capacitación y educación del paciente que no estén cubiertas por el beneficio de equipo médico duradero • Monitoreo remoto • Servicios de monitoreo para brindar el tratamiento de infusión en el hogar, y los medicamentos de infusión en el hogar proporcionados por un proveedor calificado en tratamiento de infusión en el hogar	Usted paga $0 por servicios profesionales, capacitación y educación del paciente. Usted paga $0 por artículos de equipo médico duradero cubiertos por Medicare. Usted paga $0 por medicamentos de quimioterapia cubiertos por la Parte B de Medicare y otros medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare. ***Se requiere autorización previa.***
Cuidados paliativos Usted es elegible para el beneficio de cuidados paliativos cuando su médico y el director médico del centro de cuidados paliativos le han dado un pronóstico terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y le quedan 6 meses de vida o menos si la enfermedad sigue su curso normal. Puede recibir atención de cualquier programa de cuidados de paliativos certificado por Medicare. Nuestro plan está obligado a ayudarlo a buscar programas de centros de cuidados paliativos certificados por Medicare en el área de servicio de nuestro plan, incluidos los programas que poseemos, controlamos o en los que tenemos un interés	Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, Medicare Original, no Florida Complete Care-Duals VIP, paga sus cuidados paliativos y servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
económico. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos para controlar síntomas y aliviar el dolor • Cuidado de relevo a corto plazo • Cuidado en el hogar Cuando es admitido en un centro de cuidados paliativos, tiene derecho a seguir en nuestro plan; si sigue en nuestro plan, debe seguir pagando las primas del plan. **Por cuidados paliativos y servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare que están relacionados con su pronóstico terminal:** Medicare Original (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor de cuidados paliativos y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal. Mientras esté en el programa de cuidados paliativos, su proveedor de cuidados paliativos le facturará a Medicare Original los servicios que paga Medicare Original. Se le facturará el costo compartido de Medicare Original. **Por servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare que no están relacionados con su pronóstico terminal:** Si necesita servicios que no son de emergencia ni de urgencia que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y no se relacionan con su pronóstico terminal, su costo de estos servicios depende de si es atendido por un proveedor dentro de la red de nuestro plan y sigue las reglas del plan (por ejemplo, si hay un requisito para obtener autorización previa). • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las reglas del plan para obtener servicios, solo paga el monto del costo compartido de nuestro plan por servicios dentro de la red • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, paga el costo compartido conforme a Medicare Original **Por los servicios cubiertos por Florida Complete Care-Duals VIP (HMO-POS D-SNP), pero que no están cubiertos por la Parte A o B de Medicare:** Florida Complete Care-Duals VIP (HMO-POS D-SNP) seguirá cubriendo los servicios cubiertos	

Servicio cubierto	Lo que usted paga
por el plan que no tienen cobertura de la Parte A o B, estén o no relacionados con su pronóstico terminal. Usted paga el monto de costo compartido de nuestro plan por estos servicios. **Por medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de nuestro plan:** Si estos medicamentos no están relacionados con su enfermedad terminal que requiere cuidados paliativos, usted paga el costo compartido. Si están relacionados con su enfermedad terminal que requiere cuidados paliativos, usted paga el costo compartido de Medicare Original. Los medicamentos nunca están cubiertos por un centro de cuidados paliativos y por nuestro plan al mismo tiempo. (Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5). **Nota:** Si necesita atención que no es de cuidados paliativos (no relacionada con su pronóstico terminal), comuníquese con nosotros para coordinar los servicios.	
Vacunas Los servicios cubiertos de la Parte B de Medicare incluyen: • Vacunas contra la neumonía • Vacunas contra la gripe, una vez cada temporada de gripe en otoño e invierno, con vacunas adicionales contra la gripe si son médicamente necesarias • Vacunas contra la hepatitis B si usted está en riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • Vacunas contra el COVID-19 • Otras vacunas si está en riesgo y cumplen con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare Cubrimos la mayoría de las vacunas para adultos conforme a nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D. Para obtener más información, consulte la Sección 8 del Capítulo 6.	No hay coseguro, copago ni deducible por las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B y el COVID-19. **No se requiere autorización.**

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención hospitalaria como paciente internado Incluye hospitales de atención a largo plazo, de rehabilitación y para casos agudos de pacientes internados, así como otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención hospitalaria como paciente internado comienza el día en que es admitido formalmente en el hospital con una orden médica. El día anterior al alta es su último día de internación. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas las dietas especiales • Servicios regulares de enfermería • Costos de las unidades de cuidados especiales (como las unidades coronarias o de cuidados intensivos) • Fármacos y medicamentos • Análisis de laboratorio • Radiografías y otros servicios de radiología • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios • Uso de aparatos, como sillas de ruedas • Costos de quirófano y sala de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y fonoaudiología • Servicios por abuso de sustancias como paciente internado	Usted paga $0 por la atención hospitalaria como paciente internado cubierta por Medicare. ***Se requiere autorización previa para atención hospitalaria y servicios de trasplante dentro de la red.***
• En ciertos casos, los siguientes tipos de trasplante están cubiertos: de córnea, riñón, riñón y páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón y pulmón, médula ósea, células madre, intestino y multivisceral. Si necesita un 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 se prestan fuera del patrón de atención de la comunidad, puede optar por recibirlos a nivel local, siempre que los proveedores de trasplantes locales estén dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare Original. Si Florida Complete Care-Duals VIP	Si recibe atención autorizada como paciente internado en un hospital fuera de la red después de que se haya estabilizado su afección de emergencia, su costo será el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
ofrece servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención de trasplantes en su comunidad y usted elige recibir trasplantes en este lugar distante, coordinaremos o pagaremos los costos de alojamiento y transporte apropiados para usted y un acompañante. • Sangre: se incluye el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre y concentrados de glóbulos rojos comienza solo con la cuarta pinta de sangre que necesite. Usted debe pagar el costo de las primeras 3 pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar o hacer que alguien done sangre. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta. • Servicios médicos **Nota:** Para ser un paciente internado, su proveedor debe extender una orden por escrito para que usted sea admitido formalmente en el hospital. Aunque pase la noche en el hospital, es posible que aun así sea considerado un paciente ambulatorio. Si no está seguro de que sea un paciente internado o ambulatorio, consulte al personal del hospital. Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare llamada *Beneficios hospitalarios de Medicare*. Esta hoja informativa está disponible en es.medicare.gov/publications/11435-S-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o usted puede pedirla por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.	
Servicios como paciente internado en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de la salud mental que requieren una estadía en el hospital. Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de la salud mental que requieren una estadía en el hospital. Hay un límite de por vida de 190 días para los servicios de internación en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes internados que se prestan en la unidad psiquiátrica de un hospital general.	Usted paga $0 por admisión para recibir atención psiquiátrica hospitalaria como paciente internado cubierta por Medicare. ***Se requiere autorización previa.***

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Estadía como paciente internado: Servicios cubiertos que usted reciba en un hospital o un centro de enfermería especializada (SNF) durante una estadía como paciente internado no cubierta Si ha agotado sus beneficios de internación o si la estadía como paciente internado no es razonable y necesaria, no cubriremos su estadía como paciente internado. En algunos casos, cubriremos ciertos servicios que usted reciba mientras esté en el hospital o en el centro de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios médicos • Pruebas de diagnóstico (como análisis de laboratorio) • Radiografías, radioterapia con radioisótopos, incluidos los materiales y servicios del técnico • Vendajes quirúrgicos • Férulas, yesos y otros dispositivos usados para reducir fracturas y dislocaciones • Prótesis y dispositivos ortopédicos (que no sean dentales) que reemplazan total o parcialmente un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido circundante), o la totalidad o una parte de la función de un órgano interno del cuerpo que no funciona o que funciona mal de manera permanente, incluido el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos • Aparatos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros; piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos los ajustes, las reparaciones y los reemplazos necesarios debido a rotura, desgaste, pérdida o un cambio en el estado físico del paciente • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla	Cuando su estadía como paciente internado no esté cubierta, pagará los costos de los servicios recibidos como se describe en esta tabla de beneficios. El plan no paga días de internación adicionales después de que finalice el período de beneficios y los días de reserva de por vida se hayan agotado. ***Se requiere autorización previa.***
Servicios tegumentarios El cuidado y tratamiento de la piel, el cabello, las uñas y las glándulas asociadas (glándulas sudoríparas y sebáceas), conocidas colectivamente como el sistema tegumentario.	Usted paga $0 por los servicios tegumentarios cubiertos por Medicaid.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Beneficio de comidas • Comidas posteriores al alta o Comidas congeladas ofrecidas hasta 14 días después del alta de un centro de enfermería especializada o un hospital (2 comidas por día, un total de 28 comidas por año). o Se ofrecen comidas para situaciones de emergencia. Un paquete de 5 días de comidas o alimentos no perecederos disponible hasta dos veces al año (2 comidas por día, un total de 20 comidas por año).	No hay coseguro, copago ni deducible para los afiliados elegibles por las comidas posteriores al alta. ***Se requiere autorización previa.***
Terapia médica nutricional Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedad renal (pero sin diálisis) o después de un trasplante de riñón cuando su médico lo deriva. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año en que recibe servicios de terapia nutricional médica conforme a Medicare (esto incluye nuestro plan, otro plan Medicare Advantage o Medicare Original) y 2 horas cada año después de eso. Si su enfermedad, tratamiento o diagnóstico cambia, es posible que pueda recibir más horas de tratamiento con la derivación de un médico. Un médico debe indicar estos servicios y renovar su derivación anualmente si su tratamiento será necesario el próximo año calendario.	No hay coseguro, copago ni deducible para los afiliados elegibles por los servicios de terapia nutricional médica cubierta por Medicare. **No se requiere autorización.**
Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP) **Los servicios del Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) están cubiertos para las personas elegibles en todos los planes de salud de Medicare.** Este programa es una intervención estructurada para lograr un cambio de conducta con respecto a la salud que proporciona capacitación práctica sobre cambios alimentarios a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias para resolver problemas con el fin de superar los	No hay coseguro, copago ni deducible por el beneficio del Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare. **No se requiere autorización.**

Servicio cubierto	Lo que usted paga
desafíos para mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	
Medicamentos de la Parte B de Medicare **Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare Original. Los afiliados de nuestro plan reciben cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen:** • Medicamentos que, en general, el paciente no se autoadministra, sino que se los inyectan o administran mediante infusión mientras recibe servicios de un médico, servicios hospitalarios como paciente ambulatorio o servicios de un centro de cirugía ambulatoria • Insulina administrada a través de un artículo de equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria) • Otros medicamentos que se administran mediante un equipo médico duradero (como nebulizadores) que fueron autorizados por nuestro plan • El medicamento Leqembi® (nombre genérico lecanemab) para la enfermedad de Alzheimer, que se administra por vía intravenosa. Además de los costos de los medicamentos, es posible que necesite exámenes de diagnóstico y pruebas adicionales antes o durante el tratamiento, que podrían aumentar sus costos generales. Hable con su médico sobre los exámenes de diagnóstico y las pruebas que puede necesitar como parte de su tratamiento. • Factores de coagulación que usted se inyecta si tiene hemofilia • Medicamentos inmunodepresores/para trasplantes: Medicare cubre el tratamiento farmacológico para trasplante si Medicare pagó su trasplante de órgano. Usted debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto y debe tener la Parte B en el momento en que reciba medicamentos inmunodepresores. La cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare incluye medicamentos inmunodepresores si la Parte B no los cubre	Usted paga $0 por medicamentos de la Parte B de Medicare y su administración en cualquier lugar. *Se requiere autorización previa.* Algunos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare y otros están cubiertos por la Parte D de Medicare. Los medicamentos de la Parte B no se computan para alcanzar el límite de cobertura inicial de la Parte D ni los límites de gastos de su bolsillo. 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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Medicamentos inyectables para tratar la osteoporosis, si está confinado en su hogar, tiene una fractura ósea que un médico certifica que está relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede administrarse el medicamento por sus propios medios • Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si los prepara un médico y los administra una persona debidamente capacitada (que puede ser usted, el paciente) con la supervisión adecuada • Algunos medicamentos oncológicos orales: Medicare cubre ciertos medicamentos oncológicos si el mismo medicamento se encuentra disponible en forma inyectable o el medicamento es un profármaco (la forma oral de un medicamento que, al ser ingerido, se descompone en el mismo ingrediente activo que se encuentra en el medicamento inyectable) del medicamento inyectable. A medida que estén disponibles nuevos medicamentos oncológicos orales, la Parte B podría cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D los cubre. • Medicamentos antieméticos orales: Medicare cubre los medicamentos antieméticos orales que usted recibe como parte de un tratamiento de quimioterapia para combatir el cáncer si se administran antes, durante o dentro de las 48 horas posteriores a la quimioterapia, o si se aplican como reemplazo terapéutico completo de un medicamento antiemético intravenoso • Ciertos medicamentos orales para la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) cubiertos por la Parte B de Medicare • Medicamentos calcimiméticos y aglutinantes de fosfato conforme al sistema de pago para la enfermedad renal en etapa terminal, incluido el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar® • Algunos medicamentos para diálisis en el hogar, incluida la heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario, y anestésicos tópicos • Agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina inyectable si usted tiene enfermedad	*No se requiere autorización para la insulina.*

Servicio cubierto	Lo que usted paga
renal en etapa terminal (ESRD) o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con ciertas otras enfermedades (como Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa, Mircera® o metoxipolietilenglicol-epoetina beta) • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de enfermedades de inmunodeficiencia primaria • Nutrición parenteral y enteral (por vía intravenosa y por sonda) También cubrimos algunas vacunas conforme a nuestra Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos conforme a nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D. El Capítulo 5 explica el beneficio de medicamentos de la Parte D, incluidas las reglas que usted debe seguir para que sus medicamentos recetados estén cubiertos. Lo que paga por sus medicamentos de la Parte D a través de nuestro plan se explica en el Capítulo 6.	
Administración de la atención específica de salud mental Un servicio que ayuda a las personas con problemas de salud mental a acceder a los recursos que necesitan para vivir de forma independiente en la comunidad.	No hay coseguro, copago ni deducible por la administración de la atención específica de salud mental.
Servicios neurológicos Se centran en el diagnóstico y tratamiento de trastornos del cerebro, la médula espinal y el sistema nervioso.	Usted paga $0 por los servicios neurológicos cubiertos por Medicaid.
Evaluación de obesidad y tratamiento para promover la pérdida de peso sostenida Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos el asesoramiento intensivo para ayudarlo a bajar de peso. Este asesoramiento está cubierto si lo recibe en un establecimiento 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.	No hay coseguro, copago ni deducible por la evaluación y el tratamiento preventivo de la obesidad. **No se requiere autorización.**

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de cirugía oral y maxilofacial Cirugía que se centra en el diagnóstico y tratamiento quirúrgico de enfermedades, lesiones y defectos de la cara, la boca y los maxilares.	Usted paga $0 por los servicios de cirugía oral y maxilofacial cubiertos por Medicaid.
Servicios de ortopedia Incluyen el diagnóstico, el tratamiento y al prevención de problemas que afectan al sistema musculoesquelético.	Usted paga $0 por los servicios de ortopedia cubiertos por Medicaid.
Servicios del programa de tratamiento relacionado con opioides Los afiliados de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (opioid use disorder, OUD) pueden recibir cobertura de servicios para tratar dicho trastorno a través de un Programa de Tratamiento Relacionado con Opioides (Opioid Treatment Program, OTP) que incluye los siguientes servicios: • Medicamentos para el tratamiento asistido con medicamentos (medication-assisted treatment, MAT) agonistas y antagonistas opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) de los Estados Unidos • Suministro y administración de medicamentos para el tratamiento asistido con medicamentos (si corresponde) • Asesoramiento sobre el consumo de sustancias • Terapia individual y de grupo • Pruebas toxicológicas • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas	Usted paga $0 por el tratamiento de opioides cubierto por Medicare. ***Se requiere autorización previa.***
Pruebas de diagnóstico y suministros y servicios terapéuticos para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Radiografías • Radioterapia (con radioisótopos), incluidos los materiales y suministros del técnico, como vendajes y suministros quirúrgicos. Suministros quirúrgicos, como vendajes • Férulas, yesos y otros dispositivos usados para reducir fracturas y dislocaciones	Usted paga $0 por exámenes de diagnóstico y, servicios y suministros terapéuticos cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Análisis de laboratorio • Sangre: se incluye el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre y concentrados de glóbulos rojos comienza solo con la cuarta pinta de sangre que necesite; debe pagar el costo de las primeras 3 pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar o conseguir dadores de sangre. Todos los demás componentes de la sangre tienen cobertura a partir de la primera pinta que se use • Exámenes de diagnóstico que no son de laboratorio, como tomografías computarizadas (computed tomographies, CT), imágenes por resonancia magnética (magnetic resonance imaging, MRI), electrocardiogramas (EKG) y tomografías por emisión de positrones (positron emission tomography, PET) cuando su médico u otro proveedor de cuidado de la salud las indica para tratar una problema médico • Otros exámenes de diagnóstico para pacientes ambulatorios	***Se requiere autorización previa.***
Observación en el hospital como paciente ambulatorio Los servicios de observación son servicios hospitalarios ambulatorios que se prestan para determinar si se debe internar al paciente o se le puede dar de alta. Para que los servicios de observación en el hospital como paciente ambulatorio estén cubiertos, deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación solo están cubiertos cuando se prestan bajo la indicación de un médico u otra persona autorizada por la ley estatal y los estatutos del personal hospitalario para admitir pacientes en el hospital o indicar pruebas para pacientes ambulatorios. **Nota:** A menos que el proveedor haya extendido una orden por escrito para su internación en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido de los servicios hospitalarios ambulatorios. Aunque pase la noche en el hospital, es posible que aun así sea considerado	Usted paga $0 por estadía por cada servicio de sala de observación en un hospital para pacientes ambulatorios. **No se requiere autorización.**

Servicio cubierto	Lo que usted paga
un paciente ambulatorio. Si no está seguro de que sea un paciente ambulatorio, consulte al personal del hospital. Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare llamada *Beneficios hospitalarios de Medicare*. Esta hoja informativa está disponible en es.medicare.gov/publications/11435-S-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o usted puede pedirla por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.	
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, entre otros: • Servicios en un departamento de emergencias o clínica ambulatoria, como servicios de observación o cirugía ambulatoria • Análisis de laboratorio y pruebas de diagnóstico que factura el hospital • Atención de la salud mental, que incluyen la atención en un programa de hospitalización parcial si un médico certifica que, sin este programa, se requeriría tratamiento como paciente internado • Radiografías y otros servicios de radiología que factura el hospital • Suministros médicos como férulas y yesos • Determinados medicamentos y sustancias biológicas que no puede administrarse por su cuenta **Nota:** A menos que el proveedor haya extendido una orden por escrito para su internación en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido de los servicios hospitalarios ambulatorios. Aunque pase la noche en el hospital, es posible que aun así sea considerado un paciente ambulatorio. Si no está seguro de que sea un paciente ambulatorio, consulte al personal del hospital. Los servicios también están cubiertos si se prestan en una clínica de salud rural.	Usted paga $0 por servicios hospitalarios ambulatorios. ***Se requiere autorización previa.***

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención de la salud mental como paciente ambulatorio Los servicios cubiertos incluyen: Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico con licencia del estado, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, consejero profesional con licencia (licensed professional counselor, LPC), terapeuta matrimonial y familiar con licencia (licensed marriage and family therapist, LMFT), profesional de enfermería (nurse practitioner, NP), asistente médico (physician assistant, PA) u otro profesional de atención de la salud mental calificado por Medicare según lo permitan las leyes estatales vigentes.	Usted paga $0 por sesiones ambulatorias de salud mental y psiquiátrica individuales o de grupo cubiertas por Medicare. ***Se requiere autorización previa para sesiones individuales y de grupo.***
Los servicios cubiertos por Medicaid incluyen: **Servicios de análisis del comportamiento:** Los servicios de análisis del comportamiento (behavior analysis, BA) son intervenciones, estrategias y tratamientos muy estructurados para reducir los comportamientos inadaptados y aumentar o reforzar los comportamientos adecuados. **Servicios comunitarios de salud del comportamiento:** Servicios que incluyen terapia, tratamiento del abuso de sustancias y administración de casos.	Usted paga $0 por los servicios cubiertos por Medicaid.
Servicios de rehabilitación ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional y fonoaudiología. Los servicios de rehabilitación ambulatorios se prestan en diversos centros ambulatorios, como departamentos para pacientes ambulatorios de un hospital, consultorios de terapeutas independientes y centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF).	Usted paga $0. ***Se requiere autorización previa.***

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios ambulatorios por trastorno por consumo de sustancias Los servicios ambulatorios por abuso de sustancias deben ser prestados por un psiquiatra o médico con licencia del estado, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, profesional en enfermería, asistente médico u otro profesional especialista en adicciones calificado por Medicare según lo permitan las leyes estatales vigentes.	Usted paga $0 por cada sesión de terapia individual o de grupo cubierta por Medicare. ***Se requiere autorización previa.***
Cirugía ambulatoria, incluidos los servicios prestados en centros ambulatorios de hospitales y centros quirúrgicos ambulatorios **Nota:** Si va a realizarse una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar a su proveedor si usted será un paciente internado o ambulatorio. A menos que el proveedor extienda una orden por escrito para su internación en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido de la cirugía ambulatoria. Aunque pase la noche en el hospital, es posible que aun así sea considerado un paciente ambulatorio.	Usted paga $0 por cada cirugía ambulatoria cubierta por Medicare en centros ambulatorios de hospitales y centros quirúrgicos ambulatorios. ***Se requiere autorización previa.***
Beneficio de artículos de venta libre (OTC) **Artículos a través de una tarjeta Flex** Este beneficio se proporciona a través de una tarjeta de crédito, la cual asigna los siguientes montos por mes: Segmento 001: $100.00 por mes Segmento 002: $75.00 por mes Segmento 003: $75.00 por mes Los montos de los artículos de venta libre (over-the-counter, OTC) no usados no se transfieren de un mes a otro. Este beneficio se proporciona a través de una tarjeta de débito. Debe llamar al número de teléfono que figura en su tarjeta para activarla antes del uso inicial. Llame al 1-855-788-3466 (TTY 711) o visite https://www.mybenefitscenter.com	Usted paga $0. **No se requiere autorización.**

Servicio cubierto	Lo que usted paga
No se puede canjear por efectivo También puede pedir artículos cubiertos o visitar cualquier sucursal de CVS. Haga pedidos en línea o llame al 1-855-788-3466.	
Servicios de manejo del dolor Incluyen reducir y controlar el dolor a través de diversos abordajes, que incluyen medicamentos, fisioterapia y otras terapias, para mejorar la calidad de vida del paciente y su capacidad para funcionar.	Usted paga $0 por los servicios para el manejo del dolor cubiertos por Medicaid.
Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos La *hospitalización parcial* es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo proporcionado como un servicio ambulatorio en un hospital o por un centro de salud mental comunitario, que es más intensivo que la atención recibida en el consultorio del médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT) o consejero profesional con licencia y es una alternativa a la hospitalización. El *servicio ambulatorio intensivo* es un programa estructurado de tratamiento activo de salud conductual (mental) proporcionado en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital, un centro de salud mental comunitario, un centro de salud calificado a nivel federal o una clínica de salud rural que es más intensivo que la atención recibida en el consultorio del médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT) o consejero profesional con licencia, pero menos intensivo que la hospitalización parcial.	Usted paga $0 por cada visita. ***La hospitalización parcial requiere autorización.*** ***El tratamiento ambulatorio intensivo no requiere autorización.***

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de cuidado personal Servicios de apoyo no médico que ayudan a las personas con las actividades de la vida diaria (activities of daily living, ADL) y las actividades instrumentales de la vida diaria (instrumental activities of daily living, IADL), que les permiten permanecer independientes en sus hogares.	Usted paga $0 por los servicios de cuidado personal cubiertos por Medicaid.
Servicios médicos y profesionales, incluidas las visitas al consultorio Los servicios cubiertos incluyen: • Atención médica o servicios quirúrgicos médicamente necesarios que usted recibe en el consultorio de un médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento de pacientes ambulatorios de un hospital o cualquier otro centro • Consulta, diagnóstico y tratamiento que se reciban de un especialista • Exámenes básicos de audición y del equilibrio realizados por su proveedor de atención primaria, si su médico los indica para determinar si usted necesita tratamiento médico • Ciertos servicios de telesalud, que incluyen: servicios de proveedores de atención primaria (PCP) y especialistas; sesiones individuales para servicios especializados de salud mental y servicios psiquiátricos; sesiones individuales para pacientes ambulatorios por abuso de sustancias; y servicios de urgencia. o Usted tiene la opción de obtener estos servicios en una visita en persona o mediante telesalud. Si opta por obtener uno de estos servicios por telesalud, tiene la opción de usar un proveedor dentro o fuera de la red que ofrezca el servicio mediante telesalud. o Puede usar un teléfono, una computadora, una tableta u otra tecnología de video. • Algunos servicios de telesalud, entre ellos la consulta, el diagnóstico y el tratamiento por parte de un médico o profesional, para pacientes en ciertas áreas rurales u otros lugares aprobados por Medicare.	Usted paga $0 por la visita al médico de atención primaria cubierta por Medicare. Usted paga $0 por la visita al especialista médico cubierta por Medicare. Opciones de punto de servicio (POS): Usted paga $0 por visitas a especialistas con proveedores no participantes. Cobertura dentro y fuera de la red para visitas a especialistas (ÚNICAMENTE) realizadas por un médico o un osteópata **No se requiere autorización.**

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con la enfermedad renal en etapa terminal para afiliados que reciben diálisis en el centro de diálisis de un hospital o en un hospital de acceso crítico, en un centro de diálisis renal o el hogar del afiliado • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente del lugar en que usted esté • Servicios de telesalud para afiliados con un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno de salud mental comórbido, independientemente del lugar en que usted esté • Servicios de telesalud para diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental si: o Hace una visita en persona dentro de los 6 meses anteriores a su primera visita de telesalud o Hace una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud o Se pueden hacer excepciones a lo anterior en determinadas circunstancias • Servicios de telesalud para visitas de salud mental a cargo de clínicas de salud rurales y centros de salud calificados a nivel federal • Chequeos virtuales (por ejemplo, por teléfono o videochat) con su médico durante 5 a 10 minutos **si**: o Usted no es un paciente nuevo **y** o El chequeo no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos 7 días **y** o El chequeo no requiere una visita al consultorio dentro de las 24 horas ni una cita lo más pronto disponible • Evaluación de videos o imágenes que usted envíe a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico dentro de las 24 horas **si**: o Usted no es un paciente nuevo **y** o La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días **y**	

Servicio cubierto	Lo que usted paga
○ La evaluación no requiere una visita al consultorio dentro de las 24 horas ni una cita lo más pronto disponible • Consultas de su médico con otros médicos por teléfono, Internet o una evaluación de la historia clínica electrónica • Segunda opinión antes de la cirugía • Atención odontológica que no es de rutina (los servicios cubiertos se limitan a la cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas, reducción de fracturas de la mandíbula o los huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para radioterapia de neoplasias malignas, o los servicios que se cubrirían cuando los presta un médico) Los servicios cubiertos por Medicaid incluyen: • Servicios de atención primaria prestados en centros de salud calificados a nivel federal	
Servicios de podología Los servicios cubiertos incluyen: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolones en el talón) • Cuidado de rutina de los pies para afiliados con ciertas afecciones médicas en las extremidades inferiores • Tratamiento del daño nervioso relacionado con la diabetes Los servicios cubiertos por Medicaid incluyen: • El diagnóstico y tratamiento de afecciones en el pie, el tobillo y las extremidades inferiores Las visitas complementarias de podología incluyen: • Seis (6) visitas por año a un especialista de la red • Corte o eliminación de lesiones hiperqueratósicas benignas (por ejemplo, callos, verrugas, callosidades) • Recorte o desbridamiento de uñas	Usted paga $0 por servicios de podología cubiertos por Medicare. ***Se requiere autorización para los beneficios estándar de Medicare*, no para el cuidado de rutina de los pies.** Usted paga $0 por servicios de podología cubiertos por Medicaid. Usted paga $0 por cada visita complementaria de podología.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
	La opción de punto de servicio (POS) no está disponible para servicios de podología.
Profilaxis preexposición (PrEP) para la prevención del VIH Si usted no tiene VIH, pero su médico u otro profesional de atención de la salud determinan que usted corre un riesgo mayor de tener VIH, cubrimos los medicamentos para la profilaxis preexposición (PrEP) y los servicios relacionados. Si califica, los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos para la profilaxis preexposición orales o inyectables aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos. Si está recibiendo un medicamento inyectable, también cubrimos la tarifa por la inyección del medicamento. • Hasta 8 sesiones de asesoramiento individuales (que incluyen la evaluación del riesgo de VIH, la reducción del riesgo de VIH y el cumplimiento terapéutico) cada 12 meses. • Hasta 8 pruebas de detección del VIH cada 12 meses. Una prueba de detección del virus de la hepatitis B por única vez.	No hay coseguro, copago ni deducible por el beneficio de profilaxis preexposición. **No se requiere autorización.**
Servicios privados de enfermería Brindan atención continua, individualizada y en el hogar por parte de personal de enfermería con licencia, centrada en una amplia gama de necesidades médicas y personales, con el objetivo de ayudar a los pacientes a mantener su independencia y calidad de vida en sus propios hogares. Estos servicios pueden variar desde atención de enfermería especializada hasta asistencia con las actividades de la vida diaria.	Usted paga $0 por los servicios privados de enfermería cubiertos por Medicaid.
Exámenes de detección de cáncer de próstata Para hombres de 50 años en adelante, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente, una vez cada 12 meses: • Tacto rectal	No hay coseguro, copago ni deducible por una prueba anual del antígeno prostático específico.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Prueba del antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA)	**No se requiere autorización.**
Prótesis y dispositivos ortopédicos, y suministros relacionados Dispositivos (que no sean dentales) que reemplazan total o parcialmente una función o una parte del cuerpo. Estos incluyen, entre otros, pruebas, ajustes o capacitación en el uso de prótesis y dispositivos ortopédicos; así como bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, calzado protésico, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye determinados suministros relacionados con prótesis y dispositivos ortopédicos, y su reparación y reemplazo. Además, incluye cierta cobertura después de la extracción o la cirugía de cataratas; consulte *Atención oftalmológica* más adelante en esta tabla para obtener más detalles.	Usted paga $0 por prótesis y suministros médicos cubiertos por Medicare. ***Se requiere autorización previa.***
Los servicios de suministros cubiertos por Medicaid incluyen: • Una gama de productos y servicios especializados diseñados para ayudar a personas con necesidades médicas específicas relacionadas con el control de la vejiga o los intestinos, ostomías (aberturas quirúrgicas en el cuerpo) y tratamiento de heridas. • Equipos especializados, suministros y fórmulas nutricionales para personas que requieren ayuda con la alimentación debido a afecciones médicas. Estos servicios se pueden prestar en el hogar o en un entorno comunitario y están diseñados para garantizar una nutrición e hidratación adecuadas cuando la ingesta oral es insuficiente.	Usted paga $0 por los servicios de suministros cubiertos por Medicaid.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para afiliados que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) moderada a muy grave y una derivación para rehabilitación pulmonar del médico que trata la enfermedad respiratoria crónica.	Usted paga $0 por los servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare. ***Se requiere autorización previa y derivación.***
Servicios reproductivos Una amplia gama de servicios médicos, quirúrgicos, educativos y de asesoramiento relacionados con el sistema reproductivo humano.	Usted paga $0 por los servicios reproductivos cubiertos por Medicaid.
Servicios terapéuticos para el sistema respiratorio • Atención médica centrada en el diagnóstico, tratamiento y control de afecciones de los pulmones y la respiración. • La evaluación, el tratamiento y el manejo de pacientes con trastornos respiratorios y cardiopulmonares.	Usted paga $0 por los servicios terapéuticos para el sistema respiratorio cubiertos por Medicaid.
Evaluación de detección y asesoramiento para reducir el consumo indebido de alcohol Cubrimos una evaluación de detección del consumo indebido de alcohol para adultos que tienen Medicare (incluidas las mujeres embarazadas) que abusan del alcohol, pero no presentan dependencia. Si su evaluación de consumo indebido de alcohol da positivo, usted puede obtener hasta 4 sesiones de asesoramiento breves en persona por año (siempre y cuando pueda mantenerse competente y alerta durante las sesiones) a cargo de un profesional o médico de atención primaria calificado en un centro de atención primaria.	No hay coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo cubierto por Medicare de evaluación de detección y asesoramiento para reducir el consumo indebido de alcohol. **No se requiere autorización.**

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) Para las personas elegibles, se cubre una tomografía computarizada de baja dosis (low dose computed tomography, LDCT) cada 12 meses. **Los afiliados elegibles son** personas de 50 a 77 años que no tienen signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero tienen antecedentes de haber fumado al menos 20 paquetes-año y que actualmente fuman o han dejado de fumar en los últimos 15 años, que reciben una orden para una tomografía computarizada de baja dosis durante una visita de asesoramiento sobre exámenes de detección de cáncer de pulmón y toma de decisiones compartida que cumpla con los criterios de Medicare para ese tipo de visitas, extendida por un médico o profesional no médico calificado. *Para exámenes de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis después del examen de detección inicial con tomografía computarizada de baja dosis:* los afiliados deben recibir una orden para el examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis, que se puede proporcionar durante cualquier visita pertinente a un médico o profesional no médico calificado. Si un médico o profesional no médico calificado decide ofrecer una visita de asesoramiento sobre exámenes de detección de cáncer de pulmón y toma de decisiones compartida para futuros exámenes de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis, la visita debe cumplir con los criterios de Medicare para dichas visitas.	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida ni por la tomografía computarizada de baja dosis cubiertas por Medicare. **No se requiere autorización.**
Prueba de detección de la infección por el virus de la hepatitis C Cubrimos una prueba de detección de la hepatitis C si su médico de atención primaria u otro proveedor de atención de la salud calificado indica una y usted cumple con una de las siguientes condiciones: • Usted está en alto riesgo porque consume o ha consumido drogas inyectables ilícitas.	No hay coseguro, copago ni deducible por la prueba de detección del virus de la hepatitis C cubierta por Medicare. **No se requiere autorización.**

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Le realizaron una transfusión de sangre antes de 1992. • Nació entre 1945 y 1965. Si nació entre 1945 y 1965 y no se considera que esté en alto riesgo, pagamos una prueba de detección una sola vez. Si está en alto riesgo (por ejemplo, ha seguido consumiendo drogas inyectables ilícitas desde su prueba de detección de la hepatitis C negativa anterior), cubrimos pruebas de detección anuales.	
Examen de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento para prevenirlas Cubrimos exámenes de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) para clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estos exámenes están cubiertos para mujeres embarazadas y ciertas personas que tienen mayor riesgo de contraer una infección de transmisión sexual, cuando el proveedor de atención primaria indica las pruebas. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en determinados momentos durante el embarazo. También cubrimos hasta sesiones de asesoramiento conductual de alta intensidad de 20 a 30 minutos de hasta 2 personas cada año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de infecciones de transmisión sexual. Solo cubrimos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si las proporciona un proveedor de atención primaria y se realizan en un entorno de atención primaria, como el consultorio de un médico.	No hay coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo cubierto por Medicare de examen de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento. **No se requiere autorización.**
Servicios para tratar la enfermedad renal Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios de educación sobre la enfermedad renal para enseñar a cuidar los riñones y ayudar a los afiliados a tomar decisiones informadas sobre su atención. Para los afiliados con enfermedad renal crónica en etapa IV cuando son derivados por su médico, cubrimos hasta 6 sesiones de servicios de educación sobre la enfermedad renal de por vida • Tratamientos de diálisis como paciente ambulatorio (incluidos los tratamientos de diálisis cuando usted está	Usted paga $0 por los servicios de Medicare para tratar la enfermedad renal. ***Es posible que se requiera autorización previa.***

Servicio cubierto	Lo que usted paga
temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3 o cuando el proveedor de este servicio no está disponible ni accesible temporalmente) • Tratamientos de diálisis como paciente internado (si lo internan en un hospital para recibir atención especial) • Capacitación en autodiálisis (incluida la capacitación para usted y cualquier persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar) • Equipos y suministros para diálisis en el hogar • Ciertos servicios de apoyo en el hogar (por ejemplo, cuando sea necesario, visitas de trabajadores de diálisis capacitados para controlar su diálisis en el hogar, ayudar en emergencias y controlar su equipo de diálisis y el suministro de agua) Algunos medicamentos para diálisis están cubiertos por la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte B, consulte **Medicamentos de la Parte B de Medicare** en esta tabla**.**	
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (Para ver una definición de atención en un centro de enfermería especializada, consulte el Capítulo 12. A veces, a los centros de enfermería especializada se los llama SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria) • Comidas, incluidas las dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y fonoaudiología • Medicamentos administrados como parte de su plan de atención (esto incluye sustancias que se encuentran naturalmente en el organismo, como factores de coagulación de la sangre). • Sangre: se incluye el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre y concentrados de glóbulos rojos comienza solo con la cuarta pinta de sangre que necesite; debe pagar el costo de las primeras 3 pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar o conseguir dadores de sangre. Todos los demás componentes de la sangre	Usted paga $0 por atención en un centro de enfermería especializada. ***Se requiere autorización previa.***

Servicio cubierto	Lo que usted paga
tienen cobertura a partir de la primera pinta que se use. • Suministros médicos y quirúrgicos proporcionados habitualmente por los centros de enfermería especializada • Análisis de laboratorio realizados habitualmente por los centros de enfermería especializada • Radiografías y otros servicios de radiología que se realizan habitualmente en los centros de enfermería especializada • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, proporcionados habitualmente por los centros de enfermería especializada • Servicios médicos y profesionales Generalmente, usted recibe atención en centros de enfermería especializada de la red. En ciertas condiciones que se indican a continuación, usted podría tener la posibilidad de pagar el costo compartido dentro de la red por un centro que no es un proveedor de la red, si el centro acepta los montos de pago de nuestro plan. • Un asilo de ancianos o una comunidad de retiro con atención continua donde vivía justo antes de ir al hospital (siempre que brinde atención en un centro de enfermería especializada) • Un centro de enfermería especializada donde vive su cónyuge o pareja de hecho en el momento en que usted deja el hospital	
Dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) El asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco está cubierto para pacientes ambulatorios y hospitalizados que cumplan con estos criterios: • Consumen tabaco, independientemente de que presenten signos o síntomas de una enfermedad relacionada con el tabaco • Son competentes y están alertas durante las sesiones de asesoramiento • Un médico calificado u otro profesional reconocido por Medicare proporciona el asesoramiento	No hay coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y consumir tabaco cubiertos por Medicare. ***Se requiere autorización previa.***

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Cubrimos 2 intentos de dejar el tabaco por año (cada intento puede incluir un máximo de 4 sesiones intermedias o intensivas, con hasta 8 sesiones por año).	
Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas Los siguientes beneficios son beneficios complementarios especiales que se aplican a las siguientes enfermedades: Consumo crónico de alcohol y trastornos por abuso de otras sustancias (SUD); trastornos autoinmunitarios; cáncer; trastornos cardiovasculares; insuficiencia cardíaca crónica; demencia; diabetes mellitus; sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico; enfermedad gastrointestinal crónica; enfermedad renal crónica (CKD), trastornos hematológicos graves; VIH/SIDA; trastornos pulmonares crónicos; enfermedades de salud mental crónicas y discapacitantes; trastornos neurológicos; accidente cerebrovascular; atención posterior al trasplante de órganos; inmunodeficiencia y trastornos inmunodepresores; afecciones asociadas con el deterioro cognitivo; afecciones con dificultades funcionales; afecciones crónicas que afectan la visión, la audición (sordera), el gusto, el tacto y el olfato; afecciones que requieren servicios de terapia continua para que las personas mantengan o conserven sus funciones. No todos los afiliados califican.	Usted paga $0 por estos beneficios.
Asistencia legal ofrece ayuda con servicios legales para obtener un poder notarial para las decisiones relacionadas con la atención de la salud. Cubre los gastos legales hasta **$250 de por vida.** Comuníquese con Servicios para Afiliados al 1-833-FC2-PLAN (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda para acceder a este beneficio.	Usted paga $0 por estos beneficios. ***Se requiere autorización previa.***
Comidas adaptadas a necesidades médicas (Programa de Beneficios Complementarios Especiales para Personas con Enfermedades Crónicas [Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI])** El beneficio incluye comidas congeladas adaptadas específicamente a las necesidades o restricciones de la dieta del afiliado por hasta 30 días	***Se requiere autorización previa.***

Servicio cubierto	Lo que usted paga
(3 comidas por día, un total de 90 comidas por año). **Asistencia de alimentos saludables (SSBCI)**** El beneficio incluye los montos que se indican a continuación por mes para la compra de alimentos saludables en tiendas participantes. El beneficio no usado no se transfiere de un mes a otro. Este beneficio se ofrece a través de una tarjeta de débito. Segmento: 001 | Segmento: 002 | Segmento: 003 $210.00 por mes | $185.00 por mes | $170.00 por mes **Caja de productos frescos (SSBCI)**** El beneficio incluye para afiliados elegibles, recibir una caja de productos frescos que se entrega una vez al mes durante los tres meses posteriores a la finalización de los 30 días de comidas congeladas.	**No se requiere autorización.** ***Se requiere autorización previa.***
Servicios terapéuticos especializados Una variedad de intervenciones diseñadas para abordar problemas específicos de salud mental, desarrollo o comportamiento.	Usted paga $0 por servicios terapéuticos especializados cubiertos por Medicaid.
Programa de Terapia de Ejercicio Supervisado (SET) El programa de Terapia de Ejercicio Supervisado (Supervised Exercise Therapy, SET) está cubierta para afiliados que tienen arteriopatía periférica (peripheral artery disease, PAD) sintomática Se cubren hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de Terapia de Ejercicio Supervisado. El programa de Terapia de Ejercicio Supervisado debe: • Consistir en sesiones de 30 a 60 minutos, que comprendan un programa terapéutico de entrenamiento	Usted paga $0 por el programa de Terapia de Ejercicio Supervisado cubierto por Medicare. ***Se requiere autorización previa y derivación.***

Servicio cubierto	Lo que usted paga
y ejercicio para la arteriopatía periférica en pacientes con claudicación • Realizarse en un centro hospitalario ambulatorio o en un consultorio médico • Ser proporcionado por personal auxiliar calificado que asegure que los beneficios superen los daños y que tenga la capacitación adecuada en terapia de ejercicio para la arteriopatía periférica • Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico, profesional de enfermería o especialista en enfermería clínica con capacitación en técnicas de soporte vital básico y avanzado. Además de las 36 sesiones durante 12 semanas, se puede cubrir el programa de Terapia de Ejercicio Supervisado para 36 sesiones adicionales durante un período prolongado si un proveedor de atención de la salud considera que es médicamente necesario.	
Beneficio de transporte Este beneficio cubre viajes de ida y vuelta de rutina, que no sean de emergencia, a lugares relacionados con la salud aprobados por el plan, como consultorios de proveedores, centros médicos y citas de audición y oftalmología. Usted debe usar el proveedor de transporte aprobado por el plan y programar los viajes con 48 horas de anticipación (excluidos los fines de semana). Debe coordinar sus necesidades de transporte con Servicios para Afiliados al 1-833-FC2-PLAN (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Se permite un acompañante por viaje (el acompañante debe ser mayor de 18 años). En algunos viajes, es posible que tenga que compartir el viaje con otros pasajeros. Los viajes son de acera a acera.	Usted paga $0. **No se requiere autorización.**

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Hay camionetas con acceso para sillas de ruedas disponibles, si se solicita. Se aplica un límite de millas por viaje si se solicita un viaje a un lugar de servicio que exceda las 100 millas de su hogar o residencia. Los medios de transporte aprobados pueden incluir: • Taxi • Servicios de viajes compartidos • Autobús o camioneta Para obtener más información, llame a Servicios para Afiliados cuando solicite ayuda para coordinar sus necesidades de transporte y proporcionar una hora aproximada para que lo pasen a buscar para la visita inicial y el regreso. Se le emitirá un número para que pueda realizar el seguimiento de su viaje. **Los servicios de transporte que no es de emergencia cubiertos por Medicaid incluyen:** Transporte para personas de ida y vuelta de citas médicas y centros de atención de la salud cuando no requieran atención de la salud de emergencia.	Usted paga $0 por los servicios de transporte cubiertos por Medicaid.
Servicios de urgencia Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata, pero no se trata de una emergencia, es un servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, o, aunque esté dentro del área de servicio de nuestro plan, si no es razonable, por cuestiones de tiempo, lugar y circunstancias, recibir este servicio de proveedores de la red. Nuestro plan debe cubrir servicios de urgencia y cobrarle únicamente el costo compartido dentro de la red. Ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones inesperadas o brotes	Usted paga $0 por los servicios de urgencia cubiertos por Medicare. **No se requiere autorización.**

Servicio cubierto	Lo que usted paga
inesperados de enfermedades existentes. Las visitas de rutina al proveedor que sean médicamente necesarias (como los exámenes médicos anuales) no se consideran de urgencia, aunque usted se encuentre fuera del área de servicio de nuestro plan o la red de nuestro plan no esté disponible temporalmente.	
Atención oftalmológica Los servicios cubiertos incluyen: • 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. • Para las personas con alto riesgo de glaucoma, cubrimos un examen de detección de glaucoma cada año. Las personas que están en alto riesgo de glaucoma incluyen personas con antecedentes familiares de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos de 50 años y más e hispanoamericanos de 65 años o más. • Para las personas con diabetes, el examen de detección de retinopatía diabética se cubre una vez por año • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluye la inserción de una lente intraocular. Si le realizan 2 operaciones de cataratas por separado, usted no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar 2 pares de anteojos después de la segunda cirugía Los anteojos cubiertos después de una cirugía de cataratas incluyen marcos y lentes estándar según lo define Medicare; las mejoras no están cubiertas, incluidos marcos de lujo, polarizados, lentes progresivos o revestimiento antirreflectante. Además del beneficio cubierto por Medicare, el plan cubre beneficios no cubiertos por Medicare Original: • $400.00 anuales (anteojos, lentes y marcos o lentes de contacto)	Usted paga $0 por cada examen cubierto por Medicare. Usted paga $0 por un examen ocular de rutina cada año. Usted paga $0 por artículos de óptica cada año hasta el monto de la asignación. **No se requiere autorización.**

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Un examen de rutina adicional Los servicios y artículos de óptica se deben obtener de un proveedor participante. Comuníquese con el plan para obtener información adicional.	
Medicaid también cubre los servicios de ayuda visual, que incluyen una variedad de ofertas que utilizan elementos visuales para mejorar la comprensión y la comunicación de las personas con discapacidad visual o de aquellas que se benefician del apoyo visual.	Usted paga $0 por los servicios de ayuda visual cubiertos por Medicaid.
Visita preventiva de Bienvenida a Medicare Nuestro plan cubre una visita preventiva de *Bienvenida a Medicare*. La visita incluye una revisión de su salud, así como información y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidos algunos exámenes de detección y vacunas) y derivaciones para otra atención si es necesario. **Importante:** Cubrimos la visita preventiva de *Bienvenida a Medicare* solo dentro de los primeros 12 meses en que usted tenga la Parte B de Medicare. Cuando pida una cita, informe al consultorio de su médico que desea programar su visita preventiva de *Bienvenida a Medicare*.	No hay coseguro, copago ni deducible por la visita preventiva de *Bienvenida a Medicare*. **No se requiere autorización.**

SECCIÓN 3 Servicios cubiertos fuera de 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 para adultos
- Atención médica diurna para adultos
- Vida asistida
- Cuidado de un auxiliar de enfermería
- Coordinación de la atención o administración de casos

- Capacitación de cuidadores
- Adaptación para la accesibilidad en el hogar
- Servicios domésticos
- Enfermería especializada intermitente
- Administración de medicamentos
- Control de medicamentos
- Evaluación nutricional o reducción de riesgos
- Cuidado personal
- Sistema personal de respuesta ante emergencias
- Cuidado de relevo

SECCIÓN 4 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones)

En esta sección se indican qué servicios están excluidos.

La siguiente tabla describe algunos servicios y artículos que no están cubiertos por nuestro plan en ninguna circunstancia o que están cubiertos por nuestro plan solamente en circunstancia específicas.

Si recibe servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos, salvo en las circunstancias específicas que se indican a continuación. Aunque usted reciba los servicios excluidos en un centro de emergencia, los servicios excluidos no estarán cubiertos y nuestro plan no los pagará. La única excepción es si se apela el servicio y se decide: en la apelación que es un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que tomamos con respecto a no cubrir un servicio médico, consulte la Sección 6.3 del Capítulo 9).

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en circunstancias específicas
Acupuntura	Disponible para personas con dolor lumbar crónico en determinadas circunstancias
Cirugías o procedimientos estéticos	Con cobertura en caso de una lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de una extremidad corporal deforme Con cobertura en todas las etapas de reconstrucción de mama después de una mastectomía, así como de la mama no afectada para lograr una apariencia simétrica

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en circunstancias específicas
Cuidado de custodia El cuidado de custodia es el cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, por ejemplo, el cuidado que ayuda con las actividades de la vida diaria, como bañarse o vestirse	Sin cobertura en ninguna circunstancia
Medicamentos, equipos y procedimientos médicos y quirúrgicos experimentales Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos que Medicare Original determinó que no son generalmente aceptados por la comunidad médica	Pueden estar cubiertos por Medicare Original conforme a un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan (Para obtener más información sobre estudios de investigación clínica, consulte la Sección 5 del Capítulo 3)
Honorarios por atención cobrados por parientes directos o miembros de su grupo familiar	Sin cobertura en ninguna circunstancia
Atención de enfermería a tiempo completo en su hogar	Sin cobertura en ninguna circunstancia
Entrega de comida a domicilio	Sin cobertura en ninguna circunstancia
Servicios domésticos que incluyen ayuda con las tareas domésticas básicas, como limpieza o preparación de comidas livianas.	Sin cobertura en ninguna circunstancia
Servicios de naturopatía (tratamientos naturales o alternativos)	Sin cobertura en ninguna circunstancia
Atención odontológica que no es de rutina	La atención odontológica requerida para tratar una enfermedad o lesión puede estar cubierta como atención hospitalaria o ambulatoria
Calzado ortopédico o dispositivos de apoyo para los pies	Calzado que forma parte de un aparato ortopédico para la pierna y está incluido en el costo del aparato. Calzado ortopédico o terapéutico para personas con pie diabético

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en circunstancias específicas
Artículos personales en su habitación de hospital o de un centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor	Sin cobertura en ninguna circunstancia
Habitación privada en un hospital	Con cobertura cuando sea médicamente necesario
Reversión de procedimientos de esterilización y suministros de anticonceptivos sin receta	Sin cobertura en ninguna circunstancia
Atención quiropráctica de rutina	Se cubre la manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación
Atención odontológica de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras postizas	Sin cobertura en ninguna circunstancia
Exámenes oculares de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos para la baja visión	Un par de anteojos con marcos estándar (o un conjunto de lentes de contacto) cubiertos después de cada cirugía de cataratas que implanta un lente intraocular.
Cuidado de rutina de los pies	Se brinda una cobertura limitada de acuerdo con las pautas de Medicare (por ejemplo, si tiene diabetes)
Exámenes de audición de rutina, audífonos o exámenes para adaptar los audífonos	Sin cobertura en ninguna circunstancia
Servicios que no se consideren razonables y necesarios conforme a los estándares de Medicare Original	Sin cobertura en ninguna circunstancia

CAPÍTULO 5: Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

¿Cómo puede obtener información sobre los costos de sus medicamentos? Dado que es elegible para Medicaid, usted califica para el programa Ayuda Adicional de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados, y lo está recibiendo.

Dado que usted participa en el programa Ayuda Adicional, **es posible que parte de la información de esta** *Evidencia de cobertura* **sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplique a su caso.** Le enviamos un documento aparte, titulado *Cláusula adicional de la Evidencia de cobertura para quienes reciben el programa Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos recetados* (también llamada *Cláusula adicional del subsidio para personas de bajos ingresos* o *Cláusula adicional LIS*), que contiene información sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este documento, llame a Servicios para Afiliados al 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526) (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pregunte por la *Cláusula adicional LIS*. (Los números de teléfono de Servicios para Afiliados están impresos en la contraportada de este documento).

SECCIÓN 1 Reglas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan

Consulte la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4 para conocer los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos de cuidados paliativos.

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados están cubiertos por sus beneficios de Medicaid. Nuestra Lista de medicamentos le indica cómo obtener información sobre su cobertura de medicamentos de Medicaid. Nuestro plan generalmente cubrirá sus medicamentos siempre y cuando usted siga estas reglas básicas:

- Debe pedirle a un proveedor (un médico, dentista u otro profesional que receta) que le extienda una receta que sea válida según la ley estatal vigente.
- El profesional que receta no debe estar en las Listas de proveedores excluidos o Listas de proveedores inhabilitados de Medicare.

- Generalmente, usted debe usar una farmacia de la red para surtir su receta (consulte la Sección 2) **o** puede surtir su receta a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan.
- Su medicamento debe estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan (consulte la Sección 3).
- Su medicamento se debe usar para una indicación médicamente aceptada. Una "indicación médicamente aceptada" es el uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por determinadas referencias. (Para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte la Sección 3).
- Su medicamento podría requerir la aprobación de nuestro plan según ciertos criterios antes de acordemos cubrirlo. (Para obtener más información, consulte la Sección 4).

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

En la mayoría de los casos, sus medicamentos están cubiertos *solo* si surte las recetas en las farmacias de la red de nuestro plan. (Para obtener información sobre cuándo cubrimos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red, consulte la Sección 2.5).

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

Sección 2.1 Farmacias de la red

Cómo encontrar una farmacia de la red en su área

Para encontrar una farmacia de la red, consulte su *Directorio de farmacias*, visite nuestro sitio web https://fc2healthplan.com/wp-content/uploads/2024/10/FC2_PharmacyDirectory_20251001_V1.pdf o llame a Servicios para Afiliados al 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-FC2-PLAN [1-833-322-7526]).

Puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra red.

Si su farmacia deja la red

Si la farmacia que usa deja la red de nuestro plan, tendrá que buscar una nueva farmacia dentro de la red. Para encontrar otra farmacia en su área, pida ayuda a Servicios para

Afiliados al 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526) (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o use el *Directorio de farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en FC2healthplan.com.

Farmacias especializadas

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

- Farmacias que suministran medicamentos para tratamientos de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de atención a largo plazo (long-term care, LTC). Habitualmente, un centro de atención a largo plazo (como un asilo de ancianos) tiene su propia farmacia. Si tiene dificultades para obtener sus medicamentos de la Parte D en un centro de atención a largo plazo, llame a Servicios para Afiliados al 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526) (los usuarios de TTY deben llamar al 711).
- Farmacias que prestan servicios al Programa de Servicio de Salud Indígena, Tribal o Indígena Urbano (no disponible en Puerto Rico). Excepto en emergencias, solo los nativos americanos o nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias en nuestra red.
- Farmacias que suministran medicamentos restringidos por la Administración de Alimentos y Medicamentos a ciertos sitios o que requieren un manejo especial, coordinación de los proveedores o educación sobre su uso. Para encontrar una farmacia especializada, consulte su *Directorio de farmacias* https://fc2healthplan.com/wp-content/uploads/2024/10/FC2_PharmacyDirectory_20251001_V1.pdf o llame a Servicios para Afiliados al 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526) (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 2.2 El servicio de pedido por correo de nuestro plan

Para ciertos tipos de medicamentos, puede usar el servicio de pedido por correo de la red de nuestro plan. Por lo general, los medicamentos proporcionados a través del servicio de pedido por correo son los que toma regularmente para una afección médica crónica o a largo plazo. Los medicamentos que no están disponibles a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan están marcados con “NM” en nuestra Lista de medicamentos.

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

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.

Generalmente, un pedido a una farmacia de pedido por correo le llegará dentro de los 10 días como máximo. Si la farmacia de pedido por correo estima que el pedido se retrasará, le notificarán sobre dicho retraso. Si necesita solicitar un pedido urgente debido a la demora del pedido por correo, puede comunicarse con Atención al Cliente para analizar las opciones, que pueden incluir el surtido en una farmacia minorista local o acelerar el método de envío. Proporcione al representante su número de identificación y los números de receta. 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.

Recetas nuevas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico. La farmacia surtirá automáticamente las nuevas recetas que reciba de proveedores de atención de la salud y le entregará los medicamentos, sin consultar primero con usted, si:

- Usted usó servicios de pedido por correo con este plan anteriormente, o
- Usted se inscribe para la entrega automática de medicamentos de todas las recetas nuevas recibidas directamente de los proveedores de atención de la salud. Para solicitar la entrega automática de todas las recetas nuevas, inicie sesión en su cuenta de Caremark.com o llame a Atención al Cliente en cualquier momento.

Si recibe un medicamento recetado automáticamente por correo que no desea y no se comunicaron con usted para saber si lo deseaba antes de enviarlo, es posible que sea elegible para un reembolso.

Si usó el servicio de pedido por correo anteriormente y no quiere que la farmacia surta y envíe cada nuevo medicamento recetado, inicie sesión en su cuenta de CVS Caremark o llame a Atención al Cliente para comunicarse con nosotros.

Si nunca usó nuestra entrega de pedidos por correo o decide detener el surtido automático de nuevas recetas, la farmacia se comunicará con usted cada vez que reciba una nueva receta de un proveedor de atención de la salud para saber si desea que se suministre y se envíe el medicamento inmediatamente. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunique con usted para informar si deben enviar, retrasar o cancelar la nueva receta.

Si no desea recibir entregas automáticas de medicamentos de nuevas recetas recibidas directamente del consultorio de su proveedor de atención de la salud, inicie sesión en su cuenta de CVS Caremark o llame a Atención al Cliente para comunicarse con nosotros.

Resurtidos de recetas surtidas a través de pedidos por correo. Para los resurtidos de sus medicamentos, usted también tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtidos automáticos. En este programa, comenzaremos a procesar su próximo resurtido automáticamente cuando nuestros registros indiquen que se le debería estar por acabar su medicamento. La farmacia se comunicará con usted antes de enviarle cada resurtido para asegurarse de que usted necesite más medicamento, y usted puede cancelar los resurtidos programados si tiene suficiente cantidad de su medicamento o si le cambiaron el medicamento.

Si decide no usar nuestro programa de resurtidos automáticos, pero aun así desea que la farmacia de pedido por correo le envíe sus medicamentos recetados, comuníquese con su farmacia 15 días antes de que se le acaben los medicamentos que está tomando. Esto garantizará que su pedido se envíe a tiempo.

Si no desea participar en nuestro programa que prepara automáticamente los resurtidos de pedidos por correo, llame a Servicio al Cliente para comunicarse con nosotros inicie sesión en su cuenta de CVS Caremark o llame a Atención al Cliente para comunicarse con nosotros.

Si recibe un resurtido automáticamente por correo que no desea, es posible que sea elegible para un reembolso.

Sección 2.3 Cómo puede obtener un suministro a largo plazo de medicamentos

Cuando obtiene un suministro a largo plazo de medicamentos, es posible que su copago sea más bajo. Nuestro plan ofrece 2 formas de obtener un suministro a largo plazo (también llamado suministro extendido) de medicamentos de mantenimiento de la Lista de medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son los medicamentos que usted toma con regularidad debido a una afección médica crónica o a largo plazo).

1. Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Su *Directorio de farmacias* https://fc2healthplan.com/wp-content/uploads/2024/10/FC2_PharmacyDirectory_20251001_V1.pdf le indica qué farmacias de nuestra red pueden proporcionarle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar

a Servicios para Afiliados al 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526) (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.

2. También puede obtener medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedido por correo. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3.

Sección 2.4 Uso de una farmacia que no está dentro de la red de nuestro plan

En general, cubrimos medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red *solo* cuando no puede hacerlo en una farmacia de la red. También contamos con farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde usted puede surtir recetas como afiliado de nuestro plan. **Verifique primero con Servicios para Afiliados al 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526) (los usuarios de TTY deben llamar al 711)** si hay una farmacia de la red cerca.

Cubrimos los medicamentos recetados surtidos en una farmacia fuera de la red solo en las siguientes circunstancias:

- La receta se surte por una emergencia médica o necesidad de atención urgente.
- Usted no puede obtener un medicamento cubierto cuando lo necesita porque no hay farmacias dentro de la red que atiendan las 24 horas a una distancia razonable.
- La receta es para un medicamento que está agotado en una farmacia minorista o con servicio por correo de la red accesible (incluidos los medicamentos únicos y de alto costo).
- Si usted es evacuado o desplazado de su hogar debido a una declaración federal de catástrofe u otra emergencia de salud pública.
- Una vacuna o medicamento que se administra en el consultorio de su médico.
- Incluso si cubrimos los medicamentos que usted 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 los motivos indicados anteriormente, el plan cubrirá un suministro de medicamentos de hasta 30 días.
- En estas situaciones, verifique primero con Servicios para Afiliados si hay una farmacia de la red cerca. (Los números de teléfono de Servicios para Afiliados 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.

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 hagamos un reembolso. (Para obtener información sobre cómo pedir a nuestro plan que le haga un reembolso, consulte la

Sección 2 del Capítulo 7). Quizás sea necesario 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.

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan

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

Nuestro plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos* (formulario). En esta *Evidencia de cobertura*, **la llamamos Lista de medicamentos.**

Nuestro plan elige los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista cumple con los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por Medicare.

La Lista de medicamentos solo 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 le indica cómo obtener información sobre su cobertura de medicamentos de Medicaid.

Por lo general, cubriremos un medicamento de la Lista de medicamentos de nuestro plan siempre y cuando usted siga las otras reglas de cobertura explicadas en este capítulo y use el medicamento para una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es el uso de un medicamento que cumple *una* de las siguientes condiciones:

- Está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos para la enfermedad o el diagnóstico para los cuales se recetó, o
- Está respaldado por determinadas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y Micromedex DRUGDEX Information System.

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

Un medicamento de marca es un medicamento recetado que se vende bajo una marca comercial que es 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 fármaco o un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que tiene los mismos principios activos que el medicamento de marca. Los productos biológicos tienen alternativas llamadas biosimilares. Generalmente, los genéricos y biosimilares funcionan tan bien como los de marca o el producto biológico original y suelen costar menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según la ley estatal, pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituir a los medicamentos de marca.

Para ver definiciones de los tipos de medicamentos que pueden estar en la Lista de medicamentos, consulte el Capítulo 12.

Medicamentos que no están en la Lista de medicamentos

Nuestro plan no cubre todos los medicamentos recetados.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra determinados tipos de medicamentos. (Para obtener más información, consulte la Sección 7).
- En otros casos, decidimos no incluir un medicamento en particular en la Lista de medicamentos.
- En algunos casos, es posible que usted pueda obtener un medicamento que no esté en nuestra Lista de medicamentos. (Para obtener más información, consulte el Capítulo 9).
- En algunos casos, es posible que los medicamentos excluidos de Medicare estén cubiertos para usted por su cobertura de medicamentos de Medicaid con ciertas condiciones. Para obtener más información, puede consultar la Lista de medicamentos recetados del estado en el sitio web de la Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud (Agency for Healthcare Administration, AHCA) en www.ahca.myflorida.com.

Sección 3.2 Cómo averiguar si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos

Para saber si un medicamento está en nuestra Lista de medicamentos, usted tiene las siguientes opciones:

- Revise la Lista de medicamentos más reciente que proporcionamos por vía electrónica
- Visite el sitio web de nuestro plan (FC2healthplan.com). La Lista de medicamentos que se encuentra en el sitio web siempre es la más actualizada.

- Para averiguar si un medicamento en particular está en la Lista de medicamentos de nuestro plan o para solicitar una copia de la lista, llame a Servicios para Afiliados al 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526) (los usuarios de TTY deben llamar al 711).
- Use la "Herramienta de beneficios en tiempo real" (Real-Time Benefit Tool) de nuestro plan en https://www.caremark.com/account-login/look-up para buscar medicamentos en la Lista de medicamentos y obtener un cálculo aproximado de lo que pagará y para saber si hay medicamentos alternativos en dicha Lista de medicamentos que podrían tratar la misma enfermedad. También puede llamar a Servicios para Afiliados al 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526) (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones en la cobertura

Sección 4.1 Por qué algunos medicamentos tienen restricciones

Para ciertos medicamentos recetados, hay reglas especiales que restringen cómo y cuándo nuestro plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos elaboraron estas reglas para animarlos 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 tendrá la misma eficacia médica que un medicamento de mayor costo, las reglas de nuestro plan están diseñadas para recomendar que usted y su proveedor usen ese medicamento 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 presentación del medicamento que le recetó su proveedor de atención de la salud, y se pueden aplicar diferentes restricciones o costos compartidos a distintas versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg en lugar de 100 mg; uno por día en lugar de 2 por día; tableta en lugar de líquido).

Sección 4.2 Tipos de restricciones

Si hay una restricción para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor tienen que tomar medidas adicionales para que cubramos el medicamento. Para saber qué pueden hacer usted o su proveedor para obtener cobertura para el medicamento, llame a Servicios para Afiliados al 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526) (los usuarios de TTY deben llamar al *711*). **Si desea que la restricción no se aplique a usted, deberá seguir el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción.** Podemos aceptar o no que la restricción se elimine para usted. (Consulte el Capítulo 9).

Cómo obtener la aprobación del plan por adelantado

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor tienen que obtener la aprobación de nuestro plan según criterios específicos antes de que aceptemos cubrirlos. Esto se llama **autorización previa**. Esto se implementa para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a orientar el uso apropiado de ciertos medicamentos. Si usted no obtiene esta aprobación, es posible que nuestro plan no cubra su medicamento. Para obtener los criterios de autorización previa de nuestro plan, llame a Servicios para Afiliados al 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526) (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite nuestro sitio web https://fc2healthplan.com/prescription-drug-coverage/.

Primero probar otro medicamento

Este requisito lo alienta a probar medicamentos menos costosos, pero generalmente con la misma eficacia, antes de que nuestro plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección médica, nuestro plan puede requerir que usted primero pruebe el medicamento A. Si el medicamento A no funciona para usted, nuestro plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar un medicamento diferente primero se llama **terapia escalonada**. Para obtener los criterios de terapia escalonada de nuestro plan, llame a Servicios para Afiliados al 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526) (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite nuestro sitio web https://fc2healthplan.com/prescription-drug-coverage/.

Límites de cantidad

Para ciertos medicamentos, limitamos la cantidad que usted puede obtener cada vez que surte una receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una pastilla por día de un medicamento determinado, podemos limitar su cobertura a un máximo de una pastilla por día.

SECCIÓN 5 Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto como quisiera

Hay situaciones en las que un medicamento recetado que usted toma, o que usted y su proveedor piensan que debería tomar, no está en nuestra Lista de medicamentos o tiene restricciones. Por ejemplo:

- Es posible que el medicamento no tenga ninguna cobertura. O tal vez, la versión genérica del medicamento está cubierta, pero no la versión de marca que usted desea tomar.
- El medicamento está cubierto, pero hay otras reglas o restricciones para la cobertura.

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o está restringido, las siguientes son opciones de lo que usted puede hacer:

- Puede obtener un suministro temporal del medicamento.
- Puede cambiar por otro medicamento.
- Puede solicitar una **excepción** y pedir que nuestro plan cubra el medicamento o elimine las restricciones.

Puede obtener un suministro temporal

En ciertas circunstancias, nuestro 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 toma **ya no debe estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan** O **ahora tiene alguna restricción**.

- **Si es un nuevo afiliado,** cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros ***90 días*** de su afiliación a nuestro plan.
- **Si estuvo en nuestro 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 la receta indica menos días, permitiremos varios surtidos para proporcionar hasta un máximo de *30 días* de medicamentos. La receta se debe surtir en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que una farmacia de atención a largo plazo puede proporcionar el medicamento en menores cantidades a la vez para evitar el desperdicio).
- **Para los afiliados que han estado en nuestro plan durante más de *90 días,* viven en un centro de atención a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:** Cubriremos un *suministro de 31 días* de emergencia de un medicamento en particular, o menos si su receta es por menos días. Esto es aparte del suministro temporal anterior.
- Si hay un cambio en su lugar de atención (por ejemplo, lo dan de alta de un centro de atención a largo plazo o lo admiten en uno), su médico o farmacia pueden solicitar un suministro temporal del medicamento. Este suministro temporal (de hasta 30 días) le da tiempo para hablar con su médico sobre el cambio en la cobertura.

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame a Servicios para Afiliados al 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526) (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Durante el tiempo en que use el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se le termine. Tienes 2 opciones:

Opción 1. Puede cambiar por otro medicamento

Hable con su proveedor sobre si hay otro medicamento cubierto por nuestro plan que podría ser igual de eficaz para usted. Para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica, llame a Servicios para Afiliados al 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526) (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que podría resultar eficaz para usted.

Opción 2. Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar a nuestro plan que haga una excepción y cubra el medicamento de la forma en que usted quisiera. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican solicitarnos una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción. Por ejemplo, usted puede solicitar a nuestro plan que cubra un medicamento aunque no esté en la Lista de medicamentos de nuestro plan. O puede pedirle a nuestro plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted y su proveedor quieren solicitar una excepción, consulte la Sección 7.4 del Capítulo 9 para saber qué hacer. Explica los procedimientos y las fechas límite que ha establecido Medicare para asegurar que su solicitud se tramite de forma rápida y justa.

SECCIÓN 6 Nuestra Lista de medicamentos puede cambiar durante el año

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

- **Agregar o eliminar medicamentos de la Lista de medicamentos**.
- **Agregar o eliminar una restricción en la cobertura de un medicamento**.
- **Reemplazar un medicamento de marca por una versión genérica del medicamento.**
- Reemplazar un producto biológico original por una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.

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

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se producen cambios en la Lista de medicamentos, publicamos esa información en nuestro sitio web. Además, actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea regularmente. A veces, recibirá un aviso directo si se hicieron cambios en un medicamento que usted toma.

Cambios en la cobertura de medicamentos que le afectan durante este año del plan

- **Agregar nuevos medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminar o modificar inmediatamente un medicamento similar de la Lista de medicamentos.**
    - Podemos eliminar inmediatamente un medicamento similar de la Lista de medicamentos, pasar el medicamento similar a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones o ambas cosas. La nueva versión del medicamento tendrá el mismo nivel de costo compartido o uno inferior y *los planes que no tengan niveles pueden omitir* "el mismo nivel de costo compartido o uno inferior y" las mismas restricciones o menos.
    - Realizaremos estos cambios inmediatos solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o agregamos ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
    - Podemos hacer estos cambios inmediatamente y avisarle más adelante, incluso si toma el medicamento que eliminamos o modificamos. Si usted toma el medicamento similar en el momento en que hagamos el cambio, le informaremos cualquier cambio específico que hayamos realizado.

- **Agregar medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminar o modificar un medicamento similar de la Lista de medicamentos.**
    - Al agregar otra versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar un medicamento similar de la Lista de medicamentos, pasarlo a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones o ambas cosas. La versión del medicamento que agreguemos tendrá las mismas restricciones o menos.
    - Realizaremos estos cambios solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o agregamos ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
    - Le avisaremos 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 medicamentos inseguros y otros medicamentos de la Lista de medicamentos que se retiran del mercado.**
    - A veces, es posible que se considere que un medicamento es inseguro o que se lo retire del mercado por otro motivo. De ser así, podemos eliminar el medicamento de la Lista de medicamentos inmediatamente. Si usted está tomando ese medicamento, le avisaremos después de que realicemos el cambio.
- **Hacer otros cambios en los medicamentos de la Lista de medicamentos.**
    - Una vez que haya comenzado el año, es posible que hagamos otros cambios que afecten a los medicamentos que usted está tomando. Por ejemplo, nos basamos en advertencias de la Administración de Alimentos y Medicamentos o en nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
    - Le informaremos al menos 30 días antes de hacer estos cambios, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un surtido adicional de 30 días del medicamento que toma.

Si hacemos alguno de estos cambios en cualquiera de los medicamentos que toma, hable con el profesional que receta sobre las opciones que funcionarían mejor para usted, como cambiar a un medicamento diferente para tratar su enfermedad o solicitar una decisión de cobertura para cumplir cualquier restricción nueva en el medicamento que está tomando. Usted o el profesional que receta pueden solicitarnos una excepción para seguir cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que usted 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 este año del plan

Podemos hacer 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 hace el cambio; sin embargo, estos cambios probablemente lo afectarán a partir del 1 de enero del siguiente año del plan si permanece en el mismo plan.

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

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

Si se produce alguno de estos cambios en un medicamento que toma (excepto por un retiro del mercado, el reemplazo de un medicamento de marca por uno genérico u otro cambio mencionado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso ni lo que usted pague como su parte del costo hasta el 1 de enero del año siguiente.

No le informaremos este tipo de cambios directamente durante el año del plan actual. Usted tendrá que consultar la Lista de medicamentos del próximo año del plan (cuando la lista esté disponible durante el período de inscripción abierta) para saber si hay algún cambio en los medicamentos que toma que le afectará durante el próximo año del plan.

SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Algunos tipos de medicamentos recetados están *excluidos*. Esto significa que ni Medicare ni Medicaid pagan estos medicamentos.

Si usted apela y se determina que el medicamento solicitado no está excluido conforme a la Parte D, lo pagaremos o lo cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 9). Si el medicamento está excluido, deberá pagarlo usted mismo.

Estas son 3 reglas generales sobre medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán conforme a 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 que se compró fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Nuestro plan no puede cubrir el uso *no aprobado* de un medicamento cuando el uso no cuenta con el respaldo de ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y Micromedex DRUGDEX Information System. Uso *no aprobado* es cualquier uso del medicamento distinto al indicado en la etiqueta como lo aprobó la Administración de Alimentos y Medicamentos.

Además, por ley, las siguientes categorías de medicamentos que se indican a continuación no están cubiertas por Medicare ni Medicaid. Sin embargo, es posible que algunos de estos medicamentos estén cubiertos para usted por su cobertura de medicamentos de Medicaid con ciertas condiciones. Para obtener más información sobre las exclusiones de Medicaid, puede consultar la Lista de medicamentos recetados del estado en el sitio web de la Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud en www.ahca.myflorida.com.

Medicamentos sin receta (también llamados medicamentos de venta libre)

- Medicamentos que se usan para estimular la fertilidad
- Medicamentos que se usan para aliviar los síntomas de la tos o del resfrío
- Medicamentos que se usan con fines estéticos o para estimular el crecimiento del cabello

- Productos minerales y vitaminas con receta, excepto vitaminas prenatales y sustancias con flúor
- Medicamentos que se usan para el tratamiento de la disfunción eréctil o sexual
- Medicamentos que se usan para el tratamiento de la anorexia, para bajar o subir de peso
- Medicamentos para pacientes ambulatorios para los cuales el fabricante requiere como condición de venta que las pruebas o los servicios de supervisión relacionados se compren exclusivamente al fabricante

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

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta

Para surtir su receta, proporcione la información de afiliación de nuestro plan, que se puede encontrar en su tarjeta de afiliado, en la farmacia de la red que elija. La farmacia de la red facturará automáticamente a nuestro plan su medicamento. Usted tendrá que pagar a la farmacia *su* parte del costo cuando retire su medicamento.

Si no tiene la información de afiliación de nuestro plan, usted o la farmacia pueden llamar a nuestro plan para obtener la información necesaria, o puede pedir a la farmacia que busque la información de inscripción en nuestro plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que usted tenga que pagar el costo total del medicamento cuando pase a retirarlo**. Luego, puede **pedirnos que le hagamos un reembolso**. Para obtener información sobre cómo pedir a nuestro plan que le haga un reembolso, consulte la Sección 2 del Capítulo 7.

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

Sección 9.1 En un hospital o en un centro de enfermería especializada por una estadía cubierta por nuestro plan

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

Sección 9.2 Como residente de un centro de atención a largo plazo (LTC)

Generalmente, un centro de atención a largo plazo (LTC) (como un asilo de ancianos) tiene su propia farmacia o usa una farmacia que suministra los medicamentos a todos sus residentes. Si reside en un centro de atención a largo plazo, puede obtener sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro o de la que este use, siempre y cuando forme parte de nuestra red.

Consulte su *Directorio de farmacias* https://fc2healthplan.com/wp-content/uploads/2024/10/FC2_PharmacyDirectory_20251001_V1.pdf para averiguar si la farmacia de su centro de atención a largo plazo o la que este usa forma parte de nuestra red. Si no es así o si necesita más información o ayuda, llame a Servicios para Afiliados al 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526) (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Si está en un centro de atención a largo plazo, debemos asegurarnos de que usted pueda recibir sus beneficios de la Parte D de rutina a través de nuestra red de farmacias de atención a largo plazo.

Si usted es residente de un centro de atención a largo plazo y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o que está restringido de alguna manera, consulte la Sección 5 para obtener información sobre cómo obtener un suministro temporal o de emergencia.

Sección 9.3 Si también tiene cobertura de medicamentos de un plan de grupo del empleador o para jubilados

Si usted tiene otra cobertura de medicamentos a través del grupo del empleador o para jubilados de usted (o de su cónyuge o pareja de hecho), comuníquese con el **administrador de beneficios de ese grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarlo a determinar cómo funcionará su cobertura de medicamentos vigente con nuestro plan.

En general, si usted tiene cobertura de grupo del empleador o para jubilados, la cobertura de medicamentos que obtenga de nosotros será *secundaria a* su cobertura de grupo. Eso significa que su cobertura de grupo paga primero.

Nota especial sobre cobertura acreditable:

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

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

Guarde cualquier aviso sobre cobertura acreditable porque es posible que necesite estos avisos más adelante para demostrar que mantuvo una cobertura acreditable. Si no recibió un aviso sobre cobertura acreditable, pida una copia al administrador de beneficios de su plan del empleador o para jubilados, al empleador o al sindicato.

Sección 9.4 Si se encuentra en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare

Los cuidados paliativos y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscrito en un centro de cuidados paliativos de Medicare y necesita ciertos medicamentos (por ejemplo, antieméticos, laxantes, un analgésico o un ansiolítico) que no cubre ese centro porque no se relacionan con su enfermedad terminal y afecciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación del profesional que receta o de su proveedor de cuidados paliativos que indique que el medicamento no está relacionado para que nuestro plan pueda cubrirlo. Para evitar demoras en la recepción de estos medicamentos que debería cubrir nuestro plan, solicite a su proveedor de cuidados de paliativos o profesional que receta que envíe una notificación antes de que se surta su receta.

En el caso de que usted revoque su elección del centro de cuidados paliativos o se le dé el alta de dicho centro, nuestro plan debe cubrir todos sus medicamentos como se explica en este documento. Para evitar demoras en una farmacia cuando finaliza su beneficio de cuidados paliativos de Medicare, presente la documentación a la farmacia para verificar su revocación o alta.

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos

Realizamos revisiones del uso de medicamentos para asegurarnos de que nuestros afiliados reciban atención adecuada y segura.

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

- Posibles errores de medicación
- Medicamentos que quizás no sean necesarios porque usted toma otro similar para tratar la misma enfermedad
- Medicamentos que pueden no ser seguros o apropiados debido a su edad o género
- Determinadas combinaciones de medicamentos que podrían ser perjudiciales si los toma al mismo tiempo
- Recetas de medicamentos que tienen componentes a los cuales es alérgico
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que toma
- Cantidades inseguras de analgésicos opioides

Si identificamos un posible problema en el uso de sus medicamentos, trabajaremos con el proveedor para corregirlo.

Sección 10.1 Programa de Administración de Medicamentos (DMP) para ayudar a los afiliados a usar de manera segura sus medicamentos opioides

Tenemos un programa que ayuda a garantizar que los afiliados tomen de forma segura los opioides recetados y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia. Este programa se llama Programa de Administración de Medicamentos (Drug Management Program, DMP). Si toma medicamentos opioides que obtiene de varios profesionales que recetan o farmacias, o si ha tenido una sobredosis reciente de opioides, es posible que hablemos con sus profesionales que recetan para asegurarnos de que su uso de medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. Si decidimos, junto con sus profesionales que recetan, que tomar opioides o benzodiacepinas recetados no es seguro, podemos limitar el acceso a esos medicamentos. Si lo incluimos en nuestro Programa de Administración de Medicamentos, las limitaciones pueden ser:

- Exigirle que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiacepinas recetados en determinadas farmacias
- Exigirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiacepinas de determinados profesionales que recetan
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiacepínicos que cubriremos para usted

Si planeamos limitar la manera en que obtiene estos medicamentos o la cantidad que puede obtener, le enviaremos una carta con anticipación. La carta le informará si limitamos la cobertura de estos medicamentos para usted o si deberá obtener las recetas de estos

medicamentos solo de un profesional que receta o de una farmacia en particular. Usted tendrá la oportunidad de decirnos qué profesionales que recetan o farmacias prefiere y cualquier otra información que considere importante. Después de que usted haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar la cobertura de esos medicamentos, le enviaremos otra carta que confirmará la limitación. Si cree que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra decisión o con la limitación, usted y su profesional que receta tienen derecho a apelar. Si usted apela, revisaremos su caso y le comunicaremos una nueva decisión. Si seguimos denegando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, automáticamente enviaremos su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Para obtener información sobre cómo solicitar una apelación, consulte el Capítulo 9.

No se le inscribirá en nuestro Programa de Administración de Medicamentos si tiene determinadas afecciones médicas, como dolor causado por el cáncer o anemia drepanocítica, está recibiendo cuidados paliativos o atención para pacientes terminales o vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.2 Programa de Administración de Terapia con Medicamentos (MTM) para ayudar a los afiliados a administrar sus medicamentos

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros afiliados con necesidades complejas de salud. Nuestro programa se llama programa de Administración de Terapia con Medicamentos (Medication Therapy Management, MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos ha desarrollado este programa para ayudarnos a garantizar que nuestros afiliados obtengan el máximo beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos afiliados que padecen ciertas enfermedades crónicas y toman medicamentos que exceden un monto específico de costos de medicamentos o están en un Programa de Administración de Medicamentos para ayudarlos a tomar sus opioides de forma segura, pueden obtener servicios a través de un programa de Administración de Terapia con Medicamentos. Si usted no es elegible para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud hará una revisión exhaustiva de todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar de sus medicamentos, sus costos y cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos recetados y de venta libre. Recibirá un resumen por escrito que contiene una lista de tareas recomendadas con 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 está tomando y por qué los toma. Además, los afiliados que participen en el programa de Administración de Terapia con Medicamentos recibirán información sobre la eliminación segura de medicamentos recetados que son sustancias controladas.

Es una buena idea hablar con su médico sobre la lista de tareas recomendadas y la lista de medicamentos. Lleve el resumen a la visita o en cualquier momento en que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención de la salud. 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 adapta a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente y le enviaremos información. Si decide no participar, avísenos y lo retiraremos. Si tiene preguntas sobre este programa, llame a Servicios para Afiliados al 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526) (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

CAPÍTULO 6:
Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D

SECCIÓN 1 Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D

Decimos “medicamento” en este capítulo para referirnos a un medicamento recetado de la Parte D. No todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D. Por ley, algunos medicamentos están excluidos de la cobertura de la Parte D. 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, debe saber qué medicamentos están cubiertos, dónde surtir sus recetas y qué reglas seguir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. El Capítulo 5 explica estas reglas. Cuando use la “Herramienta de beneficios en tiempo real” de nuestro plan para buscar la cobertura de medicamentos (FC2healthplan.com), el costo que aparece es un cálculo aproximado de los gastos de su bolsillo que se espera que pague. También puede obtener la información proporcionada en la “Herramienta de beneficios de tiempo real” si llama a Servicios para Afiliados al *1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526)* (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

Dado que es elegible para Medicaid, usted califica para el programa Ayuda Adicional de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados, y lo está recibiendo. Dado que usted tiene el programa Ayuda Adicional, **parte de la información de esta *Evidencia de cobertura* sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplica a su caso.** Le enviamos un documento aparte, titulado *Cláusula adicional de la Evidencia de cobertura para quienes reciben el programa Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos recetados* (también llamada *Cláusula adicional del subsidio para personas de bajos ingresos* o *Cláusula adicional LIS*), que contiene información sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este documento, llame a Servicios para Afiliados al 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526) (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pregunte por la *Cláusula adicional del subsidio para personas de bajos ingresos*.

Sección 1.1 Tipos de gastos de su bolsillo que puede pagar por medicamentos cubiertos

Hay 3 tipos diferentes de gastos de su bolsillo por medicamentos cubiertos de la Parte D que quizás se le pida pagar:

- El **deducible** es el monto que usted paga por los medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar nuestra parte.
- El **copago** es un monto fijo que usted paga cada vez que surte una receta.
- El **coseguro** es un porcentaje del costo total que usted paga cada vez que surte una receta.

Sección 1.2 Cómo calcula Medicare los gastos de su bolsillo

Medicare tiene reglas sobre lo que se computa y lo que no se computa como gastos de su bolsillo. Estas son las reglas que debemos seguir para hacer un seguimiento de los gastos de su bolsillo.

Estos pagos <u>se incluyen</u> en los gastos de su bolsillo

Los gastos de su bolsillo **incluyen** los pagos que se indican a continuación (siempre y cuando sean por los medicamentos cubiertos de la Parte D y usted siga las reglas de 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:
  - Etapa del deducible
  - Etapa de cobertura inicial
- Los pagos que haya realizado durante este año calendario como afiliado de otro plan de medicamentos de Medicare antes de inscribirse en nuestro plan
- Los pagos que hayan realizado sus familiares o amigos por sus medicamentos
- Cualquier pago por sus medicamentos realizado por el programa Ayuda Adicional de Medicare, planes de salud de empleadores o sindicatos, el Servicio de Salud Indígena, programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, y la mayoría de las organizaciones benéficas

Cuándo pasa a la etapa de cobertura de gastos médicos mayores:

Cuando usted (o quienes pagan en su nombre) hayan pagado un total de $2,100 en gastos de su bolsillo en el año calendario, pasará de la etapa de cobertura inicial a la etapa de cobertura de gastos médicos mayores.

Estos pagos no se incluyen en los gastos de su bolsillo

Los gastos de su bolsillo **no incluyen** ninguno de estos tipos de pagos:

- Prima mensual del plan
- 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 de nuestro plan para la cobertura fuera de la red
- Medicamentos que no corresponden a 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 por sus medicamentos realizados por determinados planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y la Administración de Salud para Veteranos (VHA)
- Pagos por sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de pagar los costos de medicamentos recetados (por ejemplo, compensación laboral)
- Pagos realizados por los fabricantes de medicamentos conforme al Programa de Descuento de Fabricantes

Recordatorio: Si alguna otra organización como las que se indicaron anteriormente paga total o parcialmente los gastos de su bolsillo por los medicamentos, usted debe llamar a Servicios para Afiliados al 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526) (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para informar a nuestro plan.

Registro de los gastos de su bolsillo

- La *Explicación de beneficios* (Explanation of Benefits, EOB) *de la Parte D* que usted recibe incluye el total actual de los gastos de su bolsillo. Cuando este monto alcance los $2,100, la *Explicación de beneficios de la Parte D* le indicará que usted dejó la etapa de cobertura inicial y pasó a la etapa de cobertura de gastos médicos mayores.

- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Para saber qué puede hacer para asegurar que nuestros registros de lo que usted gastó estén completos y actualizados, consulte la Sección 3.1.

SECCIÓN 2 Etapas de pago de medicamentos para los afiliados de Florida Complete Care-Duals VIP (HMO-POS D-SNP)

Hay **3 etapas de pago de medicamentos** para su cobertura de medicamentos conforme a Florida Complete Care-Duals VIP (HMO-POS D-SNP). El monto que usted paga por cada receta depende de la etapa en la que usted se encuentre cuando surta o resurta una receta. En este capítulo se explican los detalles de cada etapa. Las etapas son:

- **Etapa 1: Etapa del deducible anual**
- **Etapa 2: Etapa de cobertura inicial**
- **Etapa 3: Etapa de cobertura de gastos médicos mayores**

SECCIÓN 3 Su *Explicación de beneficios de la Parte D* explica en qué etapa de pago se encuentra

Nuestro plan lleva un registro de los costos de sus medicamentos recetados y de los pagos que usted hace cuando obtiene medicamentos recetados en la farmacia. De esta manera, podemos informarle cuándo pasa de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. Llevamos un registro de 2 tipos de costos:

- **Gastos de su bolsillo:** cuánto pagó. Esto incluye lo que pagó cuando obtuvo un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos, cualquier pago por sus medicamentos realizado por el programa Ayuda Adicional de Medicare, planes de salud de empleadores o sindicatos, el Servicio de Salud Indígena, programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Programs, SPAP).
- **Costos totales de medicamentos:** este es el total de todos los pagos realizados por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Incluye lo que pagó nuestro plan, lo que pagó usted y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Si usted surtió uno o más medicamentos recetados a través de nuestro plan durante el mes anterior, le enviaremos una *Explicación de beneficios de la Parte D*. La *Explicación de beneficios de la Parte D* incluye:

- **Información de ese mes**. Este informe detalla los pagos de las recetas que usted surtió durante el mes anterior. Muestra los costos totales de los medicamentos, lo que pagó nuestro plan, lo que pagó usted y lo que pagaron otras personas en su nombre.
- **Totales del año desde el 1 de enero.** Indica los costos totales de sus medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde que comenzó el año.
- **Información de precios de medicamentos.** Esto muestra el precio total del medicamento e información sobre cambios en el precio desde el primer surtido para cada reclamo de medicamento recetado de la misma cantidad.
- **Medicamentos recetados alternativos disponibles de menor costo.** Esto muestra información sobre otros medicamentos disponibles con costos compartidos más bajos para cada reclamo de medicamento recetado, si corresponde.

Sección 3.1 Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre sus pagos de medicamentos

Para hacer un seguimiento de los costos y los pagos de sus medicamentos, usamos los registros que obtenemos de las farmacias. A continuación, le mostramos cómo puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada:

- **Muestre su tarjeta de afiliado cada vez que surta una receta.** Esto nos ayuda a asegurarnos de que sabemos los medicamentos recetados que usted surte y lo que paga.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** A veces, es posible que pague el costo total de un medicamento recetado. En estos casos, no obtendremos automáticamente la información que necesitamos para hacer el seguimiento de los gastos de su bolsillo. Para ayudarnos a hacer un seguimiento de los gastos de su bolsillo, entréguenos copias de sus recibos. **Ejemplos de cuándo debe darnos copias de sus recibos de medicamentos:**
    - Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o usa una tarjeta de descuento que no es parte de los beneficios de nuestro plan.
    - Cuando abona un copago por medicamentos proporcionados por un programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos.
    - En cualquier momento en que compre medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o pague el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
    - Si le facturan un medicamento cubierto, puede pedir a nuestro plan que pague nuestra parte del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, consulte la Sección 2 del Capítulo 7.

- **Envíenos la información sobre los pagos que otros realicen por usted.** Los pagos realizados por ciertas otras personas y organizaciones también se computan para alcanzar los gastos de su bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud Indígena y las organizaciones benéficas computan para alcanzar los gastos de su bolsillo. Mantenga un registro de estos pagos y envíelo para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
- **Revise el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba la *Explicación de beneficios de la Parte D,* revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si cree que falta algo en el informe o si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Afiliados al 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526) (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Asegúrese de guardar estos informes.

SECCIÓN 4 La etapa del deducible

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

Consulte el folleto adjunto (la *Cláusula adicional del subsidio para personas de bajos ingresos*) para obtener información sobre el monto de su deducible.

Si usted no recibe el programa Ayuda Adicional, la etapa del deducible es la primera etapa de pago de su cobertura de medicamentos. Esta etapa comienza cuando surte su primera receta del año. Cuando se encuentra en esta etapa de pago, **debe pagar el costo total de sus medicamentos** hasta alcanzar el monto del deducible de nuestro plan, que es de $615 para 2026. El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y las vacunas para viajeros. El **costo total** generalmente es más bajo que el precio total normal del medicamento ya que nuestro plan negoció costos más bajos para la mayoría de los medicamentos en farmacias de la red. El costo total no puede exceder el precio justo máximo más los cargos de despacho para los medicamentos con precios negociados conforme al Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare.

Una vez que haya pagado $615 por sus medicamentos, deja la etapa del deducible y pasa a la etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 La etapa de cobertura inicial

Sección 5.1 Lo que paga por un medicamento depende del medicamento y del lugar donde surte su receta

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

Sus opciones de farmacia

El monto que paga por un medicamento depende de si lo compra en:

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

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacia y cómo surtir sus recetas, consulte el Capítulo 5 y el *Directorio de farmacias* de nuestro plan *https://fc2healthplan.com/wp-content/uploads/2024/10/FC2_PharmacyDirectory_20251001_V1.pdf*

Sección 5.2 Sus costos por un suministro de *un mes* de un medicamento cubierto

Durante la etapa de cobertura inicial, su parte del costo de un medicamento cubierto será un copago o coseguro.

A veces, el costo del medicamento es menor que su copago. En estos casos, usted paga el precio menor por del medicamento en lugar del copago.

Sus costos por un suministro de *un mes* de un medicamento cubierto de la Parte D

Nivel	Costo compartido en una farmacia minorista estándar dentro de la red (un suministro de hasta *30* días)	Costo compartido en una farmacia de atención a largo plazo (LTC) (un suministro de hasta *31* días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a determinadas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener detalles). (un suministro de hasta *30* días)
Nivel 1 de costo compartido *(medicamentos genéricos y de marca)*	**Usted pagará el *25% o su copago del programa Ayuda Adicional,* lo que sea menor**	**Usted pagará el *25% o su copago del programa Ayuda Adicional,* lo que sea menor**	**Usted pagará el *25% o su copago del programa Ayuda Adicional,* lo que sea menor**

No pagará más de $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido, incluso si no ha pagado su deducible. Si recibe el programa Ayuda Adicional, pagará el 25% o su copago del programa Ayuda Adicional, lo que sea menor.

Para obtener más información sobre el costo compartido de las vacunas de la Parte D, consulte la Sección 8.

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

Por lo general, el monto que paga por un medicamento cubre el suministro de un mes completo. Puede haber ocasiones en las que usted o su médico deseen que usted tenga el suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando toma un medicamento por primera vez). También puede pedirle a su médico que le recete, y a su farmacéutico que despache, un suministro para menos de un mes completo, si esto lo ayuda a planificar mejor las fechas de resurtidos.

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

- 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 del copago del medicamento, solo pagará la cantidad de días del medicamento que reciba en lugar de un mes entero. Calcularemos el monto que paga por día por su medicamento (la tarifa de costo compartido diario) y lo multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que recibe.

Sección 5.4 Sus costos por un suministro de un medicamento cubierto de la Parte D a largo plazo (hasta 90 días)

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

Sus costos por un suministro a *largo plazo* (hasta *90* días) de un medicamento cubierto de la Parte D

Nivel	**Costo compartido en una farmacia minorista estándar (dentro de la red)** (un suministro de hasta *90* días)	**Costos compartidos de pedido por correo** (un suministro de hasta *90* días)
Nivel 1 de costo compartido *(medicamentos genéricos y de marca)*	**Usted pagará el *25%* *o su copago del programa Ayuda Adicional,* lo que sea menor**	**Usted pagará el *25%* *o su copago del programa Ayuda Adicional,* lo que sea menor**

No pagará más de $70 por un suministro de hasta 2 meses o $105 por un suministro de hasta 3 meses de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido, incluso si no ha pagado su deducible. Si recibe el programa Ayuda Adicional, pagará el 25% o su copago del programa Ayuda Adicional, lo que sea menor.

Sección 5.5 Permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que los gastos de su bolsillo del año alcancen un total de $2,100

Usted permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que el total de gastos de su bolsillo alcance los $2,100. Luego, pasa a la etapa de cobertura de gastos médicos mayores.

La *Explicación de beneficios de la Parte D* que recibe lo ayudará a hacer un seguimiento de cuánto han gastado usted, nuestro plan y terceros en su nombre durante el año. No todos los afiliados alcanzarán el límite de gastos de su bolsillo de $2,100 en un año.

Le informaremos si alcanza ese monto. Para obtener más información sobre cómo calcula Medicare los gastos de su bolsillo, consulte la Sección 1.3.

SECCIÓN 6 La etapa de cobertura de gastos médicos mayores

En la etapa de cobertura de gastos médicos mayores, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted ingresa a la etapa de cobertura de gastos médicos mayores cuando los gastos de su bolsillo alcanzan el límite de $2,100 para el año calendario. Cuando llegue a la etapa de cobertura de gastos médicos mayores, permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

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

SECCIÓN 7 Lo que usted paga por las vacunas de la Parte D

Mensaje importante sobre lo que usted 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. Usted puede encontrar estas vacunas en la Lista de medicamentos de nuestro plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos sin costo para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Para obtener detalles sobre la cobertura y el costo compartido de vacunas específicas, consulte la Lista de medicamentos de nuestro plan o llame a Servicios para Afiliados al 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526) (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Nuestra cobertura de vacunas de la Parte D tiene 2 partes:

- La primera parte corresponde al costo de **la vacuna en sí**.
- La segunda parte corresponde al costo de **aplicarle la vacuna**. (Esto a veces se llama la administración de la vacuna).

Sus costos por una vacuna de la Parte D dependen de 3 cosas:

1. **Si la vacuna está recomendada para adultos por una organización llamada Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP).**

- La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos son recomendadas por esta organización y a usted no le cuestan nada.

2. **Dónde obtiene la vacuna.**
   - Una farmacia o un consultorio médico pueden suministrar la vacuna.
3. **Quién le aplica la vacuna.**
   - Un farmacéutico u otro proveedor puede aplicarle la vacuna en la farmacia. O bien, un proveedor puede aplicarla en el consultorio médico.

Lo que usted paga en el momento en que recibe la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias y la **etapa de pago de medicamentos** en la que esté.

- A veces, cuando le aplican una vacuna, tiene que pagar el costo total de la vacuna y el costo del proveedor por aplicársela. Puede solicitar a nuestro plan que le reembolsemos 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.
- En otras ocasiones, cuando le aplican una vacuna, solo paga su parte del costo conforme al beneficio de la Parte D. Por la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no paga nada.

A continuación se presentan 3 ejemplos de formas en las que puede obtener una vacuna de la Parte D.

Situación 1: Le aplican la vacuna de la Parte D en la farmacia de la red. (Esta opción estará disponible según el lugar en donde vive. Algunos estados no permiten que las farmacias apliquen ciertas vacunas).

- Por la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no paga nada.
- Por otras vacunas de la Parte D, usted paga a la farmacia su copago o coseguro por la vacuna, que incluye el costo de aplicarle la vacuna.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

Situación 2: Le aplican la vacuna de la Parte D en el consultorio de su médico.

- Cuando le aplican una vacuna, tiene que pagar el costo total de la vacuna y el costo del proveedor por aplicársela.
- Luego, puede solicitar a nuestro plan que pague nuestra parte del costo mediante los procedimientos que se describen en el Capítulo 7.

- Por la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el monto total que pagó. Por otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó menos cualquier copago o coseguro por la vacuna (incluida la administración), y menos cualquier diferencia entre el monto que cobra el médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe el programa Ayuda Adicional, le reembolsaremos esta diferencia).

Situación 3. Compra la vacuna de la Parte D en la farmacia de la red y la lleva al consultorio de su médico para que se la apliquen.

- Por la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no paga nada por la vacuna en sí.
- Por otras vacunas de la Parte D, usted paga a la farmacia su copago o coseguro por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le aplique la vacuna, usted pagará el costo total de ese servicio.
- Luego, puede solicitar a nuestro plan que pague nuestra parte del costo mediante los procedimientos que se describen en el Capítulo 7.
- Por la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el monto total que pagó. Por otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó menos cualquier copago o coseguro por la administración de la vacuna, y menos cualquier diferencia entre el monto que cobra el médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe el programa Ayuda Adicional, le reembolsaremos esta diferencia).

CAPÍTULO 7: Cómo solicitarnos que paguemos una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte por servicios o medicamentos cubiertos

Los proveedores de nuestra red deben facturar directamente a nuestro plan sus medicamentos y servicios cubiertos. Si recibe una factura por atención médica o medicamentos que recibió, envíenosla para que podamos pagarla. Cuando nos envíe la factura, la analizaremos y decidiremos si se deben cubrir los servicios y los medicamentos. Si decidimos que se deberían cubrir, le pagaremos al proveedor directamente.

Si ya pagó por un servicio o artículo de Medicare cubierto por nuestro plan, puede pedir a nuestro plan que le devuelva el dinero (es decir, que le haga un **reembolso**). Tiene derecho a que nuestro plan le haga un reembolso cuando usted haya pagado servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan. Puede haber fechas límite que deba cumplir con para recibir el reembolso. Consulte la Sección 2 de este capítulo. Cuando nos envíe una factura que ya pagó, la analizaremos y decidiremos si se deben cubrir los servicios y los medicamentos. Si decidimos que se deben cubrir, le reembolsaremos los servicios o medicamentos.

Puede haber ocasiones en que reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que recibió o por más que su parte del costo compartido. Primero, intente resolver la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla. Analizaremos la factura y decidiremos si se deben cubrir los servicios. Si decidimos que se deberían cubrir, le pagaremos al proveedor directamente. Si decidimos no pagarla, notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más que el costo compartido permitido por el plan. Si este proveedor está contratado, sigue teniendo derecho al tratamiento.

Ejemplos de situaciones en las que es posible que deba solicitar a nuestro plan que le reembolse o pague una factura que recibió:

1. Cuando recibió atención médica de emergencia o de urgencia de un proveedor que no está dentro de la red de nuestro plan

- Puede recibir servicios de emergencia o de urgencia de cualquier proveedor, independientemente de que el proveedor forme parte o no de nuestra red. En estos casos, pídale al proveedor que facture a nuestro plan.
- Si paga el monto total en el momento de recibir la atención, pídanos que le hagamos un reembolso. Envíenos la factura, junto con la documentación de los pagos que haya realizado.
- Es posible que reciba una factura del proveedor en la que se le pide un pago que usted considera que no adeuda. Envíenos esa factura, junto con la documentación de los pagos que haya realizado.
    - Si se adeuda algo al proveedor, le pagaremos directamente a él.
    - Si usted ya pagó el servicio, le haremos un reembolso.

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

Los proveedores de la red siempre deberían facturar a nuestro plan directamente. Pero, a veces, cometen errores y le piden que usted pague los servicios.

- Cuando reciba una factura de un proveedor de la red, envíenosla. Nos comunicaremos 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. Pídanos que le hagamos un reembolso por los servicios cubiertos.

3. Si su inscripción en nuestro plan es retroactiva

A veces, la inscripción de una persona en nuestro plan es retroactiva. (Esto significa que ya pasó el primer día de inscripción. Incluso es posible que la fecha de inscripción haya sido el año anterior).

Si su inscripción en nuestro plan fue retroactiva y pagó de su bolsillo alguno de sus servicios o medicamentos cubiertos después de su fecha de inscripción, puede pedirnos que le hagamos un reembolso. Deberá enviarnos documentación, como recibos y facturas, para que tramitemos el reembolso.

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

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

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le reembolsemos nuestra parte del costo. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Para obtener más información sobre estas circunstancias, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5. Es posible que no le reembolsemos 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 lleva consigo su tarjeta de afiliado de nuestro plan

Si no tiene con usted su tarjeta de afiliado de nuestro plan, puede pedir a la farmacia que llame a nuestro plan o que busque la información de inscripción en nuestro plan. Si la farmacia no puede obtener la información de inscripción, es posible que usted tenga que pagar el costo total del medicamento.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le reembolsemos nuestra parte del costo. 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 el medicamento recetado.

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

Es posible que deba pagar el costo total de un medicamento recetado porque se enteró de que no está cubierto por algún motivo.

- Por ejemplo, el medicamento no figura en la Lista de medicamentos de nuestro plan; o podría tener un requisito o una restricción que no conocía o cree que no se debería aplicar en su caso. Si decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar el costo total.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite el reembolso. En algunas situaciones, es posible que necesitemos obtener más información de su médico para reembolsarle *nuestra* parte del costo. 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 el medicamento recetado.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, la revisaremos y decidiremos si el servicio o medicamento debería estar cubierto. A esto se le llama tomar una **decisión de cobertura**. Si decidimos que debería estar cubierto, pagaremos nuestra parte del costo por el servicio o medicamento. Si denegamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 contiene información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo pedirnos que le reembolsemos o paguemos una factura que recibió

Para pedirnos un reembolso, puede enviarnos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, adjunte su factura y documentación de cualquier pago que haya realizado. Es una buena idea hacer una copia de las facturas y los recibos para sus registros. **Debe enviarnos su reclamo dentro de los *12 meses*** a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento. Debe enviarnos su reclamo de la Parte D (medicamentos recetados) dentro de los 36 meses a partir de la fecha en que recibió el medicamento.

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y la aprobaremos o denegaremos

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

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento está cubierto y usted siguió todas las reglas, pagaremos nuestra parte del costo del servicio o del medicamento. Si ya pagó 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 le reembolsen 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 usted aún no pagó el servicio o medicamento, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- Si determinamos que la atención médica o el medicamento *no* están cubiertos, o que usted *no* siguió todas las reglas, no pagaremos nuestra parte del costo de la atención o del medicamento. Le enviaremos una carta para explicarle los motivos por los que no enviamos el pago y sus derechos a apelar esa decisión.

Sección 3.1 Si le informamos que no pagaremos total o parcialmente la atención médica o el medicamento, puede presentar una apelación

Si cree que cometimos un error en la denegación de su solicitud de pago o en el monto que pagaremos, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos solicita que cambiemos la decisión que tomamos cuando denegamos su solicitud de pago. El

proceso de apelación es un proceso formal con procedimientos detallados y fechas límite importantes. Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9.

CAPÍTULO 8:
Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y su cultura

Sección 1.1 Debemos proporcionar información de manera que le resulte útil y respete su cultura (en otros idiomas aparte de inglés, en braille, en letra grande o en otros formatos alternativos, etc.)

Nuestro plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se presten con competencia intercultural y sean accesibles a todos los afiliados, incluidos los que tienen un dominio limitado del inglés, habilidades de lectura limitadas, incapacidad auditiva o sean de diversos orígenes culturales y étnicos. Algunos ejemplos de cómo nuestro plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la prestación de servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan tiene servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder las preguntas de los afiliados que no hablan inglés. Si lo necesita, también podemos proporcionarle materiales en otros idiomas además del inglés, como en español y braille, en letra grande o en otros formatos alternativos sin costo alguno. Se nos exige que le proporcionemos la información sobre los beneficios de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para obtener información de parte nuestra de una manera que le resulte conveniente, llame a Servicios para Afiliados al 1-833-FC2-PLAN (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Nuestro horario de atención 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 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (excepto feriados federales), del 1 de abril al 30 de septiembre.

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

Si no hay proveedores de una especialidad disponibles dentro de la red de nuestro plan, es responsabilidad de nuestro plan localizar proveedores especialistas fuera de la red que puedan proporcionarle la atención necesaria. En este caso, usted solamente pagará el costo compartido dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas dentro de la red de nuestro plan que cubran un servicio que necesita, llame

a nuestro plan para obtener información sobre dónde ir para obtener ese servicio a un 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, consultar especialistas en salud de la mujer o encontrar un especialista de la red, llame para presentar una queja formal al 1-833-FC2-PLAN, los usuarios de TTY deben llamar al 711. Nuestro horario de atención 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 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (excepto feriados federales), del 1 de abril al 30 de septiembre. También puede presentar una queja ante Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Our plan is required to ensure that all services, both clinical and non-clinical, are provided in a culturally competent manner and are accessible to all enrollees, including those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and ethnic backgrounds. Examples of how our plan may meet these accessibility requirements include, but aren't limited to, provision of translator services, interpreter services, teletypewriters, or TTY (text telephone or teletypewriter phone) connection.

Our plan has free interpreter services available to answer questions from non-English speaking members. We can also give you materials in languages other than English including Spanish and braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We're required to give you information about our plan's benefits in a format that's accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, call Member Services.

Our plan is required to give female enrollees the option of direct access to a women's health specialist within the network for women's routine and preventive health care services.

If providers in our plan's network for a specialty aren't available, it's our plan's responsibility to locate specialty providers outside the network who will provide you with the necessary care. In this case, you'll only pay in-network cost sharing. If you find yourself in a situation where there are no specialists in our plan's network that cover a service you need, call our plan for information on where to go to get this service at in-network cost sharing.

If you have any trouble getting information from our plan in a format that's accessible and appropriate for you, seeing a women's health specialist or finding a network specialist, call to file a grievance with 1-833-FC2-PLAN, TTY users should call 711. You can also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights 1-800-368-1019 or TTY 1-800-537-7697.

Sección 1.2 Debemos asegurar que tenga acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos

Tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) de la red de nuestro plan para que le preste y coordine sus servicios cubiertos. También tiene derecho a ir a un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin una derivación.

Tiene derecho a citas y servicios cubiertos de la red de proveedores de nuestro plan *dentro de un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de especialistas cuando necesite esa atención. También tiene derecho a surtir o resurtir sus recetas en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin grandes demoras.

Si cree que no está recibiendo su atención médica o los medicamentos de la Parte D dentro de un plazo razonable, el Capítulo 9 le informa qué puede hacer.

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información de salud personal

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de su historia clínica y su 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, su historia clínica y otra información médica y de salud.
- Usted tiene derechos relacionados con su información y con el control del uso que se hace de su información de salud. Le entregamos un aviso por escrito, llamado *Aviso de prácticas de privacidad*, que informa 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.
- Salvo en las circunstancias que se indican a continuación, si tenemos la intención de proporcionar su información de salud a alguien que no le brinda ni paga su atención, *primero debemos obtener su permiso por escrito o el de alguien a quien usted le haya otorgado poder legal para tomar decisiones por usted.*
- Hay algunas excepciones que no requieren que obtengamos primero su permiso por escrito. La ley permite o exige estas excepciones.
    - Debemos divulgar información de salud a agencias gubernamentales que controlan la calidad de la atención.

- Como usted es afiliado de nuestro plan a través de Medicare, debemos proporcionar a Medicare su información de salud, incluida la información sobre sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare divulga su información con fines de investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con los estatutos y los reglamentos federales; generalmente, esto requiere que no se comparta información que lo identifica.

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

Tiene derecho a ver su historia clínica en poder de nuestro plan y obtener una copia. Tenemos permitido cobrarle una tarifa por hacer copias. También tiene derecho a pedirnos que agreguemos datos o corrijamos su historia clínica. Si nos solicita que hagamos esto, trabajaremos con su proveedor de atención de la salud para decidir si se deben hacer los cambios.

Tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información de salud con otros para cualquier fin que no sea de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información de salud personal, llame a Servicios para Afiliados al 1-833-FC2-PLAN (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Nuestro horario de atención 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 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (excepto feriados federales), del 1 de abril al 30 de septiembre.

Sección 1.4 Debemos brindarle información sobre nuestro plan, nuestra red de proveedores y sus servicios cubiertos

Como afiliado de Florida Complete Care-Duals VIP, usted tiene derecho a recibir distintos tipos de información de nuestra parte.

Si desea alguno de los siguientes tipos de información, llame a Servicios para Afiliados al 1-833-FC2-PLAN (los usuarios de TTY deben llamar al 711): Nuestro horario de atención 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 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (excepto feriados federales), del 1 de abril al 30 de septiembre.

- **Información sobre nuestro plan**. Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera de nuestro plan.
- **Información sobre los proveedores y las farmacias de nuestra red.** Tiene derecho a recibir información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.

- **Información sobre su cobertura y las reglas que debe seguir cuando la usa.** Los Capítulos 3 y 4 proporcionan información sobre los servicios médicos. Los Capítulos 5 y 6 brindan información sobre la cobertura de medicamentos 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 solicitarnos que cambiemos una decisión, lo que se llama apelación.

Sección 1.5 Tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a participar en las decisiones sobre su atención

Tiene derecho a obtener información de parte de sus médicos y otros proveedores de atención de la salud. Sus proveedores deben explicarle su afección médica y sus opciones de tratamiento *de una manera que pueda entender*.

También tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención de la salud. Para ayudarlo a tomar decisiones con sus médicos sobre qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos incluyen lo siguiente:

- **Conocer todas sus opciones.** Usted tiene derecho a que se le informe sobre todas las opciones de tratamiento recomendadas para su enfermedad, independientemente del costo o de si están cubiertas o no por nuestro plan. También incluye recibir información sobre los programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los afiliados a administrar sus medicamentos y usarlos de manera segura.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que se le informen los riesgos relacionados con su atención médica. Se le debe informar con anticipación si un tratamiento o atención médica propuesta es parte de un experimento de investigación. Siempre tiene la opción de rechazar un tratamiento experimental.
- **Derecho a decir "no".** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho de dejar un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le recomienda que no lo haga. También tiene derecho a dejar de tomar su medicamento. Si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento, acepta toda la responsabilidad de las consecuencias que esto pueda tener en su organismo.

Tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que se debe hacer si no puede tomar decisiones médicas por su cuenta

Algunas personas pierden la capacidad de tomar sus propias decisiones de atención de la salud debido a accidentes o enfermedades graves. Usted tiene derecho a decir lo que desea que se haga si se encontrara en esta situación. Esto significa que, *si lo desea*, puede:

- Completar un formulario por escrito para otorgar a **una persona la autoridad legal para tomar decisiones médicas en su nombre** si usted no pudiera hacerlo por sí mismo.
- **Dar a sus médicos instrucciones escritas** sobre cómo desea que manejen su atención médica si usted no pudiera tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede usar para dar instrucciones por adelantado en estas situaciones se llaman **instrucciones anticipadas**. Los documentos llamados **testamento vital** y **poder notarial para la atención de la salud** son ejemplos de instrucciones anticipadas.

Cómo preparar instrucciones anticipadas:

- **Obtenga una formulario.** Puede obtener un formulario de instrucciones anticipadas de su abogado, un trabajador social o una tienda de artículos de oficina. A veces, se pueden obtener formularios de instrucciones anticipadas en organizaciones que brindan información sobre Medicare. Para solicitar los formularios, también puede llamar a Servicios para Afiliados al 1-833-FC2-PLAN (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Nuestro horario de atención 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 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (excepto feriados federales), del 1 de abril al 30 de septiembre.
- **Complete el formulario y fírmelo.** Sin importar dónde obtenga este formulario, es un documento legal. Considere la posibilidad de pedirle ayuda a un abogado para prepararlo.
- **Entregue copias del formulario a las personas indicadas.** Entregue una copia del formulario a su médico y a la persona que nombra en el formulario para que tome decisiones por usted si no pudiera hacerlo. Puede entregar copias a amigos cercanos o familiares. Guarde una copia en su casa.

Si sabe con anticipación que será hospitalizado y firmó instrucciones anticipadas, **lleve una copia al hospital**.

- En el hospital le preguntarán si firmó un formulario de instrucciones anticipadas y si lo tiene con usted.
- Si no firmó un formulario de instrucciones anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Completar un formulario de instrucciones anticipadas es su elección (incluso si desea firmar uno si está en el hospital). Según la ley, nadie puede negarle atención ni discriminarlo por haber firmado o no instrucciones anticipadas.

Si no se siguen sus instrucciones

Si firmó instrucciones anticipadas y cree que un médico u hospital no las ha seguido, puede presentar una queja ante el programa SHINE del Departamento de Asuntos de Personas Mayores de Florida. Los servicios de los asesores del Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud son gratuitos. Encontrará los números de teléfono y las direcciones URL de los sitios web en la Sección 3 del Capítulo 2 de este documento.

Sección 1.6 Tiene derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos las decisiones que tomamos

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—, **debemos tratarlo de manera justa**.

Sección 1.7 Si cree que lo están tratando injustamente o que no se respetan sus derechos

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

Si cree que ha sido tratado injustamente o no se han respetado sus derechos y *no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para resolver su problema de los siguientes lugares:

- **Llame a Servicios para Afiliados de nuestro plan al 1-833-FC2-PLAN (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- **Llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud local** al 1-800-96-ELDER (para obtener más detalles, consulte la Sección 3 del Capítulo 2)
- **Llame a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY debe llamar al 1-877-486-2048)

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Obtenga más información sobre sus derechos de estos lugares:

- **Llame a Servicios para Afiliados al 1-833-FC2-PLAN (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**

- **Llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud local** al 1-800-96-ELDER (para obtener más detalles, consulte la Sección 3 del Capítulo 2)
- **Comuníquese con Medicare**
    - Visite es.medicare.gov para leer la publicación *Derechos y Protecciones de Medicare* (disponible en: Derechos y Protecciones de Medicare)
    - Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048)

SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como afiliado de nuestro plan

Lo que debe hacer como afiliado de nuestro plan se describe a continuación. Si tiene preguntas, llame a Servicios para Afiliados al 1-833-FC2-PLAN (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Nuestro horario de atención 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 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (excepto feriados federales), del 1 de abril al 30 de septiembre.

- **Conocer sus servicios cubiertos y las reglas que debe seguir para obtenerlos.** Use esta *Evidencia de cobertura* para saber qué está cubierto y las reglas que debe seguir para recibir los servicios cubiertos.
    - Los Capítulos 3 y 4 ofrecen detalles sobre los servicios médicos.
    - Los Capítulos 5 y 6 ofrecen detalles sobre la cobertura de medicamentos de la Parte D.
- **Si usted tiene alguna otra cobertura de salud o cobertura de medicamentos además de nuestro plan, tiene la obligación de informárnoslo.** El Capítulo 1 le indica cómo coordinar estos beneficios.
- **Informar a su médico y a los demás proveedores de atención de la salud que usted está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de afiliado de nuestro plan cada vez que reciba atención médica o medicamentos de la Parte D.
- **Colaborar con sus médicos y otros proveedores al darles información, hacerles preguntas y seguir las indicaciones sobre su atención para que puedan ayudarlo.**
    - Para obtener la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores de atención de la salud 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 usted está tomando, incluso los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.

    - Si tiene preguntas, asegúrese de hacerlas y obtener una respuesta que pueda comprender.

- **Ser considerado.** Esperamos que nuestros afiliados respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera que contribuya a la armonía del consultorio médico, los hospitales y otros establecimientos.
- **Pagar lo que adeuda.** Como afiliado del plan, usted es responsable de estos pagos:
    - Debe seguir pagando las primas de Medicare para seguir siendo afiliado de nuestro plan.
- **Si se muda *dentro* del área de servicio de nuestro plan, necesitamos saberlo** para poder mantener actualizado su registro de afiliado y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo afiliado de nuestro plan.**
- **Si se muda, dígaselo al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios).**

CAPÍTULO 9:
Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

SECCIÓN 1 Qué hacer si tiene un problema o una inquietud

Este capítulo explica los procesos para manejar problemas e inquietudes: El proceso que use para solucionar su problema dependerá del tipo de problema que tenga:

- Para algunos problemas, debe seguir el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros problemas, debe seguir el **proceso para presentar quejas** (también llamadas quejas formales).

Cada proceso tiene una serie de reglas, procedimientos y fechas límite que usted y nosotros debemos cumplir.

La **Sección 3** lo ayudará a identificar el proceso correcto que debe usar y lo que debe hacer.

Sección 1.1 Términos legales

Hay términos legales técnicos para algunas de las reglas, procedimientos y fechas límite que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos no son conocidos para la mayoría de las personas. Para facilitar las cosas, este capítulo usa palabras más familiares en lugar de algunos términos legales.

Sin embargo, a veces es importante conocer los términos legales correctos. Para ayudarlo a saber qué términos usar para obtener la ayuda o información adecuada, incluimos estos términos legales cuando brindamos detalles para manejar situaciones específicas.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y ayuda personalizada

Siempre estamos disponibles para ayudarlo. Incluso si tiene una queja sobre nuestro trato hacia usted, estamos obligados a respetar su derecho a presentar una queja. Siempre debería llamar a Servicios para Afiliados al 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526) (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda. Nuestro horario de atención 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 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (excepto feriados federales), del 1 de abril al 30 de septiembre. En algunas situaciones, es posible que también desee recibir ayuda u orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. Dos organizaciones que pueden ayudar son:

Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP)

Cada estado tiene un programa gubernamental con asesores capacitados. El programa no tiene relación con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni con ningún plan de salud. Los asesores de este programa pueden explicarle qué proceso debe usar para resolver un problema que usted tenga. También pueden responder sus preguntas, brindarle más información y ofrecerle orientación sobre qué hacer.

Los servicios de los asesores del Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud son gratuitos.

Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE) (Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud de Florida)– Información de contacto	
Teléfono	1-800-96-ELDER (1-800-963-5337) De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., hora local
TTY	1-800-955-8770 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
Correo postal	Department of Elder Affairs 4040 Esplanade Way, Suite 270 Tallahassee, FL 32399-7000
Sitio web	http://www.floridashine.org/

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda:

- Llame 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.
- Visite es.medicare.gov

Puede obtener ayuda e información de parte de Medicaid

Programa del Ombudsman para la Atención a Largo Plazo del Departamento de Asuntos de Personas Mayores – Información de contacto	
Teléfono	850-414-2323 o número gratuito: 1-888-831-0404 De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., hora local
TTY	711
Correo postal	4040 Esplanade Way, Suite 380 Tallahassee, FL 32399-7000 LTCOPInformer@elderaffairs.org
Sitio web	https://ombudsman.elderaffairs.org/

SECCIÓN 3 Explicación de las quejas y apelaciones de Medicare y de Medicaid

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

A veces, los procesos de Medicare y de Medicaid no están combinados. En esas situaciones, use 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**.

SECCIÓN 4 Qué proceso debe usar para su problema

Si tiene un problema o una inquietud, lea las partes de este capítulo que corresponden a su situación. La siguiente información lo ayudará a encontrar la sección correcta de este capítulo para problemas o quejas sobre **beneficios cubiertos por Medicare o Medicaid**.

¿Su problema o inquietud es sobre sus beneficios o cobertura?

Esto incluye problemas sobre si la atención médica (artículos o servicios médicos, o medicamentos de la Parte B) tienen cobertura o no, y la manera en que están cubiertos, así como los problemas relacionados con el pago de la atención médica.

Sí.

Consulte la **Sección 5, Guía para las decisiones de cobertura y las apelaciones.**

No.

Consulte la **Sección 11, Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes**

Decisiones de cobertura y apelaciones

SECCIÓN 5 Guía para las decisiones de cobertura y las apelaciones

Las decisiones de cobertura y las apelaciones tratan los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar, generalmente nos referimos a esos artículos médicos, servicios y medicamentos de la Parte B de Medicare como **atención médica**. Usted usa el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones para asuntos como si algo tiene o no tiene cobertura, y la manera en que algo está cubierto.

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir servicios

Si usted desea saber si cubriremos atención médica antes de recibirla, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y su cobertura o sobre el monto que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si un médico de la red de nuestro plan lo deriva a un especialista que no está dentro de la red, esta derivación se considera una decisión de cobertura favorable, a menos que su médico de la red pueda demostrar que usted recibió un aviso de denegación estándar para este especialista o que la *Evidencia de cobertura* deje en claro que el servicio derivado no está cubierto en ninguna circunstancia. Usted o su médico 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 si se niega a brindarle la atención médica que usted cree que necesita.

En circunstancias limitadas se desestimará una decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Los 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 solicita que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de una decisión de cobertura, enviaremos un aviso que explicará por qué la solicitud fue desestimada y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

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

Cómo presentar 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 manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que tomamos. En determinadas circunstancias, usted puede solicitar una **apelación rápida** o acelerada de una decisión de cobertura. Los revisores que se ocupan de su apelación no son los mismos que tomaron la decisión original.

Cuando usted 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 seguimos todas las reglas correctamente. Cuando terminemos la revisión, le comunicaremos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, se desestimará una apelación de Nivel 1, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Los 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 que explicará por qué la solicitud fue desestimada y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Si denegamos de manera total o parcial su apelación de Nivel 1 por atención médica, su apelación pasará automáticamente a una apelación de Nivel 2 realizada por una organización de revisión independiente que no tiene relación con nosotros.

- No necesita hacer nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las reglas de Medicare requieren que pasemos 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 por atención médica.
- Las apelaciones de la Parte D se analizan en la Sección 7 de este capítulo.

Si no está satisfecho con la decisión en la apelación de Nivel 2, puede continuar con otros niveles de apelación (en este capítulo se explican los procesos de apelaciones de Nivel 3, 4 y 5).

Sección 5.1 Obtener ayuda para solicitar una decisión de cobertura o presenta una apelación

A continuación, encontrará recursos en caso de que decida solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Llame a Servicios para Afiliados al** 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526) (los usuarios de TTY deben llamar al 711)
- **Obtenga ayuda gratuita** de su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud
    - **Su médico u otro proveedor de atención de la salud puede realizar una solicitud por usted.** Si su médico lo ayuda con una apelación después del Nivel 2, deberá ser designado como su representante. Llame a Servicios para Afiliados al 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526) (los usuarios de TTY deben llamar al *711*) y solicite el formulario *Nombramiento de representante*. (El formulario también está disponible en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696Spanish.pdf. Para atención de la salud, su médico u otro proveedor de atención de la salud puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación se deniega en el Nivel 1, se enviará automáticamente al Nivel 2.
    - Si su médico u otro proveedor de salud solicita que un artículo o servicio que usted ya está recibiendo continúe durante su apelación, **es posible** que usted deba nombrar a su médico o a otro profesional que receta como su representante para que actúe en su nombre.
    - Para los medicamentos de la Parte D, su médico u otro profesional que receta pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se deniega su apelación de Nivel 1, su médico o profesional que receta pueden solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Usted 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, familiar u otra persona sea su representante, llame a Servicios para Afiliados y al 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526) (los usuarios de TTY deben llamar al *711*) y solicite el formulario *Nombramiento de representante*. (El formulario también está disponible enwww.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696Spanish.pdf). Este formulario autoriza a esa persona a 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.

Podemos aceptar una solicitud de apelación sin este formulario, pero no podemos iniciar ni realizar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario antes de nuestra fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación, esta será desestimada. En ese caso, le enviaremos un aviso por escrito que explicará su derecho a pedir que una organización de revisión independiente revise nuestra decisión de desestimar su apelación.

- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado en el colegio de abogados local o en otro servicio de referencias. También hay grupos que le prestarán servicios legales gratuitos si califica. Sin embargo, **no está obligado a contratar a un abogado** para solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión.

Sección 5.2 Reglas y plazos para diferentes situaciones

Hay 4 tipos diferentes de situaciones que implican decisiones de cobertura y apelaciones. Como cada situación tiene diferentes reglas y fechas límite, damos los detalles de cada una en una sección aparte:

- **Sección 6:** "Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación"
- **Sección 7:** "Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación"
- **Sección 8:** "Cómo solicitarnos que cubramos una estadía en el hospital como paciente internado más prolongada si cree que le están dando de alta demasiado pronto"
- **Sección 9:** "Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo determinados servicios médicos si cree que su cobertura finalizará demasiado pronto" (*solo se aplica a estos servicios*: cuidado de la salud a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada y servicios del centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios [CORF])

Si no está seguro de que información se aplica a su caso, llame a Servicios para Afiliados al 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526) (los usuarios de TTY deben llamar al *711*). También puede obtener ayuda o información de su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud.

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

Sección 6.1 Qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea que le reembolsemos el costo de su atención

Sus beneficios de atención médica se describen en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4. En algunos casos, se aplican diferentes reglas a una solicitud para obtener un medicamento de la Parte B. En esos casos, explicaremos en qué se diferencian las reglas para los medicamentos de la Parte B de las reglas para los artículos y servicios médicos.

Esta sección indica lo que puede hacer si se encuentra en alguna de las 5 situaciones siguientes:

1. No recibe determinada atención médica que desea y cree que nuestro plan cubre esta atención. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
2. Nuestro plan no aprueba la atención de la salud que su médico u otro proveedor de atención de la salud desea brindarle y usted cree que nuestro plan cubre esta atención. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
3. Recibió atención médica que cree que nuestro plan debería cubrir, pero hemos dicho que no pagaremos esta atención. **Presente una apelación. Sección 6.3.**
4. Recibió y pagó atención médica que considera que nuestro plan debería cubrir, y quiere solicitar a nuestro plan que le reembolse esta atención. **Envíenos la factura. Sección 6.5.**
5. Se le informa que se reducirá o interrumpirá la cobertura de determinada atención de la salud que usted ha estado recibiendo (que habíamos aprobado previamente), y cree que dicha reducción o interrupción de esa atención podría perjudicar su salud. **Presente una apelación. Sección 6.3.**

   Nota: Si la cobertura que se interrumpirá es de atención hospitalaria, cuidado de la salud a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF), consulte las Secciones 8 y 9. Se aplican reglas especiales a estos tipos de atención.

Sección 6.2 Cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales:

Cuando una decisión de cobertura se relaciona con su atención médica, se llama **determinación de la organización.**

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

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

Por lo general, una decisión de cobertura estándar se toma en un plazo de 7 días calendario cuando el artículo o servicio médico está sujeto a nuestras reglas de autorización previa, 14 días calendario para todos los demás artículos y servicios médicos, o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Una decisión de cobertura rápida generalmente se toma en un plazo de 72 horas, para servicios médicos, y 24 horas para medicamentos de la Parte B.

- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si las fechas límite estándar podrían *causar daños graves a su salud o afectar su capacidad funcional.*

- **Si su médico nos informa que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente aceptaremos concederle una decisión de cobertura rápida.**
- **Si usted solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el respaldo de su médico, decidiremos si su salud requiere que le concedamos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
    - Explicará que usaremos los plazos estándar.
    - Explicará que, si su médico solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente le concederemos una decisión de cobertura rápida.
    - Explicará que usted puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de concederle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que usted solicitó.

Paso 2: Solicite 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 presentar su solicitud de que autoricemos o proporcionemos cobertura para la atención médica que usted desea. Usted, su médico o su representante pueden hacer esto. El Capítulo 2 tiene la información de contacto.

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

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

Esto significa que le daremos una respuesta en un plazo de 7 días calendario después de que recibamos su solicitud **de un artículo o servicio médico que está sujeto a nuestras reglas de autorización previa. Si su artículo o servicio médico solicitado no está sujeto a nuestras reglas de autorización previa, le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario** después de que recibamos su solicitud. Si su solicitud es para obtener un **medicamento de la Parte B**, le daremos una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de que recibamos su solicitud.

- **Sin embargo**, si usted pide más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para obtener un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para obtener un medicamento de la Parte B.
- Si usted 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 al proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener información sobre las quejas, consulte la Sección 11).

Para las decisiones de cobertura rápidas, usamos un plazo acelerado.

Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos en un plazo de 72 horas si su solicitud es para obtener un artículo o servicio médico. Si su solicitud es para obtener un medicamento de la Parte B, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas.

- **Sin embargo**, si usted pide más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario más**. Si nos tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para obtener un medicamento de la Parte B.
- Si usted cree que *no deberíamos* tomarnos días adicionales, puede presentar una queja rápida. (Para obtener información sobre las quejas, consulte la Sección 11). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Si denegamos de manera total o parcial lo que usted solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explicará las razones de nuestra respuesta.

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

- En ese caso, usted tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa volver a solicitar la cobertura de atención médica que desea. Si presenta una apelación, significa que usted pasa al Nivel 1 del proceso de apelación.

Sección 6.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales:

Una apelación presentada ante nuestro plan sobre una decisión de cobertura de atención médica se llama **reconsideración** del plan.

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

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

Una apelación estándar generalmente se realiza en un plazo de 30 días calendario o de 7 días calendario para medicamentos de la Parte B. Una apelación rápida generalmente se realiza en un plazo de 72 horas.

- Si usted apela una decisión que tomamos sobre la cobertura de atención, usted o su médico deben decidir si usted necesita una apelación rápida. Si su médico nos informa que su salud requiere una apelación rápida, le concederemos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida, según se describen en la Sección 6.2.

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

- **Si solicita una apelación estándar, hágalo por escrito.** También puede llamarnos para solicitar una apelación. El Capítulo 2 tiene la información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, hágalo por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 tiene la información de contacto.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha del aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si no cumple con este plazo y tiene un motivo válido, explique el motivo del retraso cuando presente su apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de causa justificada pueden ser una enfermedad grave que impidió que se comunicara con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- **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 interrumpir o reducir servicios o artículos que ya estaba recibiendo, es posible que pueda mantener esos servicios o artículos durante su apelación.

- Si decidimos cambiar o interrumpir la cobertura de un servicio o artículo que recibe actualmente, le enviaremos un aviso antes de tomar la resolución propuesta.
- Si no está de acuerdo con la resolución, puede presentar una apelación de Nivel 1. Seguiremos cubriendo el servicio o artículo si solicita una apelación de Nivel 1 en un plazo de 10 días calendario a partir de la fecha del matasellos en nuestra carta o antes de la fecha de vigencia prevista de la acción, lo que sea posterior.
- Si cumple con este plazo, podrá 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 sean el motivo de su apelación) sin cambios.

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

- Cuando revisamos su apelación, analizamos detenidamente toda la información. Verificamos si estábamos siguiendo todas las reglas cuando denegamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si es necesario y posiblemente nos comunicaremos con usted o con su médico.

Plazos para una apelación rápida

- Para apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas después de que recibamos su apelación**. Si su salud lo requiere, le daremos nuestra respuesta antes.

- Si usted pide más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para obtener un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional si su solicitud es para obtener un medicamento de la Parte B.
- Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas (o antes de que termine el período extendido si nos tomamos días adicionales), se nos exige que automáticamente enviemos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente. En la Sección 6.4 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.

- **Si aceptamos de manera total o parcial lo que usted solicitó,** debemos autorizar o proporcionar la cobertura que hemos acordado en un plazo de 72 horas después de que recibamos su apelación.
- **Si denegamos de manera total o parcial lo que usted solicitó,** le enviaremos nuestra decisión por escrito y automáticamente enviaremos 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.

Fechas límite para una apelación estándar

- Para apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de que recibamos su apelación. Si su solicitud es para obtener un medicamento de la Parte B que no obtuvo aún, le daremos nuestra respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de que recibamos su apelación. Si su estado de salud lo requiere, le comunicaremos nuestra decisión antes de ese plazo.
    - Sin embargo, si usted pide más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para obtener un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para obtener un medicamento de la Parte B.
    - Si usted cree que *no deberíamos* tomarnos días adicionales, puede presentar una queja rápida. Si presenta una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la **Sección 11**).
    - Si no le damos una respuesta en ese plazo (o antes de que termine el período extendido), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2 donde una organización de revisión independiente revisará la apelación. En la Sección 6.4 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.

- **Si aceptamos de manera total o parcial lo que usted solicitó,** debemos autorizar o proporcionar la cobertura en un plazo de **30 días calendario**, o **en un plazo de 7 días calendario** si su solicitud es para obtener un medicamento de la Parte B.
- **Si nuestro plan deniega de manera total o parcial su apelación, usted tiene derechos de apelación adicionales.**
- Si denegamos de manera total o parcial lo que usted solicitó, le enviaremos una carta.
    - Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, la carta le dirá que enviamos su caso a la organización de revisión independiente para una Apelación de Nivel 2.
    - Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, la carta le indicará cómo presentar usted mismo una apelación de Nivel 2.

Sección 6.4 El proceso de apelación de Nivel 2

Término legal:

El nombre formal de la organización de revisión independiente es **Entidad de Revisión Independiente (Independent Review Entity, IRE)**.

La **organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. No tiene relación con nosotros y no es una agencia del gobierno. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o se debe cambiar. Medicare supervisa el trabajo de esta organización.

- Si su problema es sobre un servicio o artículo que suele estar **cubierto por Medicare**, enviamos su caso automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelación en cuanto termine la apelación de Nivel 1.
- Si su problema es sobre un servicio o artículo que suele estar **cubierto por Medicaid**, usted mismo puede presentar una apelación de Nivel 2. La carta le explicará cómo hacerlo. La información también se encuentra a continuación.
- Si su problema es sobre 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 ante el estado.

Si calificó para la continuación de los beneficios cuando presentó su apelación de Nivel 1, sus beneficios por el servicio, el artículo o el medicamento que se está apelando también podrían continuar durante el Nivel 2. Vaya a la página 160 para obtener información sobre cómo continuar sus beneficios durante las apelaciones de Nivel 1.

- Si su problema es sobre un servicio que suele estar cubierto por Medicare solamente, sus beneficios por ese servicio no continuarán durante el proceso de apelación de Nivel 2 con la organización de revisión independiente.
- Si su problema es sobre un servicio que suele estar cubierto por Medicaid, sus beneficios por ese servicio continuarán si usted presenta una apelación de Nivel 2 en un plazo de 10 días calendario después de recibir la carta de decisión de nuestro plan.

Si su problema es sobre un servicio o artículo que suele estar cubierto por Medicare:

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

- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se llama **expediente del caso**. **Usted tiene derecho a pedirnos una copia gratuita de su expediente del caso.**
- Tiene derecho a proporcionar información adicional a la organización de revisión independiente para respaldar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán 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.

- En el caso de la apelación rápida, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de que reciba su apelación.
- Si su solicitud es para obtener un artículo o servicio médico, y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarlo, **puede tomarse hasta 14 días calendario más**. La organización de revisión independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para obtener un medicamento de la Parte B.

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

- En el caso de la apelación estándar, si su solicitud es para obtener un artículo o servicio médico, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 30 días calendario** después de que reciba su apelación. Si su solicitud es para obtener un medicamento de la Parte B, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de que reciba su apelación.
- Si su solicitud es para obtener un artículo o servicio médico, y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarlo,

puede tomarse hasta 14 días calendario más. La organización de revisión independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para obtener un medicamento de la Parte B.

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

La organización de revisión independiente le informará su decisión por escrito y le explicará los motivos.

- **Si la organización de revisión independiente acepta de manera total o parcial una solicitud para obtener un artículo o servicio médico,** debemos autorizar la cobertura de la atención médica en un plazo de **72 horas** o prestar el servicio en un plazo de **14 días calendario** después de que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente si se trata de **solicitudes estándar**. Si se trata de **solicitudes aceleradas**, tenemos **72 horas** a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si la organización de revisión independiente acepta de manera total o parcial una solicitud para obtener un medicamento de la Parte B**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento de la Parte B en un plazo de **72 horas** después de haber recibido la decisión de la organización de revisión independiente si se trata de **solicitudes estándar**. Si se trata de **solicitudes aceleradas**, tenemos **24 horas** a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si la organización de revisión independiente deniega de manera total o parcial 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 se debería aprobar. (Esto se llama **ratificar la decisión** o **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta que:
    - Explica la decisión.
    - Le notifica su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica alcanza un mínimo determinado. El aviso por escrito que recibe de la organización de revisión independiente le indicará el monto en dólares que debe cumplir con para continuar con el proceso de apelación.
    - Le explica cómo presentar una apelación de Nivel 3.
- Si su apelación de Nivel 2 es denegada y usted cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelación, usted debe decidir si desea pasar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.

- La apelación de Nivel 3 está a cargo de un juez de derecho administrativo o de un abogado adjudicador. La **Sección 10** de este capítulo explica el proceso de las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

Si su problema es sobre un servicio o artículo que suele estar cubierto por Medicaid:

Paso 1: Solicite una audiencia imparcial con el estado.

- El Nivel 2 del proceso de apelación para servicios que generalmente están cubiertos por Medicaid es una audiencia imparcial con el estado. Debe solicitar una audiencia imparcial por escrito o por teléfono **en un plazo de 120 días calendario** a partir de la fecha en que le enviamos la carta de decisión sobre la apelación de Nivel 1. La carta que reciba de nuestra parte le indicará dónde presentar su solicitud de audiencia.
- Para solicitar una audiencia imparcial puede llamar o escribir a:

  Agency for Health Care Administration Medicaid Fair Hearing Unit

  P.O. Box 60127

  Ft. Myers, FL 33906

  1-877-254-1055 (número gratuito)

  1-239-338-2642 (fax)

  MedicaidHearingUnit@ahca.myflorida.com
- Su solicitud por escrito de una audiencia imparcial con Medicaid debe incluir la siguiente información:
  - Su nombre
  - Su número de afiliado
  - Su número de identificación de Medicaid
  - Un número de teléfono para comunicarnos con usted o con su representante
- También puede incluir la siguiente información, si la tiene:
  - Por qué cree que se debería cambiar la decisión
  - Los servicios que considera que necesita

Paso 2: La oficina de Audiencias Imparciales le comunica su respuesta.

La oficina de Audiencias Imparciales le informará su decisión por escrito y le explicará los motivos.

- **Si la oficina de Audiencias Imparciales acepta de manera total o parcial una solicitud para obtener un artículo o servicio médico,** debemos autorizarlo o prestarlo en un plazo de 72 horas después de que recibamos la decisión de dicha oficina.
- **Si la oficina de Audiencias Imparciales deniega de manera total o parcial su apelación**, está de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica no se debería aprobar. (Esto se llama **ratificar la decisión** o **rechazar su apelación**).

Si la decisión es denegar de manera total o parcial su solicitud, puede presentar otra apelación.

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

La carta que usted reciba de la oficina de Audiencias Imparciales describirá la siguiente opción de apelación.

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

Sección 6.5 Si nos pide que le reembolsemos una factura que recibió por atención médica

Si ya pagó por un servicio o artículo de Medicaid cubierto por nuestro plan, puede pedir a nuestro plan que le devuelva el dinero (es decir, que le haga un reembolso). Usted tiene derecho a que nuestro plan le haga un reembolso cuando haya pagado más por servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan. Cuando nos envíe una factura que ya pagó, la analizaremos y decidiremos si se deben cubrir los servicios y los medicamentos. Si decidimos que se deben cubrir, le reembolsaremos los servicios o medicamentos.

Solicitar un reembolso es pedirnos una decisión de cobertura

Si nos envía la documentación para pedir un reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, verificaremos si la atención médica que usted pagó está cubierta. También verificaremos si usted siguió las reglas para usar su cobertura de atención médica.

Si desea que le reembolsemos el costo de un servicio o un artículo de **Medicare**, o si nos pide que le paguemos a un proveedor de atención de la salud por un servicio o un artículo de Medicaid que usted pagó, solicítenos que tomemos esta decisión de cobertura.

Verificaremos si la atención médica que usted pagó es un servicio cubierto. También verificaremos si usted siguió todas las reglas para usar su cobertura de atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud:** Si la atención médica está cubierta y usted siguió las reglas, le enviaremos el pago del costo generalmente en un plazo de 30 días calendario, pero sin exceder los 60 días calendario después de que recibamos su solicitud.

Si la atención de Medicaid que usted pagó a un proveedor de atención de la salud está cubierta y usted cree que deberíamos pagarle al proveedor de atención de la salud, le enviaremos a su proveedor de atención de la salud el pago del costo en un plazo no mayor de 60 días calendario después de que recibamos su solicitud.

Luego deberá comunicarse con su proveedor de atención de la salud para que le devuelva el dinero. Si usted aún no pagó la atención de la salud, le enviaremos el pago directamente al proveedor de atención de la salud.

- **Si denegamos su solicitud:** Si la atención médica no está cubierta o usted *no* siguió todas las reglas, no le enviaremos el pago. En cambio, le enviaremos una carta que le informará que no pagaremos la atención médica y las razones.

Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión de denegación, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, significa que nos solicita que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos cuando denegamos su solicitud de pago.

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

- Debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 30 días calendario después de que recibamos su apelación.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor en un plazo de 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es afirmativa en cualquier etapa del proceso de apelación después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor de atención de la salud en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 7 Medicamentos 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 un medicamento de la Parte D

Sus beneficios incluyen cobertura para muchos medicamentos recetados. Para tener cobertura, el medicamento se debe usar para una indicación médicamente aceptada. (Para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte el Capítulo 5). Para obtener detalles sobre las reglas, las restricciones, los costos y los medicamentos de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6. **Esta sección se refiere solamente a sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar, usamos el término *medicamento* en el resto de esta sección en lugar de repetir *medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios* o 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 los cubramos.
- Si en su farmacia le informan que no pueden surtir su receta tal como fue emitida, la farmacia le dará un aviso por escrito que explicará cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Término legal:

Una decisión de cobertura inicial sobre sus medicamentos de la Parte D se llama **determinación de cobertura**.

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

- Pide que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en la Lista de Medicamentos de nuestro plan. **Solicite una excepción. Sección 7.2.**
- Pide que no se aplique una restricción a la cobertura de nuestro plan para un medicamento (como los límites en la cantidad del medicamento que usted puede obtener, los criterios de autorización previa o el requisito de probar otro medicamento primero). **Solicite una excepción. Sección 7.2.**

- Solicita la aprobación previa para un medicamento. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 7.4.**
- Paga un medicamento recetado que ya compró. **Solicítenos un reembolso. Sección 7.4.**

Si usted no está de acuerdo con una decisión de cobertura que tomamos, puede apelar nuestra decisión.

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

Sección 7.2 Cómo solicitar una excepción

Términos legales:

Solicitar la cobertura de un medicamento que no está en la Lista de medicamentos es una **excepción al formulario.**

Pedir que se elimine una restricción en la cobertura de un medicamento es una **excepción al formulario**.

Si un medicamento no está cubierto de la manera que usted quisiera, puede solicitarnos que hagamos una **excepción**. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico u otro profesional que receta deberán explicar las razones médicas por las que usted necesita que se apruebe la excepción. El siguiente es un ejemplo de excepción que usted, su médico u otro profesional que receta pueden solicitarnos:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D que no está en nuestra Lista de medicamentos.** Si aceptamos cubrir un medicamento que no está en la Lista de medicamentos, usted deberá pagar el monto de costo compartido que se aplica a todos nuestros medicamentos. No puede solicitar una excepción al monto de costo compartido que usted debe pagar por el medicamento.
2. **Eliminar una restricción de un medicamento cubierto.** El Capítulo 5 describe las reglas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de nuestra Lista de medicamentos.

Sección 7.3 Cosas importantes que debe saber sobre solicitar excepciones

Su médico debe informarnos las razones médicas

Su médico u otro profesional que receta deben entregarnos una declaración en la que expliquen las razones médicas por las cuales usted está solicitando una excepción. Para una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico u otro profesional que receta cuando solicite la excepción.

Habitualmente, nuestra Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una enfermedad en particular. Estas diferentes opciones se llaman medicamentos **alternativos**. Si un medicamento alternativo podría surtir exactamente el mismo efecto que el medicamento que usted solicita y no causaría más efectos secundarios u otros problemas de salud, generalmente no aprobaremos su solicitud de excepción.

Podemos aceptar o denegar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de excepción, generalmente nuestra aprobación tiene validez hasta el final del año de nuestro plan, siempre y cuando su médico siga recetándole el medicamento y ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su enfermedad.
- Si denegamos su solicitud, puede presentar una apelación para solicitar otra revisión.

Sección 7.4 Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Término legal:

Una decisión de cobertura rápida se llama **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 en un plazo de **72 horas** después de que recibamos la declaración de su médico. **Las decisiones de cobertura rápidas** se toman en un plazo de **24 horas** después de que recibamos la declaración de su médico.

Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una decisión de cobertura rápida. **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con 2 requisitos:**

- Debe pedir un *medicamento que aún no recibió*. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida para que le reembolsemos el costo de un medicamento que usted ya compró).

- Las fechas límite estándar podrían *causar daños graves a su salud o afectar su capacidad funcional.*
- **Si su médico u otro profesional que receta nos informan que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente le concederemos una decisión de cobertura rápida.**
- **Si usted solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el respaldo de su médico o profesional que receta, decidiremos si su salud requiere que le concedamos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
    - Explicará que usaremos los plazos estándar.
    - Explicará que, si su médico u otro profesional que receta solicitan la decisión de cobertura rápida, automáticamente le concederemos una decisión de cobertura rápida.
    - Le indicará cómo puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de concederle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que usted solicitó. Responderemos su queja en un plazo de 24 horas después de recibirla.

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 pedirnos que autoricemos o proporcionemos cobertura para la atención médica que usted desea. Puede acceder al proceso de decisión de cobertura en nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluso una solicitud presentada en el formulario *CMS Model Coverage Determination Request (Solicitud de determinación de cobertura modelo de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid)* de nuestro plan, que está disponible en nuestro sitio web https://fc2healthplan.com/wp-content/uploads/2025/02/Model-Coverage-Determination-Request-Form.pdf. El Capítulo 2 tiene la información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, incluya su nombre, información de contacto e información que demuestre qué reclamo denegado se está apelando.

Usted, su médico (u otro profesional que receta) o su representante pueden hacer esto. También un abogado puede actuar en su nombre. La Sección 4 de este capítulo explica cómo usted puede autorizar por escrito a alguien para que actúe como su representante.

- **Si solicita una excepción, presente la declaración de respaldo,** que contiene las razones médicas para la excepción. Su médico u otro profesional que receta pueden enviarnos la declaración por fax o por correo postal. O bien, su médico u otro profesional que receta pueden explicarnos las razones por teléfono y luego enviarnos por correo postal o por fax la declaración por escrito, si es necesario.

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

Plazos para una decisión de cobertura rápida

- Generalmente, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 24 horas** después de que recibamos su solicitud.
    - En el caso de las excepciones, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 24 horas después de que recibamos la declaración de respaldo de su médico. Si su salud lo requiere, le daremos nuestra respuesta antes.
    - Si no cumplimos con este plazo, se nos exige que enviemos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos de manera total o parcial lo que usted solicitó,** debemos proporcionar la cobertura que acordamos en un plazo de 24 horas después de que recibamos su solicitud o la declaración de su médico que respalda su solicitud.
- **Si denegamos de manera total o parcial lo que usted solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito que explicará las razones de nuestra respuesta. También le explicaremos cómo puede apelar.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que usted aún no obtuvo

- Debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas** después de que recibamos su solicitud.
    - En el caso de las excepciones, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas después de que recibamos la declaración de respaldo de su médico. Si su salud lo requiere, le daremos nuestra respuesta antes.
    - Si no cumplimos con este plazo, se nos exige que enviemos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos de manera total o parcial lo que usted solicitó,** debemos **proporcionar la cobertura** que acordamos **en un plazo de 72 horas** después de que recibamos su solicitud o la declaración de su médico que respalda su solicitud.
- **Si denegamos de manera total o parcial lo que usted solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito que explicará las razones de nuestra respuesta. También le explicaremos cómo puede apelar.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre el pago de un medicamento que usted ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de que recibamos su solicitud.

Si no cumplimos con este plazo, se nos exige que enviemos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente.

- **Si aceptamos de manera total o parcial lo que solicitó,** se nos exige que le paguemos en un plazo de 14 días calendario después de que recibamos su solicitud.
- **Si denegamos de manera total o parcial lo que usted solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito que explicará las razones de nuestra respuesta. También le explicaremos cómo puede apelar.

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

- En ese caso, usted tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa volver a solicitar la cobertura del medicamento que desea. Si presenta una apelación, significa que usted pasa al Nivel 1 del proceso de apelación.

Sección 7.5 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales:

Una apelación presentada ante nuestro plan por una decisión de cobertura sobre un medicamento de la Parte D de Medicare se llama **redeterminación del plan.**

Una apelación rápida también se llama **redeterminación acelerada.**

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

Una apelación estándar generalmente se realiza en un plazo de 7 días calendario. Una apelación rápida generalmente se realiza en un plazo de 72 horas. Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

- Si apela una decisión que tomamos sobre un medicamento que aún no recibió, usted y su médico u otro profesional que receta deberán decidir si usted necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida, según se describen en la Sección 7.4.

Paso 2: Usted, su representante, su médico u otro profesional que receta deben 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, presente una solicitud por escrito.** El Capítulo 2 tiene la información de contacto.
- **Para apelaciones rápidas, presente su solicitud por escrito o llámenos al** 1-833-FC2-PLAN (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Nuestro horario de atención 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 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (excepto feriados federales), del 1 de abril al 30 de septiembre. El Capítulo 2 tiene la información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluida una solicitud presentada en el formulario de *Solicitud de determinación de cobertura modelo de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid,* que está disponible en nuestro sitio web Request-for-Redetermination-of-Medicare-Perscriprion-Drug-Denial-Appeal.pdf. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre su reclamo para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha del aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si no cumple con este plazo y tiene un motivo válido, explique el motivo del retraso cuando presente su apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de causa justificada pueden ser una enfermedad grave que impidió que se comunicara 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 datos.** Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.

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

- Cuando revisamos su apelación, analizamos otra vez detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si estábamos siguiendo todas las reglas cuando denegamos su solicitud.
- Podemos comunicarnos con usted o su médico u otro profesional que receta para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida

- Para apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas después de que recibamos su apelación.** Si su salud lo requiere, le daremos nuestra respuesta antes.

  - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas, se nos exige que enviemos automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La **Sección 7.6** explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos de manera total o parcial lo que usted solicitó,** debemos proporcionar la cobertura que hemos acordado en un plazo de 72 horas después de que recibamos su apelación.
- **Si denegamos de manera total o parcial lo que usted solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito que explicará las razones de nuestra respuesta y cómo usted puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar sobre un medicamento que usted aún no obtuvo

- Para apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de que recibamos su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si usted aún no obtuvo el medicamento y si su estado de salud lo requiere.
  - Si no le comunicamos una decisión en un plazo de 7 días calendario, se nos exige que enviemos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La **Sección 7.6** explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos de manera total o parcial lo que usted solicitó**, debemos proporcionar la cobertura con la rapidez que requiera su salud, pero sin exceder los **7 días calendario** después de que recibamos su apelación.
- **Si denegamos de manera total o parcial lo que usted solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explicará las razones de nuestra respuesta y cómo usted puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar sobre el pago de un medicamento que usted ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de que recibamos su solicitud.
  - Si no cumplimos con este plazo, se nos exige que enviemos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos de manera total o parcial lo que solicitó,** se nos exige que le paguemos en un plazo de 30 días calendario después de que recibamos su solicitud.
- **Si denegamos de manera total o parcial lo que usted solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explicará las razones de nuestra respuesta. También le explicaremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si denegamos su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelación y presentar otra apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación pasará al Nivel 2 del proceso de apelación.

Términos legales

El nombre formal de la organización de revisión independiente es **entidad de revisión independiente (IRE)**.

La **organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. No tiene relación con nosotros y no es una agencia del gobierno. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o se debe cambiar. Medicare supervisa el trabajo de esta organización.

Paso 1: Usted (o su representante, su médico u otro profesional que receta) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, el aviso por escrito que le enviemos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones explicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, los plazos que usted debe cumplir y cómo comunicarse con la organización de revisión independiente.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 65 días calendario a** partir de la fecha del aviso por escrito.
- Si no terminamos nuestra revisión en el plazo correspondiente, o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación **en riesgo** conforme a nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su solicitud a la entidad de revisión independiente.
- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se llama **expediente del caso**. **Tiene derecho a solicitarnos una copia del expediente de su caso**.
- Tiene derecho a proporcionar información adicional a la organización de revisión independiente para respaldar su apelación.

Paso 2: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Plazos para una apelación rápida

- Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida a la organización de revisión independiente.
- Si la organización de revisión independiente acepta concederle una apelación rápida, debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de que reciba su solicitud de apelación.

Plazos para una apelación estándar

- En el caso de las apelaciones estándar, la organización de revisión independiente, debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de que la reciba si es por un medicamento que usted aún no obtuvo. Si nos solicita que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 14 días calendario** después de que reciba su solicitud.

Paso 3: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

En el caso de las apelaciones rápidas:

- **Si la organización de revisión independiente acepta de manera total o parcial lo que usted solicitó,** debemos proporcionar la cobertura de medicamentos que fue aprobada por la organización de revisión independiente **en un plazo de 24 horas** después de que recibamos la decisión de dicha organización.

En el caso de las apelaciones estándar:

- **Si la organización de revisión independiente acepta de manera total o parcial su solicitud de cobertura,** debemos **proporcionar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por la organización de revisión independiente **en un plazo de 72 horas** después de que recibamos la decisión de dicha organización.
- **Si la organización de revisión independiente acepta de manera total o parcial su solicitud para que le reembolsemos el costo** de un medicamento que usted ya compró, se nos exige que le **enviemos el pago en un plazo de 30 días calendario** después de que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente deniega su apelación?

Si la organización independiente deniega de manera total o parcial su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de su solicitud). (Esto se llama **ratificar la decisión** o **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta que:

- Explica la decisión.
- Le notifica su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita alcanza un mínimo determinado. Si el valor monetario de la cobertura de medicamentos que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión tomada en el Nivel 2 es final.
- Le informa el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelación.

Paso 4: Si su caso cumple con los requisitos, usted decide si desea continuar con el proceso de apelación.

- Hay 3 niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (un total de 5 niveles de apelación).
- Si usted desea pasar a una apelación de Nivel 3, encontrará detalles sobre cómo hacerlo en el aviso por escrito que reciba después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 está a cargo de un juez de derecho administrativo o de un abogado adjudicador. La **Sección 10** contiene más información sobre el proceso de las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que cubramos una estadía en el hospital como paciente internado más prolongada si cree que le están dando de alta demasiado pronto

Si lo admiten en un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su estadía en el hospital cubierta, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararlo para el día en que deje el hospital. Ayudarán a organizar la atención que pueda necesitar después de su alta.

- El día que deja el hospital se llama su **fecha de alta**.
- Cuando se decida su fecha de alta, su médico o el personal del hospital se lo informarán.
- Si usted cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede solicitar una estadía en el hospital más prolongada y su solicitud será considerada.

Sección 8.1 Durante su estadía en el hospital como paciente internado, recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informará sus derechos

Dentro de los 2 días calendario después de haber sido admitido en el hospital, recibirá un aviso por escrito llamado *Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien del hospital (por ejemplo, un asistente social o una enfermera), solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Afiliados al 1-833-FC2-PLAN (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Nuestro horario de atención 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 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (excepto feriados federales), del 1 de abril al 30 de septiembre.

O llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

1. **Lea este aviso detenidamente y haga preguntas si no lo comprende.** Le informa:
   - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estadía en el hospital, según las indicaciones de su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son estos servicios, quién los pagará y dónde puede recibirlos.
   - Su derecho a participar en las decisiones sobre su estadía en el hospital.
   - Dónde plantear sus inquietudes sobre la calidad de su atención hospitalaria.
   - Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darle de alta si piensa que le darán de alta del hospital demasiado pronto. Esta es una manera formal y legal de pedir que se postergue su fecha de alta para que cubramos su atención hospitalaria durante más tiempo.

2. **Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que entiende sus derechos.**
   - Se le pedirá a usted o a la persona que actúe en su nombre que firme el aviso.
   - Firmar el aviso *solamente* significa que usted recibió la información sobre sus derechos. El aviso no indica la fecha de su alta. Firmar el aviso ***no*** **significa** que usted acepta una fecha de alta.

3. **Guarde su copia** del aviso por si necesita la información sobre cómo presentar una apelación (o plantear una inquietud sobre la calidad de la atención).
   - Si firma el aviso más de 2 días calendario antes de su fecha de alta, recibirá otra copia antes de la fecha de alta que se ha programado para usted.
   - Para examinar una copia de este aviso por adelantado, llame a Servicios para Afiliados al 1-833-FC2-PLAN (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Nuestro horario de atención 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 8 a. m. a 8 p. m.,

de lunes a viernes (excepto feriados federales), del 1 de abril al 30 de septiembre. O llame al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver el aviso en línea en www.CMS.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Sección 8.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital

Para pedirnos que cubramos servicios hospitalarios como paciente internado durante más tiempo, use el proceso de apelación para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, entienda qué debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso**
- **Cumpla con los plazos**
- **Pida ayuda si la necesita**. Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a Servicios para Afiliados al 1-833-FC2-PLAN (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Nuestro horario de atención 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 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (excepto feriados federales), del 1 de abril al 30 de septiembre. O llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) para obtener ayuda personalizada. Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE), 1-800-96-ELDER (1-800-963-5337). La información de contacto del Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud está disponible en la Sección 3 del Capítulo 2.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. Verifica si su 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 atención de la salud remunerados por el gobierno federal para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta del hospital de personas que tienen Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado y solicite una revisión inmediata de su alta del hospital. Debe actuar con rapidez.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió *(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 dejar el hospital y **a más tardar a la medianoche del día que le dan de alta**.
    - **Si cumple con este plazo**, puede quedarse en el hospital *después* de su fecha de alta *sin pagar la estadía* mientras espera a que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le comunique la decisión.
    - **Si no cumple con este plazo, comuníquese con nosotros.** Si decide permanecer en el hospital después de fecha de alta programada, *es posible que tenga que pagar todos los costos* de la atención hospitalaria que reciba después de su 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. Antes del mediodía del día siguiente al que se comunique con nosotros, le enviaremos a usted un **Aviso detallado del alta**. Este aviso le informa su fecha de alta programada y le explica detalladamente las razones por las que su médico, el hospital y nosotros creemos que es adecuado (médicamente apropiado) que a usted le den de alta en esa fecha.

Para obtener una muestra del **Aviso detallado del alta**, puede llamar a Servicios para Afiliados al 1-833-FC2-PLAN (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver una copia del aviso en línea en www.CMS.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza 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 debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores también examinarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que les proporcionamos el hospital y nosotros.
- Antes del mediodía del día siguiente a que los revisores nos informen sobre su apelación, usted recibirá un aviso por escrito de nuestra parte que le indicará cuál es su fecha de alta programada. Este aviso también le explica detalladamente las razones por las que su médico, el hospital y nosotros creemos que es adecuado (médicamente apropiado) que a usted le den de alta en esa fecha.

Paso 3: En un plazo de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dará una respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es afirmativa?

- Si la organización de revisión independiente la acepta, **debemos seguir prestando sus servicios hospitalarios cubiertos como paciente internado durante todo el tiempo que estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Deberá seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponde). Además, puede haber limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la respuesta es negativa?

- Si la organización de revisión independiente la deniega, significa que considera que su fecha de alta programada es médicamente apropiada. En este caso, **nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios como paciente internado terminará** al mediodía del día **siguiente** a que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dé una respuesta a su apelación.
- Si la organización de revisión independiente deniega su apelación y usted decide quedarse en el hospital, **es posible que usted tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba a partir del mediodía del día siguiente a que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dé una respuesta a su apelación.

Paso 4: Si su apelación de Nivel 1 es denegada, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *denegó* su apelación *y* usted se queda en el hospital después de su fecha de alta programada, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que usted pasa al **Nivel 2** del proceso de apelación.

Sección 8.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que revise otra vez la decisión sobre su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad deniega su apelación de Nivel 2, es posible que usted tenga que pagar el costo total de su estadía después de su fecha de alta programada.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad nuevamente y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad denegó su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solamente si se quedó en el hospital después de la fecha en que terminó su cobertura de la atención.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad examinarán otra vez detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud de apelación de Nivel 2, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y se la comunicarán.

Si la organización de revisión da una respuesta afirmativa:

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que usted haya recibido desde el mediodía del día siguiente a la fecha en que su primera apelación fue denegada por la Organización para el Mejoramiento de la Calidad. **Debemos seguir proporcionando cobertura de su atención hospitalaria como paciente internado durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Usted debe seguir pagando su parte de los costos, y se pueden aplicar limitaciones a la cobertura.

Si la organización de revisión da una respuesta negativa:

- Significa que está de acuerdo con la decisión que tomó en su apelación de Nivel 1.
- El aviso que usted reciba le indicará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, deberá decidir si desea continuar su apelación y pasar al Nivel 3.

- Hay 3 niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (un total de 5 niveles de apelación). Si usted desea pasar a una apelación de Nivel 3, encontrará detalles sobre cómo hacerlo en el aviso por escrito que reciba después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 está a cargo de un juez de derecho administrativo o de un abogado adjudicador. La **Sección 10** contiene más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo determinados servicios médicos si cree que su cobertura finalizará demasiado pronto

Cuando recibe **servicios de salud a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o atención de rehabilitación (Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios)** cubiertos, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios de ese tipo de atención mientras la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es el momento de dejar de cubrir alguno de los 3 tipos de atención, debemos informarle con anticipación. Cuando termine su cobertura de esa atención, dejaremos de pagarla.

Si usted piensa que finalizaremos la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 9.1 Le informaremos con anticipación cuándo terminará su cobertura

Término legal:

Aviso de denegación de cobertura de Medicare. Le indica cómo puede solicitar una **apelación de tramitación rápida**. Solicitar una apelación de tramitación rápida es una manera formal y legal de solicitar que cambiemos nuestra decisión de cobertura sobre cuándo interrumpir su atención.

1. **Recibirá un aviso por escrito** al menos 2 días calendario antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. El aviso le informa:
   - La fecha en que dejaremos de cubrir su atención.
   - Cómo solicitar una apelación de tramitación rápida para pedirnos que sigamos cubriendo su atención durante más tiempo.
2. **Se le pedirá a usted o a la persona que actúe en su nombre que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.** Firmar el aviso *solamente* significa que usted recibió la información sobre la fecha en que se interrumpirá su cobertura. **El hecho de firmarlo *no* significa que usted está de acuerdo** con la decisión de nuestro plan de interrumpir la atención.

Sección 9.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo

Si desea pedirnos que cubramos su atención durante más tiempo, deberá seguir el proceso de apelación para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, entienda qué debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso**
- **Cumpla con los plazos**
- **Pida ayuda si la necesita**. Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a Servicios para Afiliados al *1-833-FC2-PLAN* (los usuarios de TTY deben llamar al *711*). O llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) para obtener ayuda personalizada. Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE), 1-800-96-ELDER (1-800-963-5337). La información de contacto del Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud está disponible en la Sección 3 del Capítulo 2.

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 de la salud remunerados por el gobierno federal para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas que tienen Medicare. Eso incluye revisar las decisiones del plan sobre cuándo es el momento de interrumpir la cobertura de ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Presente su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicite una *apelación de tramitación rápida.* Debe actuar con rapidez.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*Aviso de denegación 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:

- Para iniciar su apelación, debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **antes del mediodía del día anterior a la fecha de vigencia indicada** en el Aviso de denegación de cobertura de Medicare.
- Si no cumple con la fecha límite y desea presentar una apelación, seguirá teniendo derechos de apelación. Comuníquese con su Organización para el Mejoramiento de la Calidad.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

Término legal:

Explicación detallada de denegación de cobertura. Aviso que proporciona detalles sobre los motivos para terminar 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 debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- La organización de revisión independiente también examinará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que le proporcionó nuestro plan.
- Al final del día en que los revisores nos informen sobre su apelación, usted recibirá la *Explicación detallada de denegación de cobertura* de nuestra parte que explicará en detalle nuestras razones para terminar nuestra cobertura de sus servicios.

Paso 3: En un plazo no mayor de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores dan una respuesta afirmativa?

- Si los revisores aceptan su apelación, **debemos seguir prestándole sus servicios cubiertos durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Usted tendrá que seguir pagando su parte de los costos (por ejemplo, deducibles o copagos, si corresponde). Puede haber limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores dan una respuesta negativa?

- Si los revisores deniegan su apelación, **su cobertura terminará en la fecha que le indicamos**.
- Si decide seguir recibiendo cuidado de la salud a domicilio o atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) **después** de la fecha en que termina su cobertura, **deberá pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: Si su apelación de Nivel 1 es denegada, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si los revisores deniegan su apelación de Nivel 1 — y usted decide seguir recibiendo atención después de que haya terminado su cobertura para la atención— puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 9.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para solicitar que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que revise otra vez la decisión sobre su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad deniega su apelación de Nivel 2, es posible que usted tenga que pagar el costo total de su cuidado de la salud a domicilio, su atención en un centro de enfermería especializada o sus servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que dijimos que su cobertura terminaría.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad nuevamente y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *denegó* su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solamente si siguió recibiendo atención después de la fecha en que terminó su cobertura de la atención.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad examinarán otra vez detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud de apelación, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y se la comunicarán.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente da una respuesta afirmativa?

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención que usted haya recibido desde la fecha en que indicamos que su cobertura terminaría. **Debemos seguir proporcionando cobertura** para la atención durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.
- Usted debe seguir pagando su parte de los costos, y se pueden aplicar limitaciones a la cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente da una respuesta negativa?

- Significa que está de acuerdo con la decisión que tomamos sobre su apelación de Nivel 1.
- El aviso que usted reciba le indicará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Incluirá los detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, en el que interviene un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, usted deberá decidir si desea continuar con el proceso de apelación.

- Hay 3 niveles adicionales de apelación después del Nivel 2; un total de 5 niveles de apelación. Si usted desea pasar a una apelación de Nivel 3, encontrará detalles sobre cómo hacerlo en el aviso por escrito que reciba después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 está a cargo de un juez de derecho administrativo o de un abogado adjudicador. La Sección 10 de este capítulo contiene más información sobre el proceso de las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación a los Niveles 3, 4 y 5

Sección 10.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 de solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede ser adecuada para usted si presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas fueron denegadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico que apeló alcanza determinados niveles mínimos, es posible que pueda pasar a otros niveles de apelación. Si el valor monetario es inferior al nivel mínimo, usted no puede seguir apelando. La respuesta escrita que reciba a su apelación de Nivel 2 le explicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que implican apelaciones, los últimos 3 niveles de apelación funcionan de manera muy similar a los primeros 2 niveles. A continuación, se indica quién revisa 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 acepta su apelación, el proceso de apelación *podría* terminar o *no*.** A diferencia de una decisión de una apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted. Si decidimos apelar, pasaremos a una apelación de Nivel 4.

    - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o brindarle la atención médica en un plazo de 60 días calendario después de que recibamos la decisión del juez de derecho administrativo o del abogado adjudicador.
    - Si decidimos apelar la decisión, le enviamos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos complementarios. Es posible que esperemos la decisión sobre la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar la atención médica en disputa.

- **Si el juez de derecho administrativo o el abogado adjudicador deniegan su apelación, el proceso de apelación *podría* terminar o *no*.**

    - Si usted decide aceptar la decisión que deniega su apelación, el proceso de apelación termina.
    - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para presentar una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa o si el Consejo deniega nuestra solicitud de revisar la decisión de una apelación de Nivel 3 que fue favorable para usted, el proceso de apelación *podría* terminar o *no.*** A diferencia de una decisión de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 que sea favorable para usted. Decidiremos si apelaremos o no esta decisión en el Nivel 5.

    - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o brindarle la atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.
    - Si decidimos apelar la decisión, se lo notificaremos por escrito.

- **Si la respuesta es negativa o el Consejo deniega la solicitud de revisión, el proceso de apelación *podría* terminar o *no*.**

- Si usted decide aceptar esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelación termina.
- Si no desea aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo deniega su apelación, el aviso que reciba le indicará 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 del **Tribunal del Distrito Federal** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si se *acepta* o *no* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal del Distrito Federal.

Sección 10.2 Apelaciones adicionales de Medicaid

Si su apelación es sobre servicios o artículos que habitualmente están cubiertos por Medicaid, usted también tiene otros derechos de apelación. La carta que usted reciba de la oficina de Audiencias Imparciales le indicará qué puede hacer si desea continuar con el proceso de apelación.

Sección 10.3 Niveles de apelación 3, 4 y 5 de solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser adecuada para usted si presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas fueron denegadas.

Si el valor del medicamento que apeló alcanza un monto en dólares determinado, es posible que pueda pasar a otros niveles 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 explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que implican apelaciones, los últimos 3 niveles de apelación funcionan de manera muy similar a los primeros 2 niveles. A continuación, se indica quién revisa 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 la respuesta es afirmativa, el proceso de apelación se termina.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que aprobó el juez de derecho administrativo o el abogado adjudicador **en un plazo de 72 horas (24 horas en el caso de las apelaciones aceleradas) o realizar el pago en un plazo de 30 días calendario** después de que recibamos la decisión.

- **Si el juez de derecho administrativo o el abogado adjudicador deniegan su apelación, el proceso de apelación podría terminar o no.**

    - Si usted decide aceptar esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelación termina.
    - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para presentar una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelación se termina.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que aprobó el Consejo **en un plazo de 72 horas (24 horas en el caso de las apelaciones aceleradas) o realizar el pago en un plazo de 30 días calendario** después de que recibamos la decisión.
- **Si la respuesta es negativa o el Consejo deniega la solicitud de revisión, el proceso de apelación *podría* terminar o *no*.**

    - Si usted decide aceptar la decisión que deniega su apelación, el proceso de apelación termina.
    - Si no desea aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo deniega su apelación, el aviso que reciba le indicará 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 del **Tribunal del Distrito Federal** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si se *acepta* o *no* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal del Distrito Federal.

Cómo presentar quejas

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 tipos de problemas se manejan a través del proceso de queja

El proceso de queja *solo* se aplica a ciertos tipos de problemas. Eso incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. Estos son ejemplos de los tipos de problemas que se manejan a través del proceso de queja.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• ¿No está satisfecho con la calidad de la atención que recibió (incluida la atención en el hospital)?
Respeto a su privacidad	• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, servicio al cliente deficiente u otras conductas negativas	• ¿Alguien fue grosero o irrespetuoso con usted? • ¿No está satisfecho con nuestro Departamento de Servicios para Afiliados? • ¿Le parece que le están alentando a que deje nuestro plan?
Tiempos de espera	• ¿Tiene problemas para conseguir una cita o debe esperar demasiado para ello? • ¿Ha tenido que esperar mucho para que le atiendan los médicos, los farmacéuticos u otros profesionales de salud? ¿O a nuestro Departamento de Servicios para Afiliados u otro personal de nuestro plan? ○ Por ejemplo, esperar demasiado en el teléfono, en la sala de espera o en la sala de examen, o para obtener un medicamento recetado.
Limpieza	• ¿No está conforme con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o un consultorio médico?
Información que le proporcionamos	• ¿No le dimos un aviso requerido? • ¿Nuestra información escrita es difícil de entender?
Puntualidad (Todos estos tipos de quejas están relacionadas con la *puntualidad* de	Si usted solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación, y piensa que no le respondemos de manera suficientemente rápida, puede presentar una queja sobre nuestra tardanza. Ejemplos:

Queja	Ejemplo
nuestras acciones con respecto a decisiones de cobertura y apelaciones)	• Usted nos solicitó una *decisión de cobertura rápida* o una *apelación rápida*, y la denegamos; puede presentar una queja. • Cree que no estamos cumpliendo con los plazos para las decisiones de cobertura o apelaciones; puede presentar una queja. • Cree que no estamos cumpliendo con los plazos para cubrir determinados artículos o servicios médicos, o medicamentos que fueron aprobados, o para reembolsar el costo de estos; 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 llama **queja formal**.

Presentar una queja también se dice **presentar una queja formal**.

Usar el proceso para presentar quejas se dice **usar el proceso para presentar una queja formal.**

Una **queja rápida** también se llama **queja formal acelerada.**

Paso 1: Comuníquese con nosotros rápidamente, por teléfono o por escrito.

Por lo general, el primero paso es llamar a Servicios para Afiliados al 1-833-FC2-PLAN (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Nuestro horario de atención 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 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (excepto feriados federales), del 1 de abril al 30 de septiembre. Si debe hacer algo más, Servicios para Afiliados se lo informará.

- **Si no desea llamar (o llamó y no está satisfecho), puede escribir su queja y enviárnosla.** Si envía su queja por escrito, se la responderemos por escrito.
- Para presentar una queja formal verbal, llame a Servicios para Afiliados 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, si se trata de quejas sobre 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, si se trata de quejas sobre la Parte D (medicamentos recetados).

- Envíe una queja formal por escrito a: Florida Complete Care Attention: Grievance and Appeals Department PO Box 668800 Miami, FL 33166 para quejas sobre la Parte C (atención médica) o CVS Caremark Medicare Part D Grievance Department. Box 30016, Pittsburgh, PA 15222-0330 para quejas sobre la Parte D (medicamentos recetados). Al presentar una queja formal, proporcione:
    - Nombre
    - Dirección
    - Número de teléfono
    - Número de identificación de afiliado
    - Un resumen de la queja y cualquier contacto previo con nosotros relacionado con la queja
    - La medida que nos está solicitando
    - Su firma o la de su representante autorizado y la fecha.
    - Si desea que un amigo, pariente, su médico, otro proveedor u otra persona sea su representante, llame a Servicios para Afiliados (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) y solicite el formulario "Nombramiento de representante". (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696Spanish.pdf) o en nuestro sitio web en Appointment of Representative (Nombramiento de representante) (FC2healthplan.com). El formulario autoriza a esa persona a 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 formal: Puede solicitar una revisión rápida y le responderemos en un día, si su queja formal se refiere a una de las siguientes circunstancias:
    - Hemos ampliado el plazo para tomar una decisión de la organización/cobertura y usted cree que necesita una decisión más rápida.
    - Denegamos su solicitud de una decisión de organización/cobertura en 72 horas
    - Denegamos su solicitud de una apelación en 72 horas.
    - Lo mejor es llamar a Servicios para Afiliados si desea solicitar una revisión rápida de su queja formal.

- **Ya sea que llame o escriba, debe llamar de inmediato a Servicios para Afiliados al 1-833-FC2-PLAN (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días a la semana (excepto Acción de Gracias y Navidad), del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto feriados), del 1 de abril al 30 de septiembre.** Puede presentar la queja en cualquier momento después de haber tenido el problema por el que desea quejarse.

Paso 2: Analizamos su queja y le damos nuestra respuesta.

- **Si es posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama por una queja, es posible que le demos una respuesta en la misma llamada.
- **La mayoría de las quejas se responden en un plazo de 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es por su bien, o si usted nos pide más tiempo, podemos tomarnos hasta 14 días calendario más (un total de 44 días calendario) para responder a su queja. Si decidimos tomarnos días adicionales, se lo informaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque denegamos su solicitud de decisión de cobertura rápida o de apelación rápida, le concederemos automáticamente una queja rápida.** Si su queja es rápida, significa que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas**.
- **Si no estamos de acuerdo** de manera total o parcial con su queja, o no asumimos la responsabilidad del problema por el que se queja, incluiremos nuestras razones en la respuesta que le demos.

Sección 11.3 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Cuando su queja es sobre la *calidad de la atención*, también tiene otras 2 opciones:

- **Puede presentar su queja directamente ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.** La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos y otros expertos en atención de la salud en ejercicio que reciben pagos del gobierno federal para verificar y mejorar la atención que reciben los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 tiene la información de contacto.

O

- **Puede presentar su queja tanto ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad como ante nosotros al mismo tiempo.**

Sección 11.4 También puede informar su queja a Medicare y Medicaid

Puede enviar una queja sobre Florida Complete Care-Duals VIP directamente a Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, visite es.medicare.gov/my/medicare-complaint. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

También puede presentar una queja sobre Florida Complete Care-Duals VIP directamente ante la Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud (AHCA) de Medicaid de Florida. Para enviar una queja a Medicaid, visite 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:
Cancelación de su afiliación a nuestro plan

SECCIÓN 1 Cancelación de su afiliación a nuestro plan

La cancelación de su afiliación a Florida Complete Care-Duals VIP puede ser **voluntaria** (por decisión propia) o **involuntaria** (no por decisión propia):

- Podría dejar nuestro plan porque usted decidió que *quiere* dejarlo. Las Secciones 2 y 3 brindan información sobre cómo cancelar su afiliación voluntariamente.
- Hay situaciones limitadas en las que debemos cancelar su afiliación. La Sección 5 le informa sobre situaciones en las que debemos cancelar su afiliación.

Si deja nuestro plan, nuestro plan debe seguir brindándole atención médica y medicamentos recetados y usted seguirá pagando su costo compartido hasta que se cancele su afiliación.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su afiliación a nuestro plan?

Sección 2.1 Es posible que pueda cancelar su afiliación porque tiene Medicare y Medicaid

La mayoría de las personas que tienen Medicare pueden cancelar su afiliación solamente en determinados momentos del año. Debido a que usted tiene Medicaid, puede cancelar su afiliación a nuestro plan al elegir una de las siguientes opciones de Medicare en cualquier mes del año:

- Medicare Original *con* un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare,
- Medicare Original *sin* un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare (si elige esta opción y recibe el programa Ayuda Adicional, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted se haya excluido de la inscripción automática) o
- Si es elegible, un Plan para Personas con Necesidades Especiales y Elegibilidad Doble integrado que le proporciona Medicare y la mayoría o todos sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

Nota: Si cancela su inscripción en una cobertura de medicamentos de Medicare, deja de recibir el programa Ayuda Adicional y se queda sin cobertura acreditable de medicamentos durante un período de 63 días consecutivos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

- Comuníquese con la Oficina Estatal de Medicaid al 1-888-419-3456 para conocer las opciones de planes de Medicaid.
- Otras opciones de planes de salud de Medicare están disponibles durante el **período de inscripción anual**. La Sección 2.2 contiene más información sobre el período de inscripción anual.
- **Por lo general, su afiliación se cancelará el primer día del mes posterior al mes en que recibimos su solicitud de cambio de plan.** Su inscripción en su nuevo plan también comenzará este día.

Sección 2.2 Puede cancelar su afiliación durante el período de inscripción abierta

Usted puede cancelar su afiliación durante el **período de inscripción abierta** cada año. Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y medicamentos y decida la cobertura para el próximo año.

- El **período de inscripción abierta** 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.
    - Medicare Original *con* un plan aparte de medicamentos de Medicare.
    - Medicare Original *sin* un plan aparte de medicamentos de Medicare.
    - Si es elegible, un Plan para Personas con Necesidades Especiales y Elegibilidad Doble integrado que le proporciona Medicare y la mayoría o todos sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

Recibe el programa Ayuda Adicional de Medicare para pagar sus medicamentos recetados: Si se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted se haya excluido de la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción en una cobertura de medicamentos de Medicare, deja de recibir el programa Ayuda Adicional y se queda sin cobertura acreditable de medicamentos durante 63 días consecutivos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

- **Su afiliación a nuestro plan se cancelará** cuando la cobertura de su nuevo plan comience el 1 de enero.

Sección 2.3 Puede cancelar su afiliación durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Tiene la oportunidad de realizar *un* cambio en su cobertura de salud durante el **período de inscripción abierta de Medicare Advantage** cada año.

- **El período de inscripción abierta de Medicare Advantage**, que abarca del 1 de enero al 31 de marzo, y también para los nuevos beneficiarios de Medicare que estén inscritos en un plan Medicare Advantage, desde el mes en que adquieren derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del 3.er mes en que tienen derecho a inscribirse.
- **Durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage,** usted puede:
    - Cambiarse a otro plan Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos.
    - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Medicare Original. Si se cambia a Medicare Original durante este período, también puede inscribirse en un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare en ese momento.
- **Su afiliación se cancelará** el primer día del mes posterior a que se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente o recibamos su solicitud para cambiarse a Medicare Original. Si también decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su afiliación a nuestro plan de medicamentos comenzará el primer día del mes posterior a que nuestro plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.4 En determinadas situaciones, puede cancelar su afiliación durante un período de inscripción especial

En determinadas situaciones, usted puede ser elegible para cancelar su afiliación en otros momentos del año. Esto se conoce como **período de inscripción especial**.

Usted puede ser elegible para cancelar su afiliación durante un período de inscripción especial si se aplica alguna de las siguientes situaciones a su caso. Estos son solo ejemplos. Para obtener la lista completa, puede comunicarse con nuestro plan, llamar a Medicare o visitar es.medicare.gov.

- Generalmente, cuando se muda
- Si tiene Medicaid de Florida
- Si es elegible para el programa Ayuda Adicional para pagar su cobertura de medicamentos de Medicare
- Si incumplimos nuestro contrato con usted
- Si está recibiendo atención en una institución, como un asilo de ancianos o un hospital de atención a largo plazo (LTC)

- Si se inscribe en el Programa de Cuidado Todo Incluido para Personas Mayores (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).
- **Nota:** Si está inscrito en un programa de administración de medicamentos, es posible que solamente sea elegible para determinados períodos de inscripción especial. La Sección 10 del Capítulo 5 contiene más información sobre los programas de administración de medicamentos.
- **Nota:** La Sección 2.1 contiene más información sobre el período de inscripción especial para personas con Medicaid.

Los períodos de inscripción varían según su situación.

Para saber si usted es elegible para un período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su afiliación debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud de Medicare como su cobertura de medicamentos. Puede elegir:

- Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos,
- Medicare Original *con* un plan aparte de medicamentos de Medicare,
- Medicare Original *sin* un plan aparte de medicamentos de Medicare.
- Si es elegible, un Plan para Personas con Necesidades Especiales y Elegibilidad Doble integrado que le proporciona Medicare y la mayoría o todos sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

Nota: Si cancela su inscripción en una cobertura de medicamentos de Medicare, deja de recibir el programa Ayuda Adicional y se queda sin cobertura acreditable de medicamentos durante 63 días consecutivos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si recibe el programa Ayuda Adicional de Medicare para pagar los medicamentos de su cobertura de medicamentos: Si se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan aparte de medicamentos de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted se haya excluido de la inscripción automática.

Por lo general, su afiliación se cancelará el primer día del mes siguiente a la recepción de su solicitud para cambiar nuestro plan.

Nota: Las Secciones 2.1 y 2.2 le brindan más información sobre el período de inscripción especial para personas con Medicaid y el programa Ayuda Adicional.

Sección 2.5 Obtenga más información sobre cuándo puede cancelar su afiliación

Si tiene alguna pregunta sobre cómo cancelar su afiliación, puede:

- **Llamar a Servicios para Afiliados al 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526) (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
  - Buscar la información en el manual ***Medicare y Usted 2026***.
  - Llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY debe llamar al 1-877-486-2048)

SECCIÓN 3 Cómo cancelar su afiliación a nuestro plan

La siguiente tabla explica cómo puede cancelar su afiliación a nuestro plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Debe hacer lo siguiente:
Otro plan de salud de Medicare	• Inscríbase en el nuevo plan de salud de Medicare. • Su inscripción en Florida Complete Care-Duals VIP se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
Medicare Original *con* un plan aparte de medicamentos de Medicare	• Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. • Cuando comience la cobertura de su nuevo plan de medicamentos, su inscripción en Florida Complete Care-Duals VIP se cancelará automáticamente.
Medicare Original *sin* un plan aparte de medicamentos de Medicare	• **Envíenos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción o visite nuestro sitio web para hacerlo en línea.** Si necesita más información sobre cómo hacer esto, llame a Servicios para Afiliados al 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526) (los usuarios de TTY deben llamar al 711). • También puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicitar que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Su inscripción en Florida Complete Care-Duals VIP se cancelará cuando comience su cobertura en Medicare Original.

Nota: Si cancela su inscripción en una cobertura de medicamentos de Medicare, deja de recibir el programa Ayuda Adicional y se queda sin cobertura acreditable de medicamentos durante 63 días consecutivos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía en 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*, llame a la Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud al 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 si su inscripción en otro plan o su regreso a Medicare Original afectan a la cobertura que obtiene de *Medicaid de Florida*.

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

Hasta que se cancele su afiliación a, y comience su nueva cobertura de Florida Complete Care-Duals VIP de Medicare, debe seguir recibiendo sus servicios, artículos médicos y medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Siga usando los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.**
- **Siga usando el servicio de pedido por correo o las farmacias de nuestra red para surtir sus recetas.**
- **Si está hospitalizado el día en que se cancela su afiliación, su estadía en el hospital estará cubierta por nuestro plan hasta que le den de alta** (aunque sea dado de alta después de que comience su nueva cobertura de salud).

SECCIÓN 5 Florida Complete Care-Duals VIP debe cancelar su afiliación a nuestro plan en determinadas situaciones

Florida Complete Care-Duals VIP (HMO-POS D-SNP) debe cancelar su afiliación a nuestro plan si se presenta alguna de las siguientes situaciones:

- Si ya no tiene la Parte A ni la Parte B de Medicare.
- Si deja de ser elegible para Medicaid. Tal como se indica en la Sección 2.1 del Capítulo 1, nuestro plan es para las personas que son elegibles tanto para Medicare como para Medicaid.
    - Los afiliados que ya no cumplan con los requisitos de elegibilidad del Plan para Personas con Necesidades Especiales recibirán una notificación por escrito en un plazo de 10 días calendario después de que el plan se entere de la pérdida de la condición de necesidades especiales y se les cancelará la inscripción involuntariamente con una notificación de un mes calendario completo como mínimo. Por ejemplo, si el plan descubre 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, en el que puede inscribirse en otro plan que prefiera. Si lo encarcelan (va a prisión).

- Si se muda fuera de nuestra área de servicio
    - Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de 6 meses. Si se muda o hace un viaje largo, llame a Servicios para Afiliados al 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526) (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para averiguar si el lugar al que se mudará o viajará está dentro del área de nuestro plan.
- Si lo encarcelan (va a prisión)
- Si no es ciudadano de los Estados Unidos o no tiene presencia legal en los Estados Unidos
- Si miente u oculta información sobre otro seguro que usted tiene y que le proporciona cobertura de medicamentos
- Si, al inscribirse en nuestro plan, usted nos proporciona intencionalmente información incorrecta que afecta sus elegibilidad para nuestro plan. (No podemos obligarlo a dejar nuestro plan por este motivo, a menos que primero obtengamos el permiso de Medicare).
- Si se comporta constantemente de una manera conflictiva y nos dificulta proporcionarles atención médica a usted y a otros afiliados de nuestro plan. (No podemos obligarlo a dejar nuestro plan por este motivo, a menos que primero obtengamos el permiso de Medicare).
- Si deja que otra persona use su tarjeta de afiliado para obtener atención médica. (No podemos obligarlo a dejar nuestro plan por este motivo, a menos que primero obtengamos el permiso de Medicare).
    - Si cancelamos su afiliación por este motivo, Medicare podría solicitar que el inspector general investigue su caso.

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cuándo podemos cancelar su afiliación, llame a Servicios para Afiliados al 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526) (los usuarios de TTY deben llamar al *711*).

Sección 5.1 No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud

Florida Complete Care-Duals VIP no puede pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si usted cree que le estamos pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con su salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 5.2 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su afiliación a nuestro plan

Si cancelamos su afiliación a nuestro plan, debemos informarle nuestros motivos por escrito. También debemos explicarle cómo iniciar un procedimiento de queja formal o presentar una queja sobre nuestra decisión de cancelar su afiliación.

CAPÍTULO 11: Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley aplicable

La ley principal que se aplica a este documento *Evidencia de cobertura* es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y los reglamentos creados en virtud de esta ley por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Además, se pueden aplicar otras leyes federales y, en determinadas 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 antidiscriminación

No discriminamos por raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia con reclamos, historia clínica, información genética, evidencia de asegurabilidad ni ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben obedecer las leyes federales que protegen contra la discriminación, que incluyen el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley contra la Discriminación Laboral debido a la Edad de 1975, la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben financiamiento federal y cualquier otra ley y regla 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 www.HHS.gov/ocr/index.html.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención, llame a Servicios para Afiliados al 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526) (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Si tiene una queja, como un problema con el acceso en sillas de ruedas, Servicios para Afiliados 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 por Medicare, pero por los que Medicare no es el pagador primario. Según las normas de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid en las Secciones 422.108 y 423.462 del Título 42 del Código de Reglamentos Federales (CFR), Florida Complete Care-Duals VIP, como Organización de Planes Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce la Secretaría conforme a las normas de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid en los subapartados B a D de la parte 411 del Título 42 del Código de Reglamentos Federales, y las reglas establecidas en esta sección sustituyen cualquier ley estatal.

CAPÍTULO 12: Definiciones

Afiliado (afiliado de nuestro plan o afiliado del plan): Una persona que tiene Medicare que es elegible para recibir servicios cubiertos, se ha inscrito en nuestro plan y su inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Apelación: Una apelación es una medida que puede tomar si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar una solicitud de cobertura de servicios de atención de la salud 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 interrumpir los servicios que está recibiendo.

Área de servicio: Un área geográfica en la que debe vivir para inscribirse en un plan de salud en particular. En el caso de planes que limitan los médicos y hospitales que usted puede usar, generalmente, también es el área en la que puede recibir servicios de rutina (no de emergencia). Nuestro plan debe cancelar su inscripción si se muda de manera permanente fuera del área de servicio de nuestro plan.

Asistente de cuidado de la salud a domicilio: Una persona que presta servicios que no necesitan las habilidades de un terapeuta o una enfermera con licencia, por ejemplo, ayuda en el cuidado personal (bañarse, usar el baño, vestirse o realizar los ejercicios indicados).

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

Atención en un centro de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF): Atención de enfermería especializada y servicios de rehabilitación que se prestan de forma continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Como ejemplos de atención se pueden mencionar la fisioterapia o las inyecciones intravenosas que solo puede administrar un médico o una enfermera registrada.

Autorización previa: Aprobación por adelantado para recibir servicios o determinados medicamentos según criterios específicos. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario, y nuestros criterios se publican en nuestro sitio web.

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 sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta (consulte "**Biosimilar intercambiable**").

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 requisitos adicionales sobre la posibilidad de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Cancelar la inscripción o **cancelación de la inscripción:** El proceso de terminar su afiliación a nuestro plan.

Cargo de despacho: Un cargo que se cobra cada vez que se despacha un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir una receta, como el tiempo del farmacéutico para preparar y empaquetar el medicamento recetado.

Centro de cirugía ambulatoria: Una entidad que opera exclusivamente con el propósito de prestar servicios de cirugía para pacientes ambulatorios que no requieren hospitalización y cuya estadía prevista en el centro no excede las 24 horas.

Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF): Un centro que principalmente presta servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, que incluyen fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, servicios para patologías del habla y del lenguaje, y servicios de evaluación ambiental del hogar.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS): La agencia federal que administra Medicare.

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 lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando comienzan a ser elegibles para Medicare generalmente pueden mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más adelante en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Parte D de Medicare): Un seguro que ayuda a pacientes ambulatorios a pagar medicamentos recetados, vacunas, productos biológicos y algunos suministros que la Parte A y la Parte B de Medicare no cubren.

Copago: Un monto que es posible que usted deba pagar como su parte del costo de un servicio o suministro médico, como una visita al médico, una visita a un hospital como paciente ambulatorio o un medicamento recetado. Un copago es un monto fijo (por ejemplo $10) en lugar de un porcentaje.

Coseguro: Un monto que es posible que deba pagar, expresado en un porcentaje (por ejemplo, 20%), como su parte del costo de los servicios o medicamentos recetados.

Costo compartido: El costo compartido se refiere a los montos que un afiliado debe pagar cuando recibe servicios o medicamentos. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes 3 tipos de pagos: (1) cualquier monto de deducible que un plan pueda imponer antes de cubrir servicios o medicamentos; (2) cualquier monto de copago fijo que un plan exija pagar 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 exija pagar cuando se recibe un servicio o medicamento específico.

Cuidado de custodia: El cuidado de custodia es la atención personal que se brinda en un asilo de ancianos, un centro de cuidados paliativos u otra instalación cuando no se requiere atención médica especializada ni atención de enfermería especializada. El cuidado de custodia proporcionado por personas que no tienen habilidades o capacitación profesionales incluye ayuda con las actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse, comer, acostarse, sentarse o levantarse de la cama o de una silla, trasladarse y usar el baño. También puede incluir el tipo de cuidado relacionado con la salud que la mayoría de las personas hacen por sí mismas, como colocarse gotas en los ojos. Medicare no paga el cuidado de custodia.

Cuidados paliativos: Un beneficio que brinda tratamiento especial a un afiliado al que se le ha certificado médicamente una enfermedad terminal, es decir, que tiene una esperanza de vida de 6 meses o menos. Nuestro plan debe proporcionarle una lista de centros de cuidados paliativos en su área geográfica. Si usted elige un centro de cuidados paliativos y continúa pagando las primas, sigue siendo afiliado de nuestro plan. Puede seguir recibiendo todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Deducible: El monto que debe pagar por atención de la salud o medicamentos recetados antes de que nuestro plan pague.

Derivación: Orden por escrito de su médico de atención primaria para que usted visite a un especialista o reciba ciertos servicios médicos. Sin una derivación, es posible que nuestro plan no pague los servicios de un especialista.

Determinación de cobertura: Una decisión sobre si un medicamento recetado está cubierto por nuestro plan y el monto, si corresponde, que usted debe pagar por el medicamento recetado. En general, si lleva su receta a una farmacia, y la farmacia le dice que el

medicamento recetado no está cubierto por nuestro plan, eso no es una determinación de cobertura. Debe llamar o escribir a nuestro plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. Las determinaciones de cobertura se llaman **decisiones de cobertura** en este folleto.

Determinación integrada de la organización integrada: Una decisión que toma nuestro plan sobre si los artículos o servicios están cubiertos o cuánto debe pagar usted por los artículos o servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se llaman decisiones de cobertura en este documento.

D-SNP integrado: Un plan que cubre los servicios de Medicare y la mayoría o la totalidad de los servicios de Medicaid en 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 elegibilidad doble y beneficios completos.

Emergencia: Una emergencia médica es cuando usted, u otra persona prudente con conocimientos promedio de salud y medicina, cree que tiene síntomas que requieren atención médica inmediata para evitar la muerte (y si usted es una mujer embarazada, la pérdida del bebé), la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad, o la pérdida o una limitación grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.

Equipo médico duradero (durable medical equipment, DME): Determinado equipo médico que su médico indica por razones médicas. Por ejemplo, andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchón eléctrico, suministros para personas diabéticas, bombas de infusión intravenosa, dispositivos de generación de voz, equipo de oxígeno, nebulizadores y camas de hospital indicadas por un proveedor para su uso en el hogar.

Estadía en el hospital como paciente internado: Una estadía en el hospital cuando ha sido admitido formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque pase la noche en el hospital, es posible que aun así sea considerado un paciente ambulatorio.

Etapa de cobertura de gastos médicos mayores: Etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (u otras partes calificadas en su nombre) hayan gastado $*2,100* en medicamentos cubiertos por la Parte D durante el año cubierto. Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

Etapa de cobertura inicial: Esta es la etapa antes de que los gastos de su bolsillo del año hayan alcanzado el umbral de gastos de su bolsillo.

Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC) e información de divulgación: Este documento, junto con su formulario de inscripción y otros documentos adjuntos, cláusulas adicionales u otra cobertura opcional seleccionada, que explica su cobertura, lo que nosotros debemos hacer, sus derechos y lo que usted debe hacer como afiliado 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 al nivel). Puede solicitar una excepción si nuestro plan requiere que usted pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, si nuestro plan requiere una autorización previa para un medicamento y usted desea que eliminemos la restricción de criterios, o si nuestro plan limita la cantidad o dosis del medicamento que usted solicita (una excepción del formulario).

Farmacia de la red: Una farmacia que tiene contrato con nuestro plan, donde los afiliados de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos recetados. En la mayoría de los casos, sus medicamentos recetados solamente están cubiertos si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

Farmacia fuera de la red: Una farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los afiliados 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 cumplan determinadas condiciones.

Gastos de su bolsillo: Consulte la definición de costo compartido indicada anteriormente. El requisito de costo compartido de un afiliado de pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se llama requisito de gastos de su bolsillo del afiliado.

“Herramienta de beneficios en tiempo real”: Un portal o aplicación informática en la que los afiliados pueden buscar información completa, precisa, oportuna y clínicamente apropiada sobre el formulario y los beneficios específicos. Esto incluye montos de costo compartido, medicamentos alternativos del formulario que se pueden usar para la misma enfermedad que un medicamento determinado y restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Indicación médicamente aceptada: Uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por determinadas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y Micromedex DRUGDEX Information System.

Límites de cantidad: Una herramienta de administración diseñada para limitar el uso de medicamentos por razones de calidad, seguridad o utilización. Los límites pueden referirse a la cantidad del medicamento que cubrimos por receta o a un período definido.

Lista de medicamentos cubiertos (formulario o Lista de medicamentos): Una lista de medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

Medicaid (o Asistencia Médica): Un programa conjunto estatal y federal que ayuda a pagar los costos médicos de algunas personas con ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero la mayoría de los costos de atención de la salud están cubiertos si usted es elegible para Medicare y Medicaid.

Médicamente necesario: Servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados del ejercicio de la medicina.

Medicamento de marca: Medicamento recetado que es fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló el medicamento. Los medicamentos de marca tienen los mismos principios activos que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y, en general, solo están disponibles después del vencimiento de la patente del medicamento de marca.

Medicamento genérico: Un medicamento recetado que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos que tiene los mismos principios activos que el medicamento de marca. En general, un medicamento genérico es tan eficaz como el medicamento de marca y cuesta menos.

Medicamento seleccionado: Un medicamento cubierto por la Parte D para el cual Medicare negoció un precio justo máximo.

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

Medicamentos de la Parte D: Medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos ofrecer o no todos los medicamentos de la Parte D. El Congreso ha excluido ciertas categorías de medicamentos de la cobertura de la Parte D. Ciertas categorías de medicamentos de la Parte D deben estar cubiertas por cada plan.

Medicare: El programa de seguro de salud federal para personas de 65 años en adelante, algunas personas menores de 65 años con discapacidad y personas con enfermedad renal terminal (generalmente, insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante de riñón).

Medicare Original (Medicare Tradicional o Medicare de Tarifa por Servicio): Medicare Original es ofrecido por el gobierno y no es un plan de salud privado como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. En Medicare Original, los servicios se cubren mediante el pago de los montos que determina el Congreso a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención de la salud. Usted puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención de la salud que acepte Medicare. Debe pagar el deducible. Medicare paga su parte del monto aprobado por Medicare y usted paga su parte. Medicare Original tiene 2 partes: Parte A (seguro hospitalario) y Parte B (seguro médico) y está disponible en todo Estados Unidos.

Médico de atención primaria (primary care physician, PCP): El médico u otro proveedor al que consulta primero por la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar a su proveedor de atención primaria antes de consultar a cualquier otro proveedor de atención de la salud.

Monto del ajuste mensual relacionado con los ingresos (income related monthly adjustment amount, IRMAA): Si su ingreso bruto ajustado modificado, según lo informado en su declaración de impuestos de hace 2 años ante el Servicio de Impuestos Internos es superior a un monto determinado, pagará el monto de la prima estándar y un monto del ajuste mensual relacionado con los ingresos, también conocido como IRMAA. Este es un cargo adicional que se agrega a la prima. Menos del 5% de las personas que tienen Medicare se ven afectadas, por lo que la mayoría no pagará una prima más alta.

Monto máximo de gastos de su bolsillo: Lo máximo que usted paga de su bolsillo durante el año calendario por servicios cubiertos. Los montos que usted paga por las primas de nuestro plan, las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y los medicamentos recetados no se computan para alcanzar el monto máximo de gastos de su bolsillo. (**Nota:** Debido a que nuestros afiliados también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos afiliados alcanzan este monto máximo de gastos de su bolsillo).

Multa por inscripción tardía en la Parte D: Un monto agregado a la prima mensual de su plan por 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 ininterrumpido de 63 días o más después de que sea elegible por primera vez para inscribirse en un plan de la Parte D. Si pierde el programa Ayuda Adicional, puede estar sujeto a la multa por inscripción

tardía si pasa 63 días seguidos o más sin la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos.

Organización para el Mejoramiento de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO): Un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención de la salud remunerados por el gobierno federal para verificar y mejorar la atención que se brinda a pacientes de Medicare.

Parte C: Consulte Plan Medicare Advantage (MA).

Parte D: El Programa Voluntario de Beneficios de Medicamentos Recetados de Medicare.

Período de beneficios: La forma en que nuestro plan y Medicare Original miden su uso de los servicios hospitalarios y de centros de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficios comienza el día en que usted ingresa a un hospital o centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando usted no ha recibido atención hospitalaria como paciente internado (o atención especializada en un centro de enfermería especializada) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada después de que haya finalizado un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. No hay límite para la cantidad de períodos de beneficios.

Período de inscripción abierta en Medicare Advantage: El período del 1 de enero al 31 de marzo en que los afiliados 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 usted elige cambiarse a Medicare Original durante este período, puede inscribirse en un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare en ese momento. El período de inscripción abierta en Medicare Advantage también está disponible durante un período de 3 meses después de que una persona es elegible por primera vez para Medicare.

Período de inscripción abierta: El período del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año cuando los afiliados pueden cambiar sus planes de salud o medicamentos o cambiarse a Medicare Original.

Período de inscripción inicial: Cuando es elegible por primera vez para Medicare, el período durante el cual 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 de su cumpleaños, y termina 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Personas con elegibilidad doble: Una persona que es elegible para la cobertura de Medicare y Medicaid.

Plan de Salud de Medicare: Un plan de salud de Medicare es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindar los beneficios de la Parte A y la Parte B a personas que tienen Medicare y que se inscriben en nuestro plan. Este término incluye todos los Planes Medicare Advantage, los Planes de Costos de Medicare, los Planes para Personas con Necesidades Especiales, los Programas Piloto o de Demostración, y los Programas de Cuidado Todo Incluido para Personas Mayores (PACE).

Plan de una Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO): Un plan de una Organización de Proveedores Preferidos es un Plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los afiliados del plan por un monto de pago específico. Un plan de una Organización de Proveedores Preferidos debe cubrir todos los beneficios del plan, ya sea que se reciban de proveedores dentro o fuera de la red. El costo compartido de los afiliados generalmente será mayor cuando reciban los beneficios del plan de parte de proveedores fuera de la red. Los planes de una Organización de Proveedores Preferidos tienen un límite anual en los gastos de su bolsillo por los servicios recibidos de los proveedores dentro de la red (preferidos) y un límite mayor en el total de gastos de su bolsillo combinados por los servicios de los proveedores dentro de la red (preferidos) y de los proveedores fuera de la red (no preferidos).

Plan Institucional Equivalente para Personas con Necesidades Especiales (Institutional Equivalent Special Needs Plan, IE-SNP): Plan que limita la inscripción a las personas elegibles para Medicare Advantage que viven en la comunidad, pero necesitan el nivel de atención que ofrece un centro.

Plan Institucional para Personas con Necesidades Especiales (Institutional Special Needs Plan, I-SNP): Este plan restringe la inscripción a las personas elegibles para Medicare Advantage que viven en la comunidad, pero necesitan el nivel de atención que ofrece un centro, o que viven (o se espera que vivan) durante al menos 90 días seguidos en ciertos centros a largo plazo. Los Planes Institucionales para Personas con Necesidades Especiales incluyen los siguientes tipos de planes: Planes Institucionales Equivalentes para Personas con Necesidades Especiales (IE-SNP), Planes Institucionales Híbridos para Personas con Necesidades Especiales (HI-SNP) y Planes Institucionales en Centros para Personas con Necesidades Especiales (FI-SNP).

Plan Medicare Advantage (MA): A veces, se lo llama Parte C de Medicare. 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 un i) plan de una Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO), ii) plan de una Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO), iii) plan Privado de Tarifa por Servicio (Private Fee-for-Service, PFFS) o iv) plan de Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos (Medical Savings Account, MSA) de Medicare. Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage de una

Organización para el Mantenimiento de la Salud o de una Organización de Proveedores Preferidos también puede ser un Plan para Personas con Necesidades Especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se llaman **planes Medicare Advantage con cobertura para medicamentos recetados**.

Plan PACE: Un plan del Programa de Cuidado Todo Incluido para Personas Mayores (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE) combina servicios y apoyos a largo plazo (long-term services and supports, LTSS) médicos y sociales para personas vulnerables con el fin de ayudarlas a mantenerse independientes y vivir en su comunidad (en lugar de mudarse a un asilo de ancianos) durante el mayor tiempo posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben sus beneficios de Medicare y de Medicaid a través de nuestro plan.

Plan para Personas con Necesidades Especiales por Enfermedades Crónicas (Chronic-Care Special Needs Plan, C-SNP): Son Planes para Personas con Necesidades Especiales que restringen la inscripción a las personas elegibles para Medicare Advantage que tienen enfermedades crónicas y graves específicas.

Plan para Personas con Necesidades Especiales: Un tipo especial de plan Medicare Advantage que brinda atención de la salud más específica para determinados grupos de personas, como personas que tienen Medicare y Medicaid, que viven en un asilo de ancianos o que tienen determinadas afecciones médicas crónicas.

Planes para Personas con Necesidades Especiales y Elegibilidad Doble (Dual Eligible Special Needs Plans, D-SNP): Planes que inscriben a personas que tienen derecho tanto a Medicare (Título XVIII de la Ley del Seguro Social) como a la asistencia médica de un plan estatal conforme a Medicaid (Título XIX). Los estados cubren una parte o la totalidad de los costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

Póliza de Medigap (seguro complementario de Medicare): Seguro complementario de Medicare que venden compañías de seguro privadas para *cubrir* servicios que Medicare Original *no cubre*. Las pólizas de Medigap solo se pueden usar con Medicare Original. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza de Medigap).

Precio justo máximo: El precio negociado por Medicare para un medicamento seleccionado.

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

Producto biológico: Medicamento recetado elaborado 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

los productos alternativos se llaman biosimilares (consulte "**Producto biológico original**" y "**Biosimilar**").

Producto biológico original: Un producto biológico aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos que sirve como comparación para los fabricantes que elaboran una versión biosimilar. También se le llama producto de referencia.

Programa 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.

Programa de Administración de Terapia con Medicamentos (Medication Therapy Management, MTM): Un programa de la Parte D de Medicare para necesidades de salud complejas que se ofrece a personas que cumplen con ciertos requisitos o están en un Programa de Administración de Medicamentos. Los servicios del Administración de Terapia con Medicamentos generalmente incluyen una conversación con un farmacéutico o proveedor de atención de la salud para revisar los medicamentos.

Programa de descuento de fabricantes: Un programa en el cual los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total de nuestro 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.

Prótesis y dispositivos ortopédicos: 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, como suministros de ostomía y nutrición enteral y parenteral.

Proveedor de la red: Proveedor es el término general que usamos para referirnos a los médicos, otros profesionales de atención de la salud, hospitales y otros centros de atención de la salud que tienen licencia o certificación de Medicare y del estado para prestar servicios de atención de la salud. Los **proveedores de la red** tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y prestar servicios cubiertos a los afiliados de nuestro plan. Los proveedores de la red también se llaman **proveedores del plan.**

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 prestar servicios cubiertos a los afiliados de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red no son empleados ni son propiedad de nuestro plan, y tampoco son dirigidos por nuestro plan.

Queja: El nombre formal para presentar una queja es **presentar una queja formal**. El proceso de queja *solo* se usa para ciertos tipos de problemas. Eso incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que usted recibe. También incluye quejas si nuestro plan no cumple con los plazos del proceso de apelación.

Queja formal integrada: Un tipo de queja que usted presenta sobre nuestro plan, nuestros proveedores o nuestras farmacias, incluida una queja sobre la calidad de su atención. Esto no implica disputas de cobertura ni de pago.

Seguro de Ingreso Complementario (Supplemental Security Income, SSI): Un beneficio mensual pagado por el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que son discapacitadas o ciegas o que tienen 65 años en adelante. Los beneficios del programa Seguridad de Ingreso Complementario no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Servicios cubiertos: El término que usamos para referirnos a todos los servicios y suministros de atención de la salud cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos por Medicare: Servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. El término servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como servicios oftalmológicos, odontológicos o auditivos, que puede ofrecer un plan Medicare Advantage.

Servicios de rehabilitación: Estos servicios incluyen atención de rehabilitación para pacientes internados, fisioterapia, fonoaudiología y terapia ocupacional.

Servicios de urgencia: Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata, pero no se trata de una emergencia, es un servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, o, si no es razonable por cuestiones de tiempo, lugar y circunstancias, recibir este servicio de proveedores de la red. Ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones inesperadas o brotes inesperados de enfermedades existentes. Las visitas de rutina al proveedor que sean médicamente necesarias (como los exámenes médicos anuales) no se consideran de urgencia, aunque usted se encuentre fuera del área de servicio de nuestro plan o la red de nuestro plan no esté disponible temporalmente.

Servicios para Afiliados: Un departamento de nuestro plan que es responsable de responder sus preguntas sobre afiliación, beneficios, quejas formales y apelaciones.

Servicios preventivos: Atención médica para prevenir enfermedades o detectarlas en una etapa temprana, cuando es probable que el tratamiento funcione mejor (por ejemplo, los servicios preventivos incluyen pruebas de Papanicolau, vacunas antigripales y mamografías de detección).

Subsidio para Personas de Bajos Ingresos (Low Income Subsidy, LIS): Consulte Programa Ayuda Adicional.

Tarifa de costo compartido diario: Se puede aplicar una tarifa de costo compartido diario cuando su médico le receta un suministro de menos de un mes de ciertos medicamentos y usted debe pagar un copago. Una tarifa de costo compartido diario es el copago dividido por la cantidad de días de un suministro de un mes. Por ejemplo: Si su copago por un suministro de un mes de un medicamento es de $30, y un suministro de un mes en nuestro plan es de 30 días, su tarifa de costo compartido diario es de $1 por día.

Terapia escalonada: Una herramienta de utilización que requiere que primero usted pruebe otro medicamento para tratar su afección médica antes de que cubramos el medicamento que su médico le recetó inicialmente.

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

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

Método	Servicios para Afiliados – Información de contacto
Teléfono	1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526) Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención 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 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (excepto feriados federales), del 1 de abril al 30 de septiembre. (Los usuarios de TTY deben llamar al *711*). Servicios para Afiliados también tiene servicios gratuitos de interpretación en otros idiomas para personas que no hablan inglés.
TTY	*711* Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención 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 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (excepto feriados federales), del 1 de abril al 30 de septiembre.
Correo postal	*PO Box 667870* *Miami, Florida 33166*
Sitio web	FC2healthplan.com

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

Método	Información de contacto
Teléfono	1-800-96-ELDER (1-800-963-5337) De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., hora local
TTY	1-800-955-8770 *Este número requiere un equipo telefónico especial y está habilitado solo para personas con dificultades para oír o hablar.*
Correo postal	Department of Elder Affairs 4040 Esplanade Way, Suite 270 Tallahassee, FL 32399-7000
Sitio web	http://www.floridashine.org/

Declaración de Divulgación de la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos (PRA) *Según la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información, a menos que esta exhiba un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto para esta recopilación de información es 0938-1051. Si usted tiene algún comentario o sugerencia para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*

Esta información y demás materiales útiles están disponibles sin costo en otros idiomas y formatos. Comuníquese con nuestro Departamento de Servicios para Afiliados al (1-833-322-7526) (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.

Spanish
Esta información y los apoyos auxiliares están disponibles sin costo en otros idiomas y formatos. Comuníquese con nuestro Servicio al Miembros al (1-833-322-7526) (TTY: 711) de lunes a Viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

Haitian Creole
Enfòmasyon sa a ak èd oksilyè disponib gratis nan lòt lang ak fòma. Tanpri kontakte nimewo Sèvis Manm nou an nan (1-833-322-7526) (TTY: 711), lendi rive vandredi, 8 a. m. a 8 p. m.

Servicios de traducción escrita u oral
English: ATTENTION: If you do not speak English, written translation, auxiliary aids or oral interpretation services, free of charge, are available to you. Call 1-833-322-7526 (TTY: 711).

Español (Spanish): ATENCIÓN: Si no habla inglés, tiene a su disposición servicios de traducción escrita, auxiliares o interpretación oral, sin cargo. Llame al 1-833-322-7526 (TTY: 711).

Kreyòl Ayisyen (Haitian Creole): ATANSYON: Si ou pa pale anglè, tradiksyon alekri, sevis ed oksilye oswa sevis entepretasyon oral, gratis, ki disponib pou ou. Rele 1-833-322-7526 (TTY: 711).

Tiếng Việt (Vietnamese): LƯU Ý: Nếu không nói tiếng Anh, quý vị có thể được cung cấp miễn phí các dịch vụ biên dịch, thông dịch hoặc các phương tiện hỗ trợ. Vui lòng gọi số 1-833-322-7526 (TTY: 711).

Português (Portuguese): ATENÇÃO: Se você não fala inglês, estão disponíveis para você, gratuitamente, serviços de tradução escrita, recursos auxiliares ou interpretação oral. Ligue para 1-833-322-7526 (TTY: 711).

中文 (Chinese Simplified)：请注意：如果您不说英语，我们可免费为您提供书面翻译、辅助设备或口译服务。请拨打 1-833-322-7526（TTY：711）。

漢語 (Chinese Traditional): 请注意：如果您不说英语，我们可免费为您提供书面翻译、辅助设备或口译服务。请拨打 1-833-322-7526（TTY：711）。

Français (French): ATTENTION: Si vous ne parlez pas anglais, des services de traduction écrite, des aides auxiliaires, ou des services d'interprétation orale, sont disponibles gratuitement. Appelez le 1-833-322-7526 (TTY: 711).

Tagalog (Tagalog): ATENSYON: Kung hindi ka nagsasalita ng Ingles, mayroong libreng nakasulat na salin, mga pantulong na kagamitan, o serbisyong pasalitang interpretasyon na available para sa iyo. Tumawag sa 1-833-322-7526 (TTY: 711).

Русский (Russian): ВНИМАНИЕ! Если вы не говорите на английском языке, то вам доступны бесплатные услуги письменного и устного перевода, а также дополнительная помощь. Звоните 1-833-322-7526 (TTY: 711).

العربية (Arabic): ملاحظة: إذا كنت لا تتحدث الإنجليزية، تتوفر لك خدمات الترجمة الكتابية أو الوسائل المساعدة الإضافية أو خدمات الترجمة الشفوية مجانًا. اتصل بالرقم 1-833-322-7526 (هاتف نصي: 711)

Italiano (Italian): ATTENZIONE: Se non parla inglese, sono disponibili servizi gratuiti di traduzione scritta o interpretariato orale e altri sussidi. Chiami il numero 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526) (TTY: 711).

Deutsch (German): ACHTUNG: Wenn Sie kein Englisch sprechen, stehen Ihnen schriftliche Übersetzungen, Hilfsmittel oder mündliche Dolmetscherdienste kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526) (TTY: 711) an.

한국어 (Korean): 주의: 영어 사용자가 아닌 경우 서면 번역, 보조 지원, 구두 통역 서비스를 무료로 받으실 수 있습니다. 1-833-322-7526 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

Polski (Polish): WAŻNE: Osoby nieposługujące się językiem angielskim mogą skorzystać z bezpłatnego tłumaczenia pisemnego, pomocy dodatkowych lub tłumaczenia ustnego. Zadzwoń pod numer 1-833-322-7526 (TTY: 711).

ગુજરાતી (Gujarati): ધ્યાન: જો તમને અંગ્રેજી આવડતું નથી, તો લેખિત અનુવાદ, સહાયક સહાય અથવા મૌખિક અર્થઘટન સેવાઓ, મફતમાં ઉપલબ્ધ છે. 1-833-322-7526 (TTY: 711) પર કૉલ કરો.

ภาษาไทย (Thai): ข้อควรใส่ใจ: หากคุณไม่ได้พูดภาษาอังกฤษ คุณสามารถใช้บริการแปลเอกสาร เครื่องมือช่วยเหลือ หรือล่ามแปลภาษาได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โทร 1-833-322-7526 (TTY: 711).

Si no puede leer esto en una fuente más pequeña, esta información está disponible sin cargo en otros formatos o mediante interpretación oral. Llame al 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526), (TTY: 711).

Aviso de antidiscriminación

Florida Complete Care cumple con las leyes federales de derechos civiles y no discrimina por raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Florida Complete Care no excluye a las personas ni las trata diferente por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Florida Complete Care:

- Brinda asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz, como:
    - Intérpretes de lenguaje de señas calificados
    - Información escrita en otros formatos (en letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Ofrece servicios de idiomas gratis a personas cuya lengua materna no es inglés, como:
    - Intérpretes calificados
    - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicios para Afiliados.

Si cree que Florida Complete Care no ha prestado estos servicios o ha discriminado por raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal ante: Servicios para Afiliados, 833-FC2-PLAN (833-322-7526) o 711 para TTY.

Puede presentar una queja formal en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, Servicios para Afiliados está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos de manera electrónica 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 postal o por teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services 200
Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building Washington,
DC 20201

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

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