1 de enero al 31 de diciembre de 2027

Evidencia de cobertura para 2027:

Sus beneficios y servicios de salud y la cobertura de medicamentos recetados de Medicare como afiliado de Florida Complete Care- In The Community (HMO-POS I-SNP)

En este documento se detallan los aspectos de su cobertura de salud y medicamentos de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2027. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Este documento explica sus beneficios y derechos. Consulte este documento para conocer:

- La prima y el costo compartido de su plan
- Sus beneficios médicos y de medicamentos
- Cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento
- Cómo contactarnos
- Otras protecciones requeridas 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). Atendemos 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) del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.

Este plan, Florida Complete Care- In The Community, es ofrecido por Florida Complete Care Cuando esta *Evidencia de cobertura* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro” significa Florida Complete Care Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa Florida Complete Care- In The Community.

Este documento está disponible gratis en español. Esta información está disponible en diferentes formatos, incluido braille, en letra grande y audio. Si necesita información del plan en otro formato, llame a Servicios para afiliados al número que aparece arriba.

Los beneficios, las primas, los deducibles, los copagos y los coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2028.

El formulario, la red de farmacias y la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá una notificación con al menos 30 días de antelación sobre cualquier cambio que pueda afectarle.

Índice

CAPÍTULO 1: Inicio como afiliado 5

SECCIÓN 1 Usted está inscrito como afiliado de Florida Complete Care- In the Community 5
SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan 6
SECCIÓN 4 Materiales de afiliación importantes 9
SECCIÓN 5 Resumen de costos importantes para 2027 12
SECCIÓN 6 Más información sobre su prima mensual del plan 18
SECCIÓN 7 Mantenga actualizado el registro de afiliado de su plan 20
SECCIÓN 8 Cómo funciona otro seguro con nuestro plan 21

CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos 23

SECCIÓN 1 Contactos de Florida Complete Care- In The Community (HMO-POS I-SNP) 23
SECCIÓN 2 Obtenga ayuda de Medicare 29
SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP) 30
SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO) 31
SECCIÓN 5 Seguro Social 32
SECCIÓN 6 Medicaid 32
SECCIÓN 7 Programas para ayudar a las personas a pagar los medicamentos recetados 33
SECCIÓN 8 Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB) 36
SECCIÓN 9 ¿Tiene un seguro grupal u otro seguro de salud de un empleador? 37

CAPÍTULO 3: Utilice nuestro plan para sus servicios médicos 38

SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica como afiliado de nuestro plan 38
SECCIÓN 2 Utilice proveedores dentro de la red de nuestro plan para obtener atención médica 40
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios en caso de emergencia, desastre o necesidad urgente de atención médica 43
SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de sus servicios cubiertos? 46
SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica 46
SECCIÓN 6 Normas para recibir atención en una institución religiosa de cuidados de salud no médicos 48
SECCIÓN 7 Reglas de propiedad de equipos médicos duraderos 49

CAPÍTULO 4: Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga). 52

SECCIÓN 1 Comprender sus gastos directos por servicios cubiertos 52
SECCIÓN 2 El Cuadro de beneficios médicos muestra sus beneficios y costos médicos 55
SECCIÓN 3 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones).....92

CAPÍTULO 5: Utilizar la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D..... 96

SECCIÓN 1 Reglas básicas para la cobertura de la Parte D de nuestro plan 96
SECCIÓN 2 Surta su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan 97
SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan 101
SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones de cobertura 103
SECCIÓN 5 Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto como le gustaría.....104
SECCIÓN 6 Nuestra Lista de medicamentos puede cambiar durante el año.....107
SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos.....110
Si recibe Ayuda Adicional para pagar sus recetas, esta ayuda no cubrirá 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 el Capítulo 2, Sección 6). 111
SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta 111
SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales.....112
SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad y administración de los medicamentos 113

CAPÍTULO 6: Lo que paga por los medicamentos de la Parte D 116

SECCIÓN 1 Lo que paga por los medicamentos de la Parte D 116
SECCIÓN 2 Etapas de pago de medicamentos para los afiliados de Florida Complete Care- In The Community (HMO-I-SNP).....118
SECCIÓN 3 Su *Explicación de beneficios (EOB) de la Parte D* explica en qué etapa de pago se encuentra.....119
SECCIÓN 4 Etapa de deducible 121

SECCIÓN 5 Etapa de cobertura inicial....121
SECCIÓN 6 Etapa de cobertura catastrófica....127
SECCIÓN 7 Lo que paga por las vacunas de la Parte D....127

CAPÍTULO 7: Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos 130

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de servicios o medicamentos cubiertos....130
SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos que le reembolsemos o paguemos una factura que recibió....133
SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y responderemos sí o no....134

CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades 135

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y su cultura....135
SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como afiliado de nuestro plan....142

CAPÍTULO 9: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) 144

SECCIÓN 1 Qué hacer si tiene un problema o inquietud....144
SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada....144
SECCIÓN 3 Qué proceso se usa para su problema....145
SECCIÓN 4 Guía para las determinaciones de cobertura y apelaciones....146
SECCIÓN 5 Atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación....149
SECCIÓN 6 Medicamentos de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación....158
SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada si cree que le están dando de alta demasiado pronto....169
SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo determinados servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto....175
SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación a los niveles 3, 4 y 5....179
SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, la atención al cliente u otras inquietudes....182

CAPÍTULO 10: Cómo cancelar su cobertura con nuestro plan 187

SECCIÓN 1 Cómo darse de baja de nuestro plan....187
SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su afiliación en nuestro plan?....187
SECCIÓN 3 Cómo dejar de ser afiliado de nuestro plan....188

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su cobertura, debe seguir recibiendo artículos y servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan.....189
SECCIÓN 5 Florida Complete Care- In The Community deberá finalizar su afiliación al plan en ciertas situaciones. 189

CAPÍTULO 11: Avisos legales..... 192

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley aplicable.....192
SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación.....192
SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare 193

CAPÍTULO 12: CAPÍTULO 12: Definiciones..... 194

CAPÍTULO 1:
Inicio como afiliado

SECCIÓN 1 Usted está inscrito como afiliado de Florida Complete Care-In the Community

Sección 1.1

Florida Complete Care- In The Community es un plan HMO (HMO significa organización de mantenimiento de la salud) de Medicare Advantage con una opción de punto de servicio (POS) aprobada por Medicare y gestionada por una compañía privada. Punto de servicio significa que puede acudir a proveedores fuera de la red de nuestro plan por un costo adicional. (Consulte el Capítulo 3, Sección 2.4 para obtener información sobre el uso de la opción de punto de servicio).

Florida Complete Care- In The Community es un plan Medicare Advantage especializado (un plan para necesidades especiales de Medicare Advantage), es decir, sus beneficios se idearon para personas con necesidades médicas especiales. Florida Complete Care- In The Community está diseñado para personas que viven en una institución (como un asilo de ancianos) o que viven en la comunidad, pero que necesitan el nivel de atención que generalmente se brinda en un asilo de ancianos.

Nuestro plan incluye proveedores que se especializan en el tratamiento de pacientes que necesitan este nivel de atención. Como afiliado de nuestro plan, recibe beneficios especialmente diseñados y toda su atención se coordina a través de nuestro plan.

Usted tiene cobertura de Medicare y eligió recibir atención médica y cobertura para medicamentos recetados a través de nuestro plan, Florida Complete Care- In The Community. Nuestro plan cubre todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, el costo compartido y el acceso a proveedores en este plan difieren de Medicare Original.

Florida Complete Care- In The Community es un plan HMO (HMO significa organización de mantenimiento de la salud) de Medicare Advantage con una opción de punto de servicio (POS) aprobada por Medicare y gestionada por una compañía privada. Punto de servicio significa que puede acudir a proveedores fuera de la red de nuestro plan por un costo adicional. (Consulte el Capítulo 3, Sección 2.4 para obtener información sobre el uso de la opción de punto de servicio).

Sección 1.2 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

Esta *Evidencia de cobertura* forma parte de nuestro contrato con usted sobre cómo Florida Complete Care- In The Community 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 es válido durante los meses que esté inscrito en Florida Complete Care- In The Community entre el 1 de enero de 2027 y el 31 de diciembre de 2027.

Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos cada año calendario. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Florida Complete Care- In The Community después del 31 de diciembre de 2027. Además, podemos decidir dejar de ofrecer el plan en su área de servicio después del 31 de diciembre de 2027.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar Florida Complete Care- In The Community cada año. Usted puede continuar recibiendo cobertura de Medicare como afiliado de nuestro plan siempre y cuando decidamos seguir ofreciendo nuestro plan y Medicare renueve la aprobación de nuestro plan.

SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad

Es elegible para afiliarse a nuestro plan siempre que cumpla con todas estas condiciones:

- Tener derecho a la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Residir en nuestra área geográfica de servicio (descrita en la Sección 2.2). Las personas encarceladas no se consideran residentes del área geográfica de servicio, aunque se encuentren físicamente dentro de ella.
- Ser ciudadano o nacional de los Estados Unidos, o ser una persona no ciudadana que reúna los requisitos de elegibilidad.
- Cumplir con los requisitos especiales de elegibilidad que se describen a continuación.

Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan

Nuestro plan está diseñado para cubrir las necesidades especializadas de las personas que necesitan un nivel de atención que normalmente se proporciona en una residencia de ancianos.

Para ser elegible para nuestro plan, debe vivir en un asilo de ancianos disponible a través de nuestro plan. Consulte *el Directorio de proveedores* de nuestro plan en FC2healthplan.com para ver una lista de residencias de ancianos con las que tenemos convenio, o llame a Servicios para Afiliados al 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526) (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pídanos que le enviemos una lista. *O bien,* aquí tiene una lista de las residencias de ancianos con las que tenemos convenio:

Puede acceder a nuestro plan si cumple con *alguno de estos* requisitos:

- Vive en un asilo de ancianos disponible a través de nuestro plan. Consulte *el Directorio de proveedores* de nuestro plan en FC2healthplan.com para ver una lista de residencias de ancianos con las que tenemos convenio, o llame a Servicios para Afiliados al 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526) (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pídanos que le enviemos una lista.
- Vive en su casa y nuestro plan recibe un certificado que indica que necesita el tipo de atención que normalmente se brinda en una residencia de ancianos.

Nota: Si pierde su elegibilidad para nuestro plan, pero se espera razonablemente que la recupere dentro de un plazo de *3* meses, podrá seguir siendo afiliado de nuestro plan. El Capítulo 4, Sección 2.1, le informa sobre la cobertura y los costos compartidos durante el período considerado de continuidad de la elegibilidad.

Sección 2.2 Área de servicio del plan Florida Complete Care- In The Community

Florida Complete Care- In The Community solo está disponible para personas que residen en nuestra área de servicio. Para seguir siendo afiliado de nuestro plan, debe continuar viviendo en nuestra área de servicio. El área de servicio se describe a continuación.

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

Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no podrá seguir siendo afiliado de este plan. Llame a Servicios para Afiliados al 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526) (usuarios de TTY llamen al 711) para ver si tenemos un plan en su nueva zona. 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 nueva ubicación. Si se muda o cambia su 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 2.3 Ciudadano o nacional de EE. UU., o persona no ciudadana elegible

Para ser afiliado de un plan de salud de Medicare, debe ser ciudadano o nacional de Estados Unidos, o un no ciudadano elegible. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a Florida Complete Care- In The Community si no cumple con los requisitos para seguir siendo miembro de nuestro plan con base en este requisito. Florida Complete Care- In The Community debe darlo de baja si usted no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3Qué esperar cuando se una por primera vez a nuestro plan

Sección 3.1 Evaluación de riesgos para la salud

Al unirse a nuestro plan, recibirá una evaluación de riesgos para la salud (HRA, por sus siglas en inglés) dentro de los 90 días anteriores o posteriores a la fecha de entrada en vigor de su inscripción.

Debemos completar su evaluación de riesgos para la salud (HRA). La HRA es la base para desarrollar su plan de atención. La HRA incluye preguntas para identificar sus necesidades médicas, de salud conductual y funcionales, así como sus necesidades ambientales y socioeconómicas, a fin de ayudarle a encontrar posibles recursos.

Nos pondremos en contacto con usted para completar la HRA, por teléfono, en persona. Cuando le llamemos, también puede solicitar que le enviemos la HRA por correo. Le enviaremos más información sobre esta HRA. Posteriormente, nos pondremos en contacto con usted cada año para actualizar la información y determinar si sus necesidades han cambiado.

Sección 3.2 Equipo de atención y plan de atención

Un equipo de atención médica puede ayudarle a seguir recibiendo la atención que necesita. El equipo de atención médica puede incluir a su médico, un coordinador de atención, los especialistas que le atienden u otros profesionales de la salud que usted elija.

Colaborará con un equipo de atención para juntos crear un plan de atención con base en sus preferencias. Un plan de atención médica les indica a usted, a sus médicos y a otros proveedores de atención médica qué servicios necesita y cómo obtenerlos. Incluye sus necesidades médicas, de salud conductual, ambientales y socioeconómicas, así como otros servicios.

Su plan de atención incluye: sus objetivos de atención médica según su prioridad, y
- un cronograma para obtener los servicios que necesita
- recursos que pueden ayudarle a alcanzar sus metas
- servicios solicitados

Su equipo de atención médica se reunirá con usted después de su evaluación de riesgos para la salud (HRA). Le preguntan sobre los servicios que necesita. También le informan sobre los

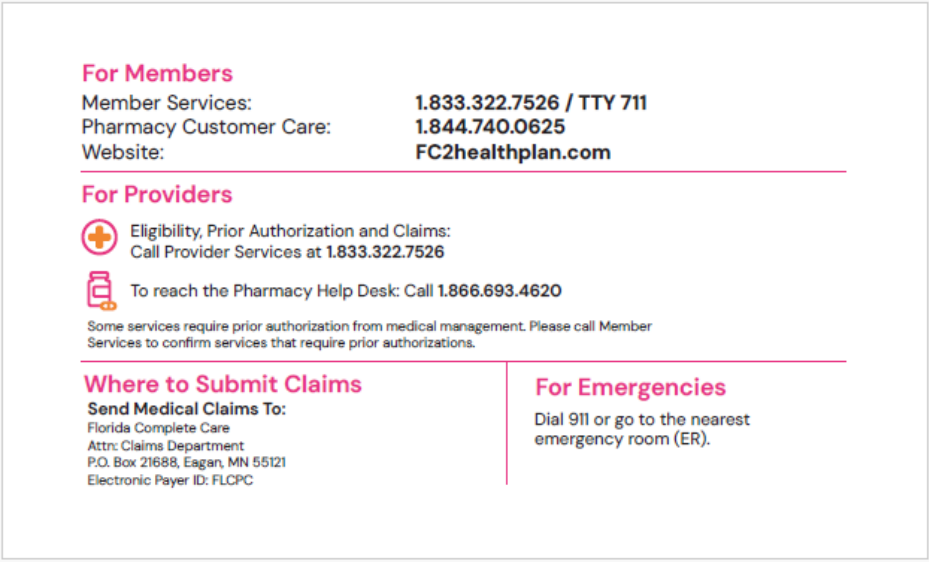
servicios que quizás quiera considerar recibir. Su equipo de atención médica trabaja con usted para actualizar su plan de atención al menos una vez al año o según sea necesario si se produce algún cambio en su estado de salud.

SECCIÓN 4 Materiales de afiliación importantes

Sección 4.1 Nuestra tarjeta de afiliado al plan

Utilice su tarjeta de afiliado siempre que reciba servicios cubiertos por nuestro plan y para los medicamentos recetados que obtenga en las farmacias de la red. Debe mostrarle al proveedor su tarjeta de Medicaid, si tiene una. Ejemplo de tarjeta de afiliado a un plan:





NO use su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para obtener 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- In The Community, 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 participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare (también llamados ensayos clínicos).

Si su tarjeta de afiliado al 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 tarjeta.

Sección 4.2 Directorio de proveedores

El Directorio de proveedores fc2healthplan.com/wp-content/uploads/2026/03/FC2_20261001_PRVDIR-V1.pdf enumera los proveedores de nuestra red actuales. Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, proveedores de equipos médicos duraderos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago total.

Debe acudir a proveedores de la red para recibir atención y servicios médicos. Si se atiende en otro lugar sin la debida autorización, deberá pagar el monto total. Las únicas excepciones son emergencias, servicios que se necesitan con urgencia cuando la red no está disponible (es decir, situaciones en las que no resulta razonable o no es posible obtener servicios dentro de la red), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que Florida Complete Care- In The Community autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

Florida Complete Care- In The Community ofrece la opción de punto de servicio para consultar a un médico especialista en todo el estado de Florida sin derivación. Los beneficios en el punto de servicio (POS) bajo este Plan están estrictamente limitados a los servicios ambulatorios proporcionados por **médicos especialistas** (especialistas). Usted puede optar por recibir atención de un especialista fuera de la red bajo esta opción de POS.

Exclusiones de la atención primaria. Esta opción de punto de servicio **no está disponible** para los servicios de atención primaria. Toda la atención médica rutinaria, preventiva y primaria debe ser proporcionada por el médico de atención primaria (PCP) de la red que usted haya seleccionado. No se pagarán beneficios de POS por servicios de atención primaria obtenidos fuera de la red.

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

Si no tiene un *Directorio de proveedores*, puede solicitar 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). *Los Directorios de proveedores* impresos que haya solicitado le serán enviados por correo en un plazo de 3 días hábiles.

Sección 4.3 Directorio de farmacias

El *Directorio de farmacias* https://fc2healthplan.com/find-a-provider/ enumera nuestras farmacias de la red. Las **farmacias de la red** son las farmacias que han acordado surtir recetas cubiertas a los afiliados de nuestro plan. Use el *Directorio de farmacias* para encontrar la farmacia de la red donde desea surtir sus recetas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo puede utilizar farmacias que no forman parte de la red de nuestro plan.

Si no tiene un *Directorio de farmacias*, puede solicitar una copia a Servicios para Afiliados al 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526) (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en FC2healthplan.com.

Sección 4.4 Lista de medicamentos (formulario)

Nuestro plan cuenta con 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, incluido en Florida Complete Care- In The Community. El plan selecciona los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La Lista de medicamentos cumple con todos los requisitos de Medicare. Los medicamentos incluidos en el Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare se incluirán en su Lista de medicamentos a menos que se hayan eliminado o reemplazado según lo descrito en el Capítulo 5, Sección 6. Medicare aprobó la lista de medicamentos de Florida Complete Care- In The Community.

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

Le proporcionaremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, visite fc2healthplan.com/wp-content/uploads/2025/06/FC2_20250801_PRVDIR-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 5 Resumen de costos importantes para 2027

	Sus costos en 2027
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor a este monto. Para más detalles, consulte la Sección 4.1.	***$0.00***
Deducible	***$283*** **excepto la insulina suministrada a través de un equipo médico duradero.** **Estos son montos de costos compartidos de 2026 y pueden cambiar para 2026. Florida Complete Care (HMO I-SNP) proporcionará las tarifas actualizadas tan pronto como se publiquen.**
Monto máximo de gastos directos de bolsillo Este es el máximo que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Para conocer más detalles, consulte el Capítulo 4, Sección 1).	**$3400**
Visitas al consultorio de atención primaria	***$0.00*** **por visita**
Visitas a especialistas en consultorios médicos	***20%*** **por visita**

	Sus costos en 2027
Hospitalizaciones Incluye diversas hospitalizaciones para pacientes internados, como atención aguda, rehabilitación y atención a largo plazo. Una hospitalización comienza el día en que se le admite formalmente por orden de un médico y termina el día anterior al alta.	***$1,736 de deducible*** • **Días 1–60: $0 de copago** • **Días 61–90: $434 de copago por día** **A partir del día 91: $868 de copago por cada "día de reserva de por vida" después del día 90 de cada período de beneficios** o **(hasta 60 días durante toda su vida).** **Después de los días de reserva de por vida: todos los costos.** **Estos son montos de costos compartidos de 2026 y pueden cambiar para 2026. Florida Complete Care (HMO I-SNP) proporcionará las tarifas actualizadas tan pronto como se publiquen.**
Cobertura de medicamentos de la Parte D (Vaya al Capítulo 6 para obtener detalles, incluidas las etapas de deducible anual, de cobertura inicial y de cobertura catastrófica).	**Deducible de cobertura de medicamentos de la Parte D** Usted paga los primeros **$260.00** por los medicamentos recetados cubiertos de los niveles 3 a 5 antes de que el plan comience a pagar su parte. Los medicamentos cubiertos de nivel 1 y nivel 2 tienen **$0 de copago** y no están sujetos al deducible. **Durante la etapa de cobertura inicial:** **Medicamentos del nivel 1: Genérico preferido** **Usted paga $0** Copago. **Medicamentos del nivel 2: Genéricos** **Usted paga $0 de copago**

	Sus costos en 2027
	Medicamentos del nivel 3 de marcas preferidas: **Usted paga un coseguro del 25% excepto los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.** No pagará más de $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan en este nivel, incluso si no ha pagado su deducible. **Medicamentos no preferidos de nivel 4:** **Usted paga un coseguro del 25% excepto los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.** No pagará más de $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan en este nivel, incluso si no ha pagado su deducible. **Medicamentos especializados del nivel 5:** **Usted paga un coseguro del 25% excepto los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.** No pagará más de $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan en este nivel, incluso si no ha pagado su deducible. **Etapa de cobertura catastrófica:** Una vez que sus gastos directos de bolsillo por medicamentos cubiertos por la Parte D alcancen el límite anual de Medicare de $2,400.00, usted ingresará a la etapa de cobertura

	Sus costos en 2027
	catastrófica y pagará **$0 por los medicamentos cubiertos por la Parte D durante el resto del año calendario.**

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (Sección 5.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 5.2)
- Multa por inscripción tardía en la Parte D (Sección 5.3)
- Monto ajustado mensual relacionado con los ingresos (Sección 5.4)
- Monto del plan de pago de medicamentos recetados de Medicare (Sección 5.5)

Sección 5.1 Prima del plan

No paga una prima mensual aparte por el plan Florida Complete Care- In The Community.

Sección 5.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

Muchos afiliados deben pagar otras primas de Medicare

Usted debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo afiliado de nuestro plan. Esto incluye la prima de la Parte B. También podría tener que pagar una prima por la Parte A si no cumple los requisitos para la exención de prima de la Parte A.

Sección 5.3 Multa por inscripción tardía en la Parte D

Algunos afiliados deben pagar una **multa por inscripción tardía** en la Parte D. La multa por inscripción tardía en la Parte D es una prima adicional que debe pagar por la cobertura de la Parte D si, en cualquier momento después de que finalice su período de inscripción inicial, transcurren 63 días consecutivos o más sin que tenga la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados. La cobertura acreditable para medicamentos recetados es una cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar para 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 para medicamentos. Por lo general, deberá pagar esta multa mientras tenga cobertura de la Parte D.

Cuando se inscribe por primera vez en Florida Complete Care- In The Community, le informamos del importe de la multa. Si no paga la multa por inscripción tardía en la Parte D, podría perder sus beneficios de medicamentos recetados.

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

- Recibe Ayuda Adicional de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos recetados.
- Estuvo menos de 63 días consecutivos sin la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados.
- Ha tenido cobertura acreditable de medicamentos a través de otra fuente (como un ex empleador, sindicato, TRICARE o la Administración de Salud para Veteranos (VA)). Su aseguradora o el departamento de recursos humanos le informará cada año si su cobertura de medicamentos es acreditable. Es posible que reciba esta información en una carta o en un boletín informativo de dicho plan. Guarde esta información porque puede necesitarla si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

    - **Nota:** Cualquier carta o aviso debe indicar que tenía una cobertura para medicamentos recetados acreditable que se esperaba que pague al menos lo mismo que el plan estándar para medicamentos recetados de Medicare.
    - **Nota:** Las tarjetas de descuento para medicamentos recetados, las clínicas gratuitas y los sitios web con descuento para medicamentos no constituyen una cobertura para medicamentos con receta acreditable.

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

- Si pasó 63 días o más sin la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados después de haber sido elegible por primera vez para inscribirse en la Parte D, nuestro plan contará la cantidad de meses completos en los que no tuvo cobertura.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en el país desde el año anterior (prima base nacional para beneficiarios). Para 2027, este monto promedio de prima es de $41.33.
- Para calcular su multa mensual, Medicare multiplica el número de meses sin cobertura (porcentaje de multa) por el 1% de la prima base nacional para beneficiarios y luego redondea esa cantidad a los 10 centavos más cercanos. Por ejemplo, si usted pasa 14 meses sin la Parte D u otra cobertura acreditable, la multa sería del 14% multiplicada por $41.33, lo que equivale a $5.78. Esto se redondea a $5.80. Este monto se agregaría **a la prima mensual del plan para alguien con una multa por inscripción tardía en la Parte D.**

Tres cosas importantes que debe saber sobre la multa mensual por inscripción tardía en la Parte D:

- **La multa puede cambiar cada año**, porque la prima base nacional para beneficiarios puede cambiar cada año.
- **Por lo general, seguirá pagando una multa** todos los meses mientras esté inscrito en un plan que tenga beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- Si tiene *menos de* 65 años y está inscrito en Medicare, la multa por inscripción tardía en la Parte D se restablecerá cuando cumpla 65 años. Después de cumplir 65 años, la multa por inscripción tardía en la Parte D se calculará únicamente en función de los meses en los que no haya tenido cobertura después del período de inscripción inicial en Medicare por cumplir 65 años.

Si no está de acuerdo con la multa por inscripción tardía en la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una reconsideración (apelación) de la multa. La reconsideración la lleva a cabo una organización de revisión independiente que no tiene ninguna relación con nosotros. En general, debe solicitar esta reconsideración en un **plazo de 60 días a** partir de la fecha de la primera carta que reciba que indique que debe pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si usted estaba pagando una multa antes de unirse a nuestro plan, por lo general no tendrá otra oportunidad de solicitar una reconsideración de dicha multa por inscripción tardía.

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

Sección 5.4 Monto del ajuste mensual relacionado con los ingresos

Es posible que algunos afiliados deban pagar un cargo adicional, conocido como monto del ajuste mensual relacionado con los ingresos (IRMAA) de la Parte D. El cargo adicional se calcula a partir del ingreso bruto ajustado modificado que figura en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años. Si este monto supera cierta cantidad, pagará el monto de la prima estándar y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que puede tener que pagar según sus ingresos, visite Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs.

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

Si no está de acuerdo con el pago del IRMAA adicional, puede solicitar 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 5.5 Monto del plan de pago de medicamentos recetados de Medicare

Si participa en el plan de pago de medicamentos recetados de Medicare, cada mes pagará la prima de su plan (si tiene uno) y recibirá una factura de su plan de salud o de medicamentos por sus medicamentos recetados (en lugar de pagar 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.

El Capítulo 2, Sección 7 brinda 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 6 Más información sobre su prima mensual del plan

Sección 6.1 Cómo pagar su multa por inscripción tardía en la Parte D

Hay dos (2) formas de pagar la prima de su plan.

Opción 1: Pagar con cheque

Le enviaremos su factura todos los meses, y usted pagará su multa por inscripción tardía en la Parte D directamente a nuestro plan con un cheque. El cheque debe emitirse a nombre de Florida Complete Care Complete, no de CMS ni HHS. Envíe su cheque antes del día 15 del mes a:

Florida Complete Care
Attn: FC2 Finance
PO Box 667870
Miami, Florida 33166

Opción 2: Hacer que la multa por inscripción tardía en la Parte D se deduzca de su cheque mensual del Seguro Social

Cambiar la forma en que paga la multa por inscripción tardía en la Parte D. Si decide cambiar la forma en que paga su multa por inscripción tardía de la *Parte* D, pueden pasar hasta 3 meses para que el nuevo método de pago entre en vigencia. Mientras procesamos su solicitud de un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de que la multa por inscripción tardía en la Parte D se pague a tiempo. Para cambiar su método de pago,

comuníquese con Servicios para Afiliados para obtener más información sobre cómo cambiar el método de pago de la prima de su plan. (Los números de teléfono de Servicios para Afiliados están impresos en la contraportada de este folleto).

Si tiene problemas para pagar su multa por inscripción tardía en la Parte D

Su multa por inscripción tardía en la Parte D debe abonarse en nuestra oficina antes del 15 de cada mes. Si no recibimos su pago antes del 15, le enviaremos un aviso informándole que su afiliación al plan finalizará si no recibimos el pago de la multa por inscripción tardía en la Parte D, si corresponde, dentro del plazo establecido. Si debe pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D, deberá pagarla para mantener su cobertura de medicamentos.

Si tiene problemas para pagar la multa por inscripción tardía en la Parte D, si corresponde, dentro del plazo establecido, llame a Servicios para Afiliados al 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526) (los usuarios de TTY deben llamar al 711), para ver si podemos dirigirlo a programas que le ayudarán con sus costos.

Si cancelamos su inscripción porque no pagó la multa por inscripción tardía en la Parte D, si corresponde, tendrá cobertura médica de Medicare Original. Es posible que no pueda obtener la cobertura de medicamentos de la Parte D hasta el año siguiente si se inscribe en un nuevo plan durante el Período de inscripción abierta. (Si no tiene cobertura acreditable de medicamentos durante más de 63 días, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D mientras tenga cobertura de la Parte D).

En el momento en que cancelemos su inscripción, es posible que aún nos deba las multas que no haya pagado. Tenemos derecho a intentar cobrar el monto adeudado. *O* si desea volver a inscribirse en nuestro plan (o en otro plan que ofrecemos) en el futuro, deberá pagar el monto adeudado antes de poder inscribirse.

Si cree que cancelamos su inscripción injustamente, puede presentar una queja (también llamada reclamación). Si tuvo una situación de emergencia que estaba fuera de su control y le impidió pagar su multa por inscripción tardía en la Parte D, si corresponde, dentro del período de gracia, puede presentar una queja. En caso de quejas, revisaremos nuevamente nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 para ver cómo presentar una queja o llámenos al 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526) en el horario de atención de 8 a. m. a 8 p. m. los siete días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1 de octubre al 31 de marzo y de 8 a. m. a 8 p. m. de lunes a viernes (excepto los días festivos federales) del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Debe presentar su queja a más tardar 60 días calendario después de la fecha en que termina su cobertura.

Sección 6.2 La prima mensual de su plan no cambiará durante el año

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

Sin embargo, en algunos casos, es posible que pueda dejar de pagar la multa por inscripción tardía, si la debe, o que deba comenzar a pagarla.

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

Encontrará más información sobre Ayuda Adicional en el Capítulo 2, Sección 7.

SECCIÓN 7 Mantenga actualizado el registro de afiliado de su 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 de la red de su plan **utilizan su registro de afiliado para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y sus montos de costo compartido.** Por ello, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Si tiene alguno de estos cambios, háganoslo saber:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono
- Cambios en otra cobertura de seguro de salud que tenga (como de su empleador, el empleador de su cónyuge o pareja de hecho, compensación por accidente de trabajo o Medicaid)
- Si tiene un reclamo de responsabilidad, como por un accidente automovilístico
- Si ingresa en una residencia de ancianos
- Si recibe atención en un hospital o 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, avísenos llamando a Servicios para Afiliados al 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526) (los usuarios de TTY deben llamar al 711). 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 8 Cómo funciona otro seguro con nuestro plan

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

Una vez al año, le enviaremos una carta con una lista de cualquier otra cobertura médica o de medicamentos de la que tengamos conocimiento. Lea esta información detenidamente. Si es correcta, no necesita hacer nada. Si la información no es correcta o si tiene otra cobertura que no aparece 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). Es posible que deba proporcionar su número de identificación de afiliado del plan a sus otras aseguradoras (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen de manera correcta y puntual.

Cuando tiene otro seguro (como la cobertura de salud grupal del empleador), hay reglas establecidas por Medicare que 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 son cubiertos por la cobertura primaria. El pagador secundario puede no pagar 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 grupal del empleador o sindicato:

- Si tiene cobertura para jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o el de un familiar, quién paga primero depende de su edad, la cantidad de personas que trabajan para su empleador y si tiene Medicare según la edad, una discapacidad o enfermedad renal terminal (ESRD):
    - Si tiene menos de 65 años, tiene una discapacidad y usted (o un familiar) todavía trabaja, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 empleados o más, o si al menos un empleador de un plan de empleadores múltiples tiene más de 100 empleados.

    - Si tiene más de 65 años y usted (o su cónyuge o pareja de hecho) todavía trabaja, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 empleados o más, o si al menos un empleador de un plan de empleadores múltiples tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare debido a ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de que sea elegible para Medicare.

Estos tipos de cobertura generalmente pagan primero 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 por accidente de trabajo

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

CAPÍTULO 2:
Números de teléfono y recursos

SECCIÓN 1 Contactos de Florida Complete Care- In The Community (HMO-POS I-SNP)

Si necesita ayuda con reclamos, facturación o consultas sobre la tarjeta de identificación de afiliado, llame o escriba a Servicios para Afiliados de Florida Complete Care- In The Community (HMO-POS I-SNP). Nos complacerá ayudarle.

Servicios para Afiliados – Información de contacto	
Teléfono	1-833-FC2-PLAN Las llamadas a este número son gratis. Atendemos de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana (excepto Acción de Gracias y Navidad) desde el 1 de octubre hasta el 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 en nuestro servicio de guardia fuera del horario de atención 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. El departamento de Servicios para Afiliados al 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526) (los usuarios de TTY deben llamar al 711) también ofrece servicios gratuitos de interpretación para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratis. Atendemos de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana (excepto Acción de Gracias y Navidad) desde el 1 de octubre hasta el 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 667870 Miami, Florida 33166 FC2Members@ilshealth.com
Sitio web	FC2healthplan.com

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

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura, o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos de la Parte D. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones relacionadas con 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 gratis. Atendemos de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana (excepto Acción de Gracias y Navidad) desde el 1 de octubre hasta el 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 gratis. Atendemos de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana (excepto Acción de Gracias y Navidad) desde el 1 de octubre hasta el 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 667870 Miami, Florida 33166
Sitio web	FC2healthplan.com

Apelaciones de atención médica - Información de contacto	
Teléfono	1-833-FC2-PLAN Las llamadas a este número son gratis. Atendemos de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana (excepto Acción de Gracias y Navidad) desde el 1 de octubre hasta el 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 gratis. Atendemos de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana (excepto Acción de Gracias y Navidad) desde el 1 de octubre hasta el 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 recetados de la Parte D - Información de contacto	
Teléfono	1-844-740-0625 Las llamadas a este número son gratis. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratis. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
Fax	1-833-434-0563
Correo postal	Judi Rx Attn: Prior Authorization 9450 SW Gemini Dr., Suite 87234 Beaverton, Oregon 97008-7105

Apelaciones para medicamentos de la Parte D – Información de contacto	
Teléfono	1-844-740-0625 Las llamadas a este número son gratis. De lunes a viernes de 7 a 8 p. m. ET y sábados y domingos de 8 a 5 p. m. ET
TTY	711. Las llamadas a este número son gratis. De lunes a viernes de 7 a 8 p. m. ET y sábados y domingos de 8 a 5 p. m. ET
Fax	1-833-434-0563
Correo postal	Judi Rx Attn: Appeals Dept. 9450 SW Gemini Dr., Suite 87234 Beaverton, Oregon 97008-7105

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 gratis. Las llamadas a este número son gratis. 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) desde el 1 de octubre hasta el 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 gratis. Las llamadas a este número son gratis. Atendemos de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana (excepto Acción de Gracias y Navidad) desde

	el 1 de octubre hasta el 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 668800 Miami, Florida 33166 Grievance@FC2healthplan.com
Sitio web de Medicare	Para presentar una queja sobre Florida Complete Care- In The Community (HMO-POS I-SNP) directamente ante Medicare, vaya a Medicare.gov/my/medicare-complaint.

Quejas sobre medicamentos de la Parte D - Información de contacto	
Teléfono	1-844-740-0625 Las llamadas a este número son gratis. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratis. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
Fax	1-833-434-0563
Correo postal	Judi Rx Attn: Customer Care 9450 SW Gemini Dr., Suite 87234 Beaverton, Oregon 97008-7105
Sitio web de Medicare	Para presentar una queja sobre Florida Complete Care- In The Community (HMO-POS I-SNP) directamente ante Medicare, vaya a Medicare.gov/my/medicare-complaint.

Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica o de un medicamento que usted recibió

Si ha recibido una factura o ha pagado 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 rechazamos 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 gratis. 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) desde el 1 de octubre hasta el 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 gratis. Atendemos de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana (excepto Acción de Gracias y Navidad) desde el 1 de octubre hasta el 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 de la Parte D - Información de contacto	
Teléfono	1-844-740-0625 Las llamadas a este número son gratis.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratis. *Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.*
Correo postal	Judi Rx Attn: Claims Dept. 9450 SW Gemini Dr., Suite 87234 Beaverton, Oregon 97008-7105 Los afiliados también pueden enviar por correo electrónico todos los documentos para su procesamiento a dmr@judi.com

SECCIÓN 2 Obtenga ayuda de Medicare

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

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Esta agencia tiene contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluido nuestro plan.

Medicare - Información de contacto	
Teléfono	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratis. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratis.
Chat en vivo	Puede chatear en vivo en Medicare.gov/talk-to-someone.
Correo postal	Escriba a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044
Sitio web	Medicare.gov • Infórmese sobre los planes de salud y medicamentos de Medicare en su área, incluyendo su costo y los servicios que ofrecen. • Busque médicos, otros proveedores de atención médica y proveedores de suministros que participen en Medicare. • Infórmese sobre lo que cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como exámenes de detección, inyecciones o vacunas y visitas anuales de “bienestar”). • Obtenga información y formularios para apelaciones de Medicare. • Obtenga información sobre la calidad de la atención brindada por los planes, hogares de ancianos, hospitales, médicos, agencias de atención médica a domicilio, centros de diálisis, centros de cuidados paliativos, centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados y hospitales de cuidados a largo plazo.

- Busque sitios web y números de teléfono útiles.

También puede visitar Medicare.gov para informar a Medicare una queja que tenga sobre Florida Complete Care- In The Community (HMO-POS I-SNP).

Para presentar una queja ante Medicare, vaya a Medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare toma en serio sus quejas y utilizará esta información para mejorar la calidad de su programa.

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP)

El Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en cada estado y ofrece ayuda, información y respuestas gratuitas a sus preguntas de Medicare. En Florida, SHIP se llama Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE).

SHINE es un programa estatal independiente (no relacionado con ninguna compañía de seguros o plan de salud) que obtiene dinero del gobierno federal para ofrecer asesoramiento gratuito sobre seguros médicos locales a personas que tienen 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 ayudarle con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare, explicarle las opciones de planes de Medicare y responder sus preguntas sobre cómo cambiar de plan.

Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE) (SHIP 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	floridashine.org/

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

En cada estado existe una Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO) designada que presta servicios a las personas con Medicare.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 la salud a quienes Medicare les paga para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas que tienen Medicare. Acentra Health es una organización independiente. No está relacionada con nuestro plan.

Debe comunicarse con Acentra Health en cualquiera de estas situaciones:

- Tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió. Algunos ejemplos de problemas relacionados con la calidad de la atención médica incluyen recibir la medicación incorrecta, realizar pruebas o procedimientos innecesarios o recibir un diagnóstico erróneo.
- Cree que la cobertura de su hospitalización finaliza demasiado pronto
- Cree que la cobertura de su cuidado de la salud a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o servicios del Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF) finaliza demasiado pronto.

Acentra Health (anteriormente KEPRO) (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) 1650 Summit Lake Dr., Suite 102, Tallahassee, FL 32317
Sitio web	acentraqio.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social determina la elegibilidad para Medicare y gestiona la inscripción 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 su 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 gratis. Disponible de 8 a. m. a 7 p. m., de lunes a viernes. Utilice los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunos trámites las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratis. Disponible de 8 a. m. a 7 p. m., de lunes a viernes.
Sitio web	SSA.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

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. Medicaid ofrece programas para ayudar a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como 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.

Para obtener más información sobre los programas de ahorro de Medicaid y Medicare, comuníquese con el Programa Medicaid de Florida – Agencia para la Administración de la Atención Médica.

Agencia para la Administración de la Atención Médica (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	Agencia para la Administración de la Atención de Médica 2727 Mahan Drive Tallahassee, FL 32308
Sitio web	ahca.myflorida.com/Medicaid/index.shtml

SECCIÓN 7 Programas para ayudar a las personas a pagar los medicamentos recetados

El sitio web de Medicare (Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) tiene información sobre maneras de reducir el costo de sus medicamentos recetados. Los programas que se describen a continuación pueden ayudar a personas con ingresos limitados.

Ayuda Adicional de Medicare

Medicare y el Seguro Social tienen un programa llamado Ayuda Adicional que puede ayudar a personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos de los medicamentos. Si es elegible, recibirá ayuda para pagar la prima mensual, el deducible anual y los copagos de su plan de medicamentos de Medicare. La Ayuda Adicional también cuenta para sus gastos directos de bolsillo.

Si usted califica automáticamente para la Ayuda Adicional, Medicare le enviará una carta morada para avisarle. Si no califica automáticamente, puede presentar su solicitud en cualquier momento. Para saber si es elegible para la Ayuda Adicional:

- Visite secure.ssa.gov/i1020/start para presentar su solicitud en línea
- Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Al solicitar la Ayuda Adicional, también puede iniciar el proceso de solicitud para un Programa de Ahorros de Medicare (MSP). Estos programas estatales ayudan con otros costos de Medicare. El Seguro Social enviará información a su estado para iniciar una solicitud de MSP, a menos que usted indique lo contrario en la solicitud de Ayuda Adicional.

Si reúne los requisitos para recibir Ayuda Adicional y considera que en la farmacia le están cobrando un monto incorrecto por sus medicamentos recetados, nuestro plan cuenta con un procedimiento para ayudarle a obtener evidencia del monto correcto del copago. Si ya cuenta con evidencia del monto correcto, podemos ayudarle a que nos envíe dicha evidencia.

- Si necesita ayuda para obtener la mejor constancia disponible, llame al departamento de Servicios para Afiliados (consulte el Capítulo 2, Sección 1 para obtener los números de teléfono) y un representante le enseñará cómo obtener la constancia y dónde enviarla.
- Cuando obtengamos la evidencia que demuestre el nivel de copago correcto, actualizaremos nuestro sistema para que usted pueda pagar el monto correcto cuando reciba su próxima receta. Si paga de más en su copago, le reembolsaremos el importe, ya sea mediante cheque o como crédito para un futuro pago de copago. Si la farmacia no cobró su copago y usted tiene una deuda con ella, podemos realizar el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, podemos hacer el pago directamente al estado. Si tiene preguntas, llame a Servicios para Afiliados al 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526). (Los usuarios de TTY deben llamar al 711).

¿Qué sucede si tiene Ayuda Adicional y cobertura de un Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP)?

El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a las personas que viven con VIH/SIDA a acceder a medicamentos contra el VIH que les salvan la vida. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están en el formulario de ADAP califican para recibir asistencia para compartir los costos de los medicamentos recetados a través del ADAP que opera en Florida.

Nota: Para ser elegible para el ADAP que opera en su estado, usted debe cumplir con ciertos criterios, que incluyen constancia de residencia en el estado y situación respecto del VIH,

bajos ingresos según lo definido por el estado y estado sin seguro/con seguro insuficiente. Si cambia de plan, notifique a su trabajador de inscripción local de ADAP para que pueda seguir recibiendo asistencia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-844-381-2327.

Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare

El Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual para ayudarlo a administrar sus gastos directos de bolsillo por los medicamentos cubiertos por nuestro plan distribuyéndolos a lo largo del **año calendario** (de enero a diciembre). Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago. **Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce sus costos de medicamentos. Si participa en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare y continúa en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2027. No necesita presentar una nueva solicitud de inscripción para continuar participando en 2027.** Para obtener más información sobre esta opción de pago, llame a Servicios para Afiliados al 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526) (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite Medicare.gov.

Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare – Información de contacto	
Teléfono	1-833-FC2-PLAN Las llamadas a este número son gratis. Atendemos de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana (excepto Acción de Gracias y Navidad) desde el 1 de octubre hasta el 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 en nuestro servicio de guardia fuera del horario de atención 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. El departamento de Servicios para Afiliados al 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526) (los usuarios de TTY deben llamar al 711) también ofrece servicios gratuitos de interpretación para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratis. Atendemos de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana (excepto Acción de Gracias y Navidad) desde el 1 de octubre hasta el 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 667870 Miami, Florida 33166 FC2Members@ilshealth.com
Sitio web	FC2healthplan.com

SECCIÓN 8 Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB)

La Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios es una agencia federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores ferroviarios del país y sus familias.Si recibe su Medicare a través de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, infórmeles si se muda o cambia su 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 gratis. Pulse “0” para hablar con un representante de la RRB de 9 a. m. a 3:30 p. m., lunes, martes, jueves y viernes, y de 9 a. m. a 12 p. m. los miércoles. Presione “1” para acceder a la línea de ayuda automatizada RRB y a la información grabada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número no son gratis.
Sitio web	RRB.gov

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

Si usted (o su cónyuge o pareja de hecho) recibe beneficios de su empleador (o el de su cónyuge o pareja de hecho) o del grupo de jubilados como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios del empleador/sindicato o Servicios para Afiliados al 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526) (los usuarios de TTY deben llamar al 711), si tiene alguna pregunta. Puede preguntar acerca de los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción de su empleador o plan de jubilados (o de su cónyuge o pareja de hecho). Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si tiene preguntas sobre su cobertura de Medicare bajo este plan. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

CAPÍTULO 3:
Utilice nuestro plan para sus servicios médicos

SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica como afiliado de nuestro plan

Este capítulo explica lo que necesita saber sobre cómo usar el plan para obtener atención médica cubierta. Para obtener detalles sobre la atención médica que cubre nuestro plan y el costo que deberá pagar cuando recibe atención, consulte el Cuadro 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 médica autorizados por el estado para proporcionar servicios y atención médica. El término "proveedores" también incluye hospitales y otras instalaciones de atención médica.
- Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y el monto de su costo compartido como pago total. Hemos acordado que estos proveedores brinden servicios cubiertos a los afiliados de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan directamente la atención que le brindan. Cuando ve a un proveedor de la red, paga solo su parte del costo de sus servicios.
- Los **servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, servicios de cuidado de la salud, suministros, equipo y medicamentos recetados que están cubiertos por nuestro plan. Sus servicios cubiertos de atención médica se enumeran en el Cuadro 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 su atención médica esté cubierta por nuestro plan

Como plan de salud de Medicare, Florida Complete Care- In The Community debe cubrir todos los servicios cubiertos de Medicare Original y debe seguir las reglas de cobertura de Medicare Original.

Florida Complete Care- In The Community, por lo general, cubrirá su atención médica siempre que:

- **La atención que recibe esté incluida en el Cuadro de beneficios médicos de nuestro plan** en el Capítulo 4.
- **La atención que recibe se considere necesaria por razones médicas**. "Necesario por razones médicas" significa que los servicios, suministros, equipo o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su enfermedad y cumplen los estándares aceptados de la práctica médica.
- **Tiene un proveedor de atención primaria de la red (un PCP) que brinda y supervisa su atención.** Como afiliado de nuestro plan, debe elegir un PCP de la red (para obtener más información, consulte la Sección 2.1).
    - En la mayoría de las situaciones, su PCP de la red debe darle su aprobación por adelantado (una derivación) antes de que pueda acudir a otros proveedores de la red del 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 una derivación de su PCP para la atención de emergencia o los servicios que necesite con urgencia. Para obtener información sobre otros tipos de atención médica que puede recibir sin necesidad de obtener la aprobación previa de su PCP, consulte la Sección 2.2.
- **Debe recibir atención médica dentro o fuera de la red** (consulte la Sección 2). En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan) no estará cubierta. Esto significa que usted debe pagar al proveedor el importe total de los servicios que reciba. Hay 3 excepciones:
    - El 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 ver cuáles son los servicios de emergencia o que se necesitan con urgencia, consulte la Sección 3.
    - Si necesita atención médica que Medicare requiere que cubra nuestro plan, pero no hay especialistas en nuestra red que brinden esa atención, puede obtenerla de un proveedor fuera de la red al mismo costo compartido que normalmente paga dentro de la red. Se debe obtener autorización del plan antes de buscar atención. En esta situación, pagará lo mismo que pagaría 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.
    - El plan cubre los servicios de diálisis que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor de este servicio está temporalmente inaccesible o no disponible. El costo compartido que paga al plan por la diálisis nunca puede exceder el costo compartido en Medicare Original. Si usted se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan y recibe diálisis de un proveedor que no pertenece a nuestra red, su costo compartido no puede ser superior al 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 del plan, el costo compartido de la diálisis puede ser mayor.

SECCIÓN 2 Utilice proveedores dentro de la red de nuestro plan para obtener atención médica

Sección 2.1 Debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) que le proporcione atención médica y la supervise

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

Cómo elegir un PCP

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

Cómo cambiar de PCP

Puede cambiar su PCP por cualquier motivo, en cualquier momento. También es posible que su PCP abandone la red de proveedores de nuestro plan, y que usted tenga que elegir un nuevo PCP. Para cambiar de PCP, 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 PCP (como servicios de salud a domicilio y equipo médico duradero). El Servicios para Afiliados le ayudará a garantizar que pueda continuar con la atención especializada y otros servicios que ha estado recibiendo cuando cambie de PCP. Además, verificará que el PCP al que desea cambiar esté aceptando nuevos pacientes. Servicios para Afiliados cambiará su registro de afiliado para mostrar el nombre de su nuevo PCP y le informará cuándo entrará en vigencia el cambio a su nuevo PCP. También le enviará una nueva tarjeta de afiliado que muestra el nombre y el número de teléfono de su nuevo PCP.

Sección 2.2 Atención médica que puede obtener sin una derivación de su PCP

Puede obtener los servicios enumerados a continuación sin la aprobación previa de su PCP.

- 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 de proveedores dentro o fuera de la red.
- Servicios de emergencia de proveedores de la red o fuera de la red.
- Los servicios cubiertos por el plan que se necesitan con urgencia son aquellos que requieren atención médica inmediata (pero no una emergencia) si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, o si, dadas sus circunstancias y el tiempo disponible, no es razonable obtener este servicio de los proveedores de la red. Ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones inesperadas o brotes inesperados de enfermedades existentes. Las visitas rutinarias médicamente necesarias al proveedor de atención médica (como los chequeos anuales) no se consideran urgentes, incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.
- Servicios de diálisis que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan. Si es posible, llame a Servicios para 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 ayudarle a coordinar su diálisis de mantenimiento mientras está fuera.
- Todos los servicios preventivos cubiertos de proveedores de la red.
- Beneficios complementarios cubiertos por el plan.
- Visita a un Doctor en Medicina (MD) o Doctor en Medicina Osteopática (DO).

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

Un especialista es un médico que brinda servicios de atención médica para una enfermedad o una parte específica del organismo. 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 enfermedades óseas, articulares o musculares.

Cuando su PCP 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 PCP para que lo derive a servicios adicionales. Si está recibiendo tratamiento especializado o su PCP cree que necesita un tratamiento especializado, puede acudir a cualquier especialista de la red para recibir la

atención que necesita sin la derivación de su PCP. Para algunos servicios, es posible que usted o su PCP deban obtener una aprobación previa de nuestro plan (esto se denomina obtener una "autorización previa"). Para estos servicios, el plan tomará la decisión sobre si el servicio solicitado es necesario por razones médicas y apropiado para usted. Consulte la Capítulo 4, Sección 2.1 para obtener información sobre los servicios que requieren autorización previa.

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

Es posible que, a lo largo del año, realicemos cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de la red de nuestro plan. Si su médico o especialista deja nuestro plan, usted tiene estos derechos y protecciones:

- Si bien nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare requiere que le brindemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le notificaremos que su proveedor se desvinculará de nuestro plan para que tenga tiempo para seleccionar un nuevo proveedor.
    - Si su proveedor de atención primaria o de salud del comportamiento se desvincula de nuestro plan, le notificaremos si ha visitado a ese proveedor en los últimos 3 años.
    - Si alguno de sus otros proveedores abandona nuestro plan, le notificaremos si usted está asignado a dicho proveedor, si actualmente lo está atendiendo o si lo visitó en los últimos 3 meses.
- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado dentro de nuestra red para que pueda continuar recibiendo atención médica.
- Si usted está recibiendo tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar que continúe el tratamiento o las terapias médicamente necesarias que está recibiendo. Trabajaremos con usted para que pueda seguir recibiendo atención médica.
- Le proporcionaremos información sobre los períodos de inscripción disponibles y las opciones que pueda tener para cambiar de plan.
- Nos ocuparemos de cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores, pero con costo compartido dentro de la red, cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas. Se requiere autorización previa.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará de formar parte de nuestro plan, contáctenos para que podamos ayudarle a elegir un nuevo proveedor y 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 a la QIO, una reclamación al plan por la calidad de la atención, o ambas (consulte el Capítulo 9).

Sección 2.4 Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red

Como afiliado de nuestro plan, usted tiene derecho a recibir servicios de proveedores fuera de la red en casos de emergencia o cuando necesite atención urgente. Además, nuestro plan debe cubrir los servicios de diálisis para la enfermedad renal terminal (ESRD) si usted ha viajado fuera del área de servicio del plan y no puede acceder a los proveedores de tratamiento de la enfermedad renal terminal contratados.

Su PCP de la red o el plan deben darle una aprobación previa antes de que usted pueda acudir a proveedores que no están en la red del plan. Esto se llama hacerle una “derivación”. Para obtener más información sobre esto y las situaciones en las que puede consultar a un proveedor fuera de la red sin una derivación (como una emergencia), revise las Secciones 2.2 y 2.3 de este capítulo. Si no tiene una derivación (aprobación por adelantado) antes de recibir servicios de un proveedor fuera de la red. Para algunos tipos de servicios, su médico puede necesitar la aprobación por adelantado de nuestro plan (esto se llama obtener “autorización previa”). Consulte el Capítulo 4, Sección 2.1 para obtener más información de los servicios que requieren autorización previa. Lo mejor es pedir a un proveedor fuera de la red que facture primero al plan. Pero, si ya ha pagado los servicios cubiertos, le reembolsaremos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos. O si un proveedor fuera de la red le envía una factura que cree que deberíamos pagar, puede enviarla para que la paguemos. Consulte el Capítulo 7 (Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos) para obtener información sobre qué hacer si recibe una factura o si necesita solicitar un reembolso.

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios en caso de emergencia, desastre o necesidad urgente de atención médica

Sección 3.1 Cómo obtener atención si tiene una emergencia médica

Una **emergencia médica** ocurre cuando usted u otra persona prudente, con conocimientos promedio de salud y medicina, considera que presenta 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, lesión, dolor intenso o una afección que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Pida ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o diríjase a la sala de emergencias u hospital más cercano. Llame a una ambulancia si la necesita. No es necesario que primero obtenga la aprobación o una derivación de su PCP. No es necesario que utilice 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 es parte de nuestra red.

- **Asegúrese de que se le informe a nuestro plan sobre su emergencia 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 caso de 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 cuándo su condición está estable y la emergencia médica ha terminado.

Una vez finalizada la emergencia, tiene derecho a recibir atención de seguimiento para asegurarse de que su condición 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 condición médica y las circunstancias lo permitan.

¿Qué pasa si no fue una emergencia médica?

A veces puede ser difícil saber si tiene una emergencia médica. Por ejemplo, podría acudir para recibir atención de emergencia, pensando que su salud está en grave peligro, y el médico puede decir que no fue 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 se trataba de una emergencia, cubriremos la atención adicional *solo* si la recibe de una de estas 2 maneras:

- Acude a un proveedor de la red para obtener atención adicional, o
- La atención adicional que recibe se considera servicios de urgencia y usted sigue las normas 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 que no es una emergencia) se considera un servicio urgente si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, o si, dadas sus circunstancias y el tiempo disponible, no es razonable obtener este servicio de los proveedores de la red. Ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones inesperadas o brotes inesperados de enfermedades existentes. Sin embargo, las visitas rutinarias al médico que sean necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran urgentes, incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si nuestra red de proveedores no está 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 situaciones de necesidades no urgentes, podrá ayudarle 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 Reciba atención médica durante un desastre

Si el gobernador de su estado, el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos o el presidente de Estados Unidos declaran un estado de catástrofe o emergencia en su área geográfica, aun así tiene 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, su plan le permitirá obtener atención de proveedores fuera de la red con costos compartidos dentro de la red. Si no puede comprar en una farmacia de la red durante una catástrofe, puede surtir sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5.

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

Si usted pagó más de lo que le corresponde por los servicios cubiertos según nuestro plan, o si recibe una factura por el costo total de servicios médicos cubiertos, puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de dichos servicios. Para obtener información sobre qué hacer, consulte el Capítulo 7.

Sección 4.1 Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan, debe pagar el costo total

Florida Complete Care- In The Community cubre todos los servicios médicamente necesarios que figuran en el Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4 de este documento. Si usted recibe servicios que no están cubiertos por nuestro plan, o recibe sin autorización servicios fuera de la red que no sean servicios de emergencia ni de necesidad urgente, usted será de pagar el costo total de los servicios.

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, usted paga el costo total del servicio que recibe después de haber agotado su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Los montos que pague una vez alcanzado un límite de beneficios no se contabilizarán para el monto máximo de gastos directos de 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. Cuando participa en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su atención (la atención que no está relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si 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 elegible, solo 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 debe informarnos ni obtener nuestra aprobación o la de su PCP. Los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica no necesitan ser parte de la red de nuestro plan. (Esto no se aplica a los beneficios cubiertos que requieren un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio, incluidos ciertos beneficios que requieren cobertura con desarrollo de evidencia (NCD-CED) y estudios de exención de dispositivos de investigación (IDE). Estos beneficios también pueden estar sujetos a autorización previa y otras normas del plan).

Si bien no necesita obtener el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, le recomendamos que nos notifique con anticipación cuando decida participar en ensayos clínicos calificados por Medicare.

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

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

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

- Alojamiento y comida de una hospitalización 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 la diferencia entre el costo compartido de Medicare Original y su costo compartido dentro de la red como afiliado de nuestro plan. Esto significa que pagará la misma cantidad por los servicios que recibe como parte del estudio que pagaría si recibiera estos servicios de nuestro plan. Sin embargo, se debe presentar documentación que demuestre cuánto costo compartido pagó. Para obtener más información sobre cómo presentar solicitudes de pago, consulte el Capítulo 7.

Ejemplo de costo compartido en un ensayo clínico: Supongamos que le hacen un análisis de laboratorio que cuesta $100 como parte del estudio de investigación. Su parte del costo de este análisis es de $20 con Medicare Original, pero el análisis costaría $10 con nuestro plan. En este caso, Medicare Original pagaría $80 por la prueba y usted pagaría el copago de $20 requerido por Medicare Original. Deberá notificar a nuestro plan que recibió un servicio de ensayo clínico elegible y enviar documentación al plan, como una factura del proveedor. El plan le pagaría directamente $10. Esto hace que su pago neto por la prueba sea de $10, la misma cantidad que pagaría según los beneficios de nuestro plan.

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

- En general, Medicare no pagará el nuevo procedimiento o servicio que el estudio está probando, a menos que Medicare cubra el procedimiento o servicio incluso si usted no estuviera en un estudio.
- Procedimientos o servicios proporcionados solo para recopilar datos que no se utilizan en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no pagará las tomografías computarizadas mensuales realizadas como parte del estudio si su afección médica normalmente requeriría una sola tomografía computarizada.
- Procedimientos y servicios que los patrocinadores de la investigación proporcionan de forma gratuita a los participantes del ensayo.

Obtenga más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica

Obtenga más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica en la publicación de Medicare *Medicare y los estudios de investigación clínica,* disponible en Medicare.gov/coverage/clinical-research-studies. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

SECCIÓN 6 Normas para recibir atención en una institución religiosa de cuidados de salud no médicos

Sección 6.1 Una institución religiosa de cuidados de la salud no médicos

Una institución religiosa de cuidados de la salud no médicos es un centro que brinda atención para una enfermedad que normalmente se trataría en un hospital o centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un afiliado, en su lugar, brindaremos cobertura para la atención en una institución religiosa de cuidados de la salud no médicos.

Este beneficio se proporciona solo para servicios de pacientes hospitalizados de la Parte A (servicios de cuidados de la salud no médicos).

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

Para recibir atención de una institución religiosa de cuidados de la salud no médicos, debe firmar un documento legal que indique que se opone por motivos de conciencia a recibir tratamiento médico **no exceptuado**.

- La atención o el tratamiento médico **no exceptuado** es cualquier atención o tratamiento médico *voluntario y no exigido* por las leyes federales, estatales o locales.
- La atención o el tratamiento médico **exceptuado** es la atención o el tratamiento médico que usted recibe y que *no* es voluntario o que es *exigido* por la legislación federal, estatal o local.

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

- El centro que brinda la atención debe estar certificado por Medicare.
- Nuestro plan solo cubre los aspectos *no religiosos* de la atención médica.
- Si recibe servicios de esta institución que se le brindan en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
  - Debe tener una enfermedad que le permitiría recibir servicios cubiertos de atención de pacientes hospitalizados 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 de hospitalización necesarios por motivos médicos. Para obtener más información, consulte el Capítulo 4 (Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)).

SECCIÓN 7 Reglas de propiedad de equipos médicos duraderos

Sección 7.1 Usted no será propietario del equipo médico duradero después de realizar una cierta cantidad de pagos bajo nuestro plan

El equipo médico duradero (DME) incluye equipos y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchón eléctrico, muletas, suministros para personas con diabetes,

dispositivos de generación de voz, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital indicadas por un proveedor para su uso en el hogar. El afiliado siempre es propietario de algunos artículos de equipo médico duradero, como las prótesis. Otros tipos de DME los debe alquilar.

En Medicare Original, las personas que alquilan algunos tipos de DME son dueños del equipo después de pagar copagos por el artículo durante 13 meses. **Como afiliado de Florida Complete Care- In The Community, en general, usted no adquirirá la propiedad de los DME alquilados, independientemente de cuántos copagos haya abonado por el equipo mientras era afiliado de nuestro plan.** No obtendrá la propiedad, incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de DME bajo Medicare Original antes de unirse a nuestro plan. En determinadas circunstancias, le transferiremos la propiedad del equipo médico duradero. Llame 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.

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

Si no adquirió la propiedad del DME mientras estaba en nuestro plan, tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos después de cambiar a Medicare Original para ser propietario del artículo. Los pagos que usted realizó mientras estuvo inscrito en nuestro plan no cuentan para estos 13 pagos.

Ejemplo 1: hizo 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. Deberá hacer 13 pagos para tener la propiedad del artículo.

Ejemplo 2: hizo 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Medicare Original y luego se inscribió en nuestro plan. Usted no obtuvo la propiedad del artículo mientras estuvo bajo nuestro plan. Luego vuelve a Medicare Original. Tendrá que hacer otros 13 pagos consecutivos para ser propietario del artículo una vez que se inscriba nuevamente en Medicare Original. 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, suministro y mantenimiento

Si es elegible para la cobertura de equipo de oxígeno de Medicare, *Florida* Complete Care- In The Community 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 abandona *Florida* Complete Care- In The Community o ya no necesita un equipo de oxígeno por motivos médicos, el equipo de oxígeno debe ser devuelto.

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

Medicare Original requiere que un proveedor de oxígeno le brinde 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 costo compartido aplicable del oxígeno). Después de 5 años, puede optar por permanecer en la misma compañía o elegir otra. En este punto, el ciclo de 5 años vuelve a empezar, incluso si permanece en la misma compañía, y nuevamente debe pagar copagos durante los primeros 36 meses. Si se inscribe o se desvincula de nuestro plan, el ciclo de 5 años comienza de nuevo.

CAPÍTULO 4:
Cuadro de beneficios médicos
(lo que está cubierto y lo que usted paga).

SECCIÓN 1 Comprender sus gastos directos por servicios cubiertos

El Cuadro de beneficios médicos muestra sus servicios cubiertos y cuánto pagará por cada servicio cubierto como afiliado de Florida Complete Care (HMO I-SNP). Esta sección también proporciona información sobre los servicios médicos que no están cubiertos y explica los límites de ciertos servicios.

Sección 1.1 Gastos directos de bolsillo que puede pagar por servicios cubiertos

Los tipos de gastos directos de bolsillo que puede pagar por sus servicios cubiertos incluyen:

- **Deducible:** el monto que debe pagar por los servicios médicos antes de que nuestro plan comience a pagar su parte. La Sección 1.2 le brinda más información sobre el deducible de nuestro plan.
- **Copago:** el monto fijo que paga cada vez que recibe determinados servicios médicos. Usted paga un copago al momento de recibir el servicio médico. (El Cuadro de beneficios médicos le brinda más información sobre sus copagos).
- **Coseguro:** el porcentaje que paga del costo total de determinados servicios médicos. Usted paga un coseguro al momento de recibir el servicio médico. (El Cuadro de beneficios médicos le brinda más información sobre su coseguro).

La mayoría de las personas elegibles para Medicaid o el programa Beneficiario calificado de Medicare (QMB) no pagan deducibles, copagos ni coseguros. Si participa en alguno de estos programas, asegúrese de mostrarle a su proveedor la prueba de que cumple los requisitos para Medicaid o QMB.

Sección 1.2 Deducible de nuestro plan

Su deducible es de $1,736 para la Parte A, y de $283 para la Parte B para 2026. Hasta que haya pagado el monto deducible, debe pagar el costo total de sus servicios cubiertos. Una vez que haya pagado su deducible, comenzaremos a pagar nuestra parte de los costos de los

servicios médicos cubiertos y usted pagará su parte del coseguro de 20% durante el resto del año calendario.

El deducible no se aplica a algunos servicios. Esto significa que nosotros pagamos nuestra parte de los costos de estos servicios incluso si aún no ha pagado su deducible. El deducible no se aplica a los siguientes servicios:

- *Servicios preventivos*
- *Servicios de emergencia/urgencia*
- *Insulina suministrada a través de un equipo médico duradero.*
- *Servicios de podología: Cuidado de rutina de los pies*
- *Productos de venta libre (OTC)*
- *Beneficio de comidas*

Sección 1.3 Nuestro plan tiene un deducible general que se describe en la Sección 1.2: deducible separado para ciertos tipos de servicios

Nuestro plan tiene un monto deducible para ciertos servicios. Hasta que no haya pagado el monto del deducible, deberá pagar el costo total de los beneficios cubiertos por Medicare dentro de la red. Una vez que usted haya pagado su deducible, nosotros pagaremos nuestra parte de los costos de estos servicios y usted pagará la suya El Cuadro de beneficios médicos muestra los deducibles por categoría de servicio.

Sección 1.4 ¿Cuál es el monto máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare?

Los Planes Medicare Advantage tienen límites en el monto total que debe pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos cubiertos dentro de la red por las Partes A y B de Medicare. Este límite se llama monto máximo de gastos directos de bolsillo (MOOP) para servicios médicos.**Para el año calendario 2027 el monto de MOOP es de $3,400.**

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

Sección 1.6 Los proveedores no tienen permitido facturarle el saldo

Como afiliado de Florida Complete Care, tiene una protección importante porque después de alcanzar el deducible, solo tiene que pagar el monto del costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden agregar otros cargos separados, lo que se llama **facturar el saldo**. Esta protección se aplica incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio e incluso si hay una disputa y no pagamos determinados cargos del proveedor.

Así funciona la protección contra la facturación de saldos:

- Si su costo compartido es un copago (un monto fijo en dólares, por ejemplo, $15.00), entonces solo paga ese monto por los servicios cubiertos de un proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor que consulte:
    - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de reembolso de nuestro plan (según lo determinado en el contrato entre el proveedor y el plan).
    - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa en Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Nuestro plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en determinadas situaciones, como cuando recibe una derivación, en caso de emergencia o cuando necesita servicios urgentes).
    - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Nuestro plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en determinadas situaciones, como cuando recibe una derivación, en caso de emergencia o cuando necesita servicios urgentes fuera del área de servicio).
- Si considera que un proveedor le ha facturado un saldo, llame a Servicios para Afiliados al 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526) (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Atendemos 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) del 1 de abril al 30 de septiembre.

SECCIÓN 2 El Cuadro de beneficios médicos muestra sus beneficios y costos médicos

El Cuadro de beneficios médicos de las siguientes páginas indica los servicios que cubre Florida Complete Care y lo que paga de su bolsillo por cada servicio (la cobertura de medicamentos de la Parte D se detalla en el Capítulo 5). Los servicios detallados en el Cuadro de beneficios médicos se cubren únicamente si se cumplen los siguientes requisitos:

- Los servicios cubiertos por Medicare deben prestarse de acuerdo con las pautas de cobertura que establece Medicare.
- Los servicios (que incluyen atención médica, servicios, suministros, equipo y medicamentos recetados de la Parte B) *deben* ser necesarios por razones médicas. "Necesario por razones médicas" significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su enfermedad y cumplen con los estándares aceptados de práctica médica.
- Para los nuevos afiliados, su plan de atención coordinada de MA debe proporcionar un período de transición mínimo de 90 días, durante el cual el nuevo plan de MA no puede requerir autorización previa para ningún tratamiento activo, incluso si el tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Recibe atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierta, a menos que sea atención de emergencia o urgencia, o a menos que nuestro plan o un proveedor de la red lo haya derivado. Esto significa que usted paga al proveedor el monto total de los servicios que reciba fuera de la red.
- Tiene un proveedor de atención primaria (un PCP) que brinda y supervisa su atención. En la mayoría de las situaciones, su PCP debe darle su aprobación por adelantado (una derivación) antes de que pueda acudir a otros proveedores de la red de nuestro plan.
- Algunos de los servicios indicados en el Cuadro de beneficios médicos tienen cobertura *solo* si su médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra aprobación por adelantado (a veces denominada autorización previa). Los servicios cubiertos que necesitan aprobación por adelantado están marcados en el Cuadro de beneficios médicos en cursiva.

Otros aspectos importantes que debe saber sobre nuestra cobertura:

- Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. Para algunos de estos beneficios, paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Medicare Original. Para otros, paga *menos.* (Para obtener más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual *Medicare y usted 2027*. Véalo en línea en Medicare.gov o solicite una copia llamando al

1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (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. Sin embargo, si también recibe tratamiento o monitoreo por una enfermedad existente durante la visita cuando recibe servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención recibida por dicha enfermedad.
- Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio nuevo durante 2027, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
- Si se encuentra en el período de *3* meses de la elegibilidad continua estimada de nuestro plan, seguiremos brindando todos los beneficios cubiertos por el plan y sus montos de costos compartidos no cambiarán durante este período.

Este símbolo de manzana identifica los servicios preventivos en el Cuadro de beneficios médicos.

Cuadro de beneficios médicos

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal Una sola ecografía de detección para personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre este examen si tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una derivación de su médico, asistente médico (PA), profesional de enfermería (NP) o especialista en enfermería clínica (CNS).	No hay coseguro, copago ni deducible para los afiliados elegibles para este examen preventivo. **No requiere autorización.**
Acupuntura para el dolor lumbar crónico Los servicios cubiertos incluyen: Hasta 12 visitas en 90 días están cubiertas en las siguientes circunstancias: Para fines de este beneficio, dolor lumbar crónico se define de la siguiente manera: • Dura 12 semanas o más • No puede especificarse, ya que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no tiene relación con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.)	Paga un coseguro del 20% **No requiere autorización.**

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• No se asocia con cirugía • No se asocia con embarazo Se cubrirán 8 sesiones adicionales para aquellos pacientes que demuestren una mejora. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura al año. El tratamiento debe suspenderse si el paciente no mejora o empeora. **Requisitos del proveedor:** Los médicos pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables. Los asistentes médicos (PA), profesionales de enfermería (NP)/especialistas en enfermería clínica (CNS) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y tienen: • una maestría o un doctorado en acupuntura o medicina oriental de una institución acreditada por la 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 proporcione acupuntura debe tener el nivel apropiado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS requerido por nuestras regulaciones.	
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 implica que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona o si nuestro plan lo autoriza. Si los servicios de ambulancia	Paga un coseguro del 20% **Se requiere autorización previa para todos los traslados en**

Servicio cubierto	Lo que usted paga
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.	**ambulancia, excepto los que sean de emergencia.** **No se requiere autorización**
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 consulta preventiva de *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.	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita anual de bienestar. **No requiere autorización.**
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 necesarios por razones médicas: 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 para la medición de la densidad ósea cubierta por Medicare. **No requiere autorización.**
Examen de detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen: • Una mamografía basal de personas entre 35 y 39 años • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años o más • Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses	No hay coseguro, copago ni deducible para mamografías de detección cubiertas.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Las mamografías de diagnóstico se realizan con una frecuencia mayor a una vez al año, si son médicamente necesarias.	**No 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 determinadas condiciones con la derivación de un médico. Nuestro plan cubre estos programas integrales si usted ha tenido al menos una de estas afecciones: • Ataque cardíaco en los últimos 12 meses • Cirugía de bypass de arteria coronaria • Angina de pecho estable (dolor en el pecho) • Reparación o reemplazo de válvulas cardíacas • Angioplastia coronaria (un procedimiento médico utilizado para abrir una arteria bloqueada) o colocación de stent coronario (un procedimiento utilizado para mantener una arteria abierta) • Trasplante de corazón o de corazón y pulmón • Insuficiencia cardíaca crónica estable Limitaciones de la cobertura: Puede acceder a un máximo de 36 sesiones de rehabilitación cardíaca. Puede tener 2 sesiones al día (de 1 hora de duración cada una), y el programa puede durar hasta 36 semanas. Si cumple los requisitos, podrá acceder a 36 sesiones adicionales que se pueden distribuir a lo largo de un período de tiempo más extenso.	Paga un coseguro del 20% **Requiere autorización previa y derivación.**
Consulta de reducción de riesgo de enfermedad cardiovascular (tratamiento de enfermedad cardiovascular) Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudar a reducir su riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante esta consulta, su médico puede hablar sobre el uso de aspirina (si corresponde), controlar su	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de terapia conductual intensiva para enfermedades cardiovasculares.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
presión arterial y darle consejos para asegurar que siga una dieta saludable.	**No requiere autorización.**
Exámenes de detección de enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anormalidades asociadas con un riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).	No hay coseguro, copago ni deducible para los análisis de detección de enfermedades cardiovasculares que se cubren una vez cada 5 años. **No requiere autorización.**
Examen de detección de cáncer vaginal y de cuello uterino Los servicios cubiertos incluyen: • Pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses para todas las mujeres • Una prueba de Papanicolau cada 12 meses si tiene un alto riesgo de cáncer vaginal o de cuello uterino o si está en edad fértil y ha tenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años	No hay coseguro, copago ni deducible para exámenes pélvicos y de Papanicolaou preventivos cubiertos por Medicare. **No requiere autorización.**
Servicios quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen: • Manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación vertebral.	Paga un coseguro del 20%. **Requiere autorización previa.**
Examen de detección de cáncer colorrectal Se cubren las siguientes pruebas de detección:	No hay coseguro, copago ni deducible para un examen de detección de cáncer colorrectal

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• La colonoscopia no tiene límite de edad mínimo o máximo y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no tienen alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa. • La colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años o más que no presentan un alto riesgo de cáncer colorrectal está cubierta cuando han transcurrido al menos 59 meses desde el mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o 47 meses desde el mes en que se realizó la última sigmoidoscopia flexible de detección o colonoscopia de detección. Para pacientes con alto riesgo de cáncer colorrectal, se cubre la realización de una colonografía por tomografía computarizada de detección tras haber transcurrido al menos 23 meses desde el mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o la última colonoscopia de detección. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para pacientes que no tienen alto riesgo después de haberse realizado una colonoscopia. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o colonografía por tomografía computarizada. • Pruebas de detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • Prueba multigénica de ADN en heces para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplen criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplen criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal no invasiva en heces cubierta por Medicare arroje un resultado positivo.	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 se convierte en un examen de diagnóstico, y usted paga el 15% del monto aprobado por Medicare por los servicios de su médico. En un ámbito hospitalario ambulatorio, también paga al hospital un coseguro del 15%. No se aplica el deducible de la Parte B. **No requiere autorización.**

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Las pruebas de detección del cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible o una colonoscopia de detección programadas que impliquen la extracción de tejido u otra materia, u otro procedimiento realizado en relación con, como resultado de, y en la misma consulta clínica que la prueba 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 enfermedad primaria de una persona. Algunos ejemplos son la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, extracciones dentales realizadas como preparación para la radioterapia para un cáncer que afecta la mandíbula o exámenes bucales previos al trasplante de órganos. Además, cubrimos: **Beneficios odontológicos complementarios** **Servicios odontológicos: cobertura, beneficio trimestral y asignación anual** Este plan cubre hasta **$3,650 cada año (beneficio trimestral de $912.50)** para servicios odontológicos preventivos e integrales cubiertos. El plan no permite beneficios alternativos. Servicios dentales Los procedimientos odontológicos por razones cosméticas o estéticas no están cubiertos. Los afiliados deben acudir a un proveedor de la red para recibir beneficios. Si decide avanzar, el afiliado es responsable de todos los procedimientos no cubiertos. Este beneficio se transfiere si no se utiliza durante el trimestre. Usted será responsable de cualquier monto que supere el	Usted paga un coseguro del 20% por los servicios odontológicos cubiertos por Medicare. **No requiere autorización.** Paga $0 por los servicios cubiertos No se requiere autorización.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
máximo trimestral o anual. Los servicios odontológicos de diagnóstico y prevención incluyen: • Examen bucodental cada 6 meses • Servicio de profilaxis cada 6 meses (limpieza) • Radiografías odontológicas una vez al año **Los servicios odontológicos integrales incluyen:** • 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 (incluidas extracciones) • Servicios adicionales 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.	
Evaluación de detección de depresión Cubrimos una evaluación de detección de depresión por año. La evaluación debe realizarse en un entorno de atención primaria que pueda proporcionar tratamiento de seguimiento y/o remisiones.	No hay coseguro, copago ni deducible para una consulta anual de detección de depresión. **No requiere autorización.**

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Examen 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 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 para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare. **No requiere autorización.**
Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para personas con diabetes 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, dispositivos de lancetas y lancetas y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y los monitores. • Para 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 extraíbles que no están hechas a medida proporcionadas con esos zapatos), incluido el ajuste. • Capacitación en autocontrol de la diabetes en determinadas condiciones.	No hay coseguro, copago ni deducible para la capacitación para el autocontrol de la diabetes. **No requiere autorización.**
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados	Paga un coseguro del 20% Su costo compartido para la cobertura de equipo de

Servicio cubierto	Lo que usted paga
(Para obtener una definición de equipo médico duradero, consulte los capítulos 12 y 3). Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchón eléctrico, suministros para personas con diabetes, 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 todos los DME necesarios por razones médicas cubiertos por Medicare Original. Si nuestro proveedor en su área no trabaja con un fabricante o una marca en particular, puede preguntarle si puede hacer 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 cubre el DME 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 – In the Community (HMO-POS I-SNP) y utiliza una marca de DME que no está en nuestra lista, seguiremos cubriendo esa marca para usted durante un máximo de 90 días. Durante este tiempo, debe hablar con su médico para decidir qué marca es médicamente apropiada para usted después de este período de 90 días. (Si no está de acuerdo con su médico, puede pedirle que lo derive para una segunda opinión). Si usted (o su proveedor) no está de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, usted o su proveedor pueden presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor sobre qué producto o marca es apropiado para su enfermedad. (Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9).	oxígeno de Medicare es un coseguro del 20% *cada mes*. Su costo compartido no cambiará después de estar inscrito durante 36 meses. **Requiere autorización previa.**
Atención de emergencia La atención de emergencia se refiere a servicios que son:	*Paga un coseguro del 20%, hasta un máximo de*

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Prestados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia • Necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia Una emergencia médica ocurre cuando usted u otra persona prudente, con conocimientos promedio de salud y medicina, considera que presenta 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 médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o una afección que empeora rápidamente. El costo compartido por los servicios de emergencia necesarios que reciba fuera de la red es el mismo que cuando recibe estos servicios dentro de la red.	*$120.00, por cada visita a la sala de emergencias. No paga ese monto si ingresa en el hospital dentro de los tres días por la misma afección.* Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita hospitalización después de que se estabilice su afección de emergencia, deberá trasladarse a un hospital de la red para que la atención siga cubierta. Pagará el mismo costo compartido que pagaría en un hospital de la red. **No requiere autorización.**
Servicios de audición Las evaluaciones de diagnóstico de la audición y del equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico se cubren como atención ambulatoria si las hace un médico, audiólogo u otro proveedor calificado. **Examen auditivo anual:** Este beneficio se centra en los exámenes auditivos de rutina; **no cubre dispositivos como audífonos ni accesorios.**	Paga un coseguro del 20% por este beneficio. **No requiere autorización.** **$0 de copago** para exámenes auditivos completos cada seis meses. Con **una cobertura anual de hasta $1,000** destinada a **evaluaciones**

Servicio cubierto	Lo que usted paga
	profesionales y salud auditiva. **No requiere autorización.**
Prueba 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 Para mujeres embarazadas, cubrimos: • Hasta 3 exámenes de detección durante el embarazo	No hay coseguro, copago ni deducible para los afiliados elegibles para el análisis preventivo de detección de VIH cubierto por Medicare. **No requiere autorización.**
Atención de una agencia de cuidado de la salud a domicilio Antes de recibir servicios de cuidado de la 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 médica domiciliaria intermitentes o de tiempo parcial (para estar cubiertos por el beneficio de cuidado de la salud a domicilio, los servicios de enfermería especializada y asistentes de atención médica domiciliaria combinados deben alcanzar un total de menos de 8 por día y 35 horas por semana) • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipos y suministros médicos	Paga $0 por cada servicio médico domiciliario cubierto por Medicare. **Requiere autorización previa.**
Tratamiento de infusión en el hogar	

Servicio cubierto	Lo que usted paga
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, proporcionados de acuerdo con nuestro plan de atención • Capacitación e información para pacientes que no estén cubiertos por el beneficio de equipo médico duradero • Monitoreo remoto • Servicios de monitoreo para el tratamiento y medicamentos de infusión en el hogar proporcionados por un proveedor calificado en tratamiento de infusión en el hogar.	Paga $0 por servicios profesionales, capacitación y educación de pacientes. Paga el 20% por DME cubiertos por Medicare. **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 diagnóstico 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 en cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Nuestro plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de cuidados paliativos certificados por Medicare en el área de servicio de nuestro plan, incluidos programas que poseemos, controlamos o en los que tenemos un interés financiero. 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	Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, Medicare Original, no Florida Complete Care, paga sus cuidados paliativos y servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su diagnóstico terminal. **No requiere autorización.**

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Cuidados en el hogar Cuando usted ingresa a un centro de cuidados paliativos, tiene derecho a permanecer en nuestro plan; si permanece en nuestro plan, debe continuar pagando las primas del mismo. **Para cuidados paliativos y servicios cubiertos de la Parte A o la Parte B de Medicare relacionados con su diagnóstico 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 diagnóstico 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. **Para servicios cubiertos de la Parte A o la Parte B de Medicare no relacionados con su diagnóstico terminal:** Si necesita servicios que no son de emergencia ni urgencia que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y no se relacionan con su diagnóstico terminal, su costo de estos servicios depende de si es atendido por un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las normas del plan (por ejemplo, si hay un requisito para obtener autorización previa). • Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las reglas del plan para recibirlos, solo pagará el monto de costo compartido que corresponde a los servicios dentro de la red de nuestro plan. • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, paga el costo compartido de Medicare Original **Para los servicios que están cubiertos por Florida Complete Care pero que no están cubiertos por la Parte A o B de Medicare:** Florida Complete Care seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no tienen cobertura de la Parte A o B, estén o no relacionados con su diagnóstico terminal. Usted paga el monto de costo compartido de su plan por estos servicios. **Para medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de nuestro plan:** Si estos medicamentos no están relacionados con su enfermedad	

Servicio cubierto	Lo que usted paga
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 el Capítulo 5, Sección 9.4. **Nota:** Si necesita atención que no es de cuidados paliativos (no relacionada con su diagnóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios.	
Vacunas Los servicios cubiertos de la Parte B de Medicare son: • Vacuna contra la neumonía • Vacunas contra la gripe, una vez cada temporada de gripe en otoño e invierno, con vacunas adicionales contra la gripe si son necesarias por razones médicas • Vacunas contra la hepatitis B si nunca ha recibido una serie completa, desconoce su historial de vacunación o tiene alguna otra condición que lo coloca en un 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 También cubrimos la mayoría de las vacunas para adultos bajo nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte D. Para obtener más información, consulte el Capítulo 6, Sección 8.	No hay coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, gripe, hepatitis B y COVID-19. **No requiere autorización.**
Atención de pacientes hospitalizados Incluye hospitalización de pacientes con enfermedad aguda, rehabilitación, hospitales de atención médica a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención de pacientes hospitalizados comienza	Se cobra un deducible u otro costo compartido por cada hospitalización. • $1,736 de deducible

Servicio cubierto	Lo que usted paga
el día en que es admitido formalmente 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 necesaria por razones médicas) • Comidas, incluidas las dietas especiales • Servicios regulares de enfermería • Costos de las unidades de cuidados especiales (como las unidades coronarias o de cuidados intensivos) • Drogas 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 hospitalarios por abuso de sustancias • En determinadas condiciones, los siguientes tipos de trasplantes 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 las gestiones para que un centro de trasplantes aprobado por Medicare revise su caso y decida si usted es candidato para un trasplante. Los proveedores que prestan servicios de *trasplante* pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red se proporcionan 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 brinda 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 entera y	• Días 1–60: $0 de copago • Días 61–90: $434 • A partir del día 91: $868 de copago por cada “día de reserva de por vida” después del día 90 de cada período de beneficios (hasta 60 días durante toda su vida). • Estos son montos de costos compartidos de 2026 y pueden cambiar para 2027. Las tarifas actualizadas se facilitarán tan pronto como se publiquen. • *El plan proporciona cobertura para hasta dos* ***(2) días adicionales de hospitalización para atención aguda por período de beneficios.*** *Estos son días cubiertos por la cobertura suplementaria que se suman a los días de hospitalización cubiertos por Medicare y no forman parte del*

Servicio cubierto	Lo que usted paga
concentrados de glóbulos rojos comienza 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 tienen cobertura a partir de la primera pinta. • Servicios médicos **Nota:** para ser un paciente internado, su proveedor debe emitir una orden escrita para ser admitido formalmente en el hospital. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, podría ser considerado un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente hospitalizado o ambulatorio, pregunte al personal del hospital. • Obtenga más información de la hoja informativa de Medicare *Beneficios hospitalarios de Medicare* disponible en Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.	*beneficio estándar de hospitalización de Medicare ni de los días de reserva de por vida.* • Después de los días de reserva de por vida: todos los costos. Si recibe atención hospitalaria autorizada en un hospital fuera de la red después de que se estabilice su afección de emergencia, pagará el mismo monto de costo compartido que pagaría en un hospital de la red. **Requiere autorización previa.**
Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren hospitalización. *El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados que se prestan en una unidad psiquiátrica de un hospital general.*	Se cobra un deducible u otro costo compartido por cada hospitalización. • $1,736 de deducible Días 1–60: $0 de copago después de alcanzar su deducible de la Parte A. • Días 61–90: $434 • A partir del día 91: $868 de copago por cada “día de

Servicio cubierto	Lo que usted paga
	reserva de por vida" después del día 90 de cada período de beneficios (hasta 60 días durante toda su vida). • Después de los días de reserva de por vida: todos los costos. Se aplica un deducible por admisión una vez durante un período de beneficios. Estos son montos de costos compartidos de 2026 y pueden cambiar para 2027. Las tarifas actualizadas se facilitarán tan pronto como se publiquen. **Requiere autorización previa.**
Hospitalización: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta Si ya ha agotado sus beneficios de hospitalización o si la hospitalización no es razonable ni necesaria, no cubriremos la estadía hospitalaria. En algunos casos, cubriremos ciertos servicios que reciba mientras esté en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios médicos • Pruebas de diagnóstico (como análisis de laboratorio) • Radiografías, radioterapia y terapia con isótopos, incluidos los materiales y servicios técnicos • Vendajes quirúrgicos	Cuando su hospitalización no está cubierta, pagará los costos de los servicios recibidos como se describe en este Cuadro de beneficios. El plan no paga días de hospitalización adicionales después de que finaliza el período de

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones • Prótesis y dispositivos ortopédicos (que no sean dentales) que reemplazan todo o parte de un órgano interno (incluido el tejido adyacente), o la totalidad o parte de la función de un órgano interno con insuficiencia permanente o mal funcionamiento, 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	beneficios y los días de reserva de por vida se han agotado. **Requiere autorización previa.**
Beneficio de comidas **Comidas para casos de emergencia** Comidas que se ofrecen en caso de una afección que requiera que el afiliado permanezca en casa por cierto período. Incluye 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).	Copago de $0.00 **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 indica. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año en que recibe terapia médica nutricional 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 para los servicios de terapia médica nutricional cubierta por Medicare. **No requiere autorización.**

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP) **Los servicios del programa MDPP están cubiertos para las personas que cumplen los requisitos en todos los planes de salud de Medicare.** El MDPP 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 desafíos para mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP. **No requiere autorización.**
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 generalmente no son autoadministrados por el paciente y se inyectan o infunden mientras recibe servicios de un médico, servicios como paciente ambulatorio de un hospital o servicios de un centro quirúrgico ambulatorio • Insulina administrada a través de un equipo médico duradero (como una bomba de insulina necesaria por motivos médicos) • Otros medicamentos que toma usando un equipo médico duradero (como nebulizadores) que fueron autorizados por nuestro plan • El medicamento Leqembi® (nombre genérico lecanemab) para la enfermedad de Alzheimer 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.	Usted paga entre 0 y 20% de coseguro para medicamentos de la Parte B de Medicare y su administración en cualquier lugar. Usted paga entre 0 y 20% de coseguro para medicamentos de quimioterapia. 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 cuentan para el límite de cobertura inicial de la Parte D o los límites de gastos directos de bolsillo.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Factores de coagulación que se administra por inyección si tiene hemofilia • Medicamentos para trasplante/inmunodepresores: Medicare cubre el tratamiento farmacológico para trasplante si Medicare pagó su trasplante de órgano. 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 Medicare Parte D incluye medicamentos inmunodepresores si la Parte B no los cubre • Medicamentos inyectables para tratar la osteoporosis, si tiene limitaciones para salir de 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 suministra 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 recibe como parte de un tratamiento de quimioterapia para combatir el cáncer si se administran antes, durante o en 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 terminal (ESRD) cubiertos por Medicare Parte B	**Requiere autorización previa.** 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. **No se requiere autorización para la insulina.**

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Medicamentos calcimiméticos y quelantes de fosfato bajo el sistema de pago de ESRD, incluyendo 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 necesario por razones médicas, y anestésicos tópicos • Agentes estimuladores de la eritrocitopoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina por inyección si tiene enfermedad renal terminal (ESRD) o necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras enfermedades (como Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetina Alfa, Aranesp®, Darbepoetina Alfa, Mircera® o Metoxipolietilenglicol-epoetina beta) • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de enfermedades de inmunodeficiencia primaria • Nutrición parenteral y enteral (vía intravenosa y por sonda) También cubrimos algunas vacunas con la Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos con nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte D. El Capítulo 5 explica el beneficio de medicamentos recetados de la Parte D, incluidas las reglas que debe seguir para que se cubran sus recetas. Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D a través de nuestro plan se explica en el Capítulo 6.	
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 ayudarle a perder 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 para la evaluación y tratamiento preventivo de la obesidad. **No requiere autorización.**
Servicios del programa de tratamiento de opioides Los afiliados de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (OUD) pueden recibir cobertura de servicios para	

Servicio cubierto	Lo que usted paga
tratar OUD a través de un programa de tratamiento de opioides (OTP) que incluye los siguientes servicios: • Medicamentos para el tratamiento asistido con medicamentos (MAT) agonistas y antagonistas opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA). • Suministro y administración de medicamentos MAT, si correspondiera • Asesoramiento sobre el consumo de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas de toxicología • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas	Paga un coseguro del 20% **Requiere autorización previa.**
Pruebas de diagnóstico y suministros y servicios terapéuticos para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Radiografías • Radioterapia (radiación y terapia con isótopos), incluidos los materiales y suministros quirúrgicos como vendas, • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones • 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 necesite. • Pruebas diagnósticas no de laboratorio, como tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, electrocardiogramas y tomografías por emisión de positrones, cuando su médico u otro proveedor de atención médica las ordena para tratar un problema médico.	Paga un coseguro del 20% **Se requiere autorización previa para algunos servicios.**

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios	
Observación del paciente ambulatorio en el hospital Los servicios de observación son servicios hospitalarios ambulatorios que se proporcionan para determinar si se debe internar al paciente o se le puede dar de alta. Para que los servicios de observación en el hospital de pacientes ambulatorios sean cubiertos, deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos únicamente cuando se prestan por indicación de un médico o de otra persona autorizada, conforme a las leyes estatales sobre licencias profesionales y los estatutos del personal del hospital, para admitir pacientes o solicitar pruebas ambulatorias. **Nota:** A menos que el proveedor haya emitido una orden escrita para su hospitalización, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos del costo compartido de servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, podría ser considerado un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, pregunte al personal del hospital. Obtenga más información de la hoja informativa de Medicare *Beneficios hospitalarios de Medicare* disponible en Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.	*Usted paga un coseguro del 20%.* **No requiere autorización.**
Servicios hospitalarios ambulatorios Cubrimos los servicios necesarios por razones médicas 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	Usted paga un coseguro del 20%. **Requiere autorización previa.**

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Análisis de laboratorio y pruebas de diagnóstico que factura el hospital • Servicios de salud mental que incluyen la atención en un programa de hospitalización parcial si el 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 emitido una orden escrita para su hospitalización, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos del costo compartido de servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, podría ser considerado un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, pregunte al personal del hospital.	
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen: Servicios de salud mental proporcionados por un psiquiatra o médico con licencia del estado, psicólogo clínico, trabajador social clínico (CSW), especialista en enfermería clínica (CNS), consejero profesional con licencia (LPC), terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT), profesional de enfermería (NP), asistente médico (PA) u otro profesional de salud mental calificado por Medicare según lo permitan las leyes estatales.	Paga un coseguro del 20% **Se requiere autorización previa para sesiones individuales y grupales.**
Servicios de rehabilitación ambulatoria Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se proporcionan en varios centros ambulatorios como departamentos para pacientes ambulatorios de un hospital,	Paga un coseguro del 20% **Se requiere autorización previa.**

Servicio cubierto	Lo que usted paga
consultorios de terapeutas independientes y centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF).	
Servicios ambulatorios por trastorno por consumo de sustancias Servicios ambulatorios por abuso de sustancias proporcionados por un psiquiatra o médico con licencia del estado, psicólogo clínico, trabajador social, especialista en enfermería clínica, profesional en enfermería, asistente médico u otro profesional especialista en adicciones calificado por Medicare según lo permitan las leyes estatales aplicables.	Paga un coseguro del 20% **Se requiere autorización previa.**
Cirugía ambulatoria, incluidos los servicios prestados en instalaciones hospitalarias para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios **Nota:** Si le van a practicar una cirugía en un hospital, debe consultar con su proveedor si será un paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que el proveedor emita una orden escrita para su hospitalización, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos del costo compartido de la cirugía ambulatoria. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, podría ser considerado un paciente ambulatorio.	*Usted paga un coseguro del 20%.* ***Se requiere autorización previa.***
Beneficios de productos de venta libre El acceso a este beneficio se proporciona mediante su tarjeta de identificación de afiliado, que asigna **$305.00 por trimestre.** **Productos de venta libre (OTC) complementarios** Los montos de OTC sin usar no se transfieren. Para solicitar artículos cubiertos, puede llamar al 1-888-**628-2770 (711)**	Paga $0 de copago por medicamentos sin receta, de venta libre y productos relacionados con la salud. **No requiere autorización.**
Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos	Paga un coseguro del 20%

Servicio cubierto	Lo que usted paga
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 intenso que la atención recibida en el consultorio del médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT) o consejero profesional con licencia pero menos intenso que la hospitalización parcial.	**Requiere autorización previa.** **No requiere autorización.**
Servicios médicos y profesionales, incluidas las consultas médicas Los servicios cubiertos incluyen: • Atención o cirugía necesarias por razones médicas que se llevan a cabo 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 la audición y del equilibrio realizados por su *PCP*, si su médico los indica para determinar si necesita tratamiento médico • Ciertos servicios de telesalud, que incluyen: Servicios de telesalud cubiertos por Medicare de su médico de atención primaria, un profesional de enfermería o un asistente médico afiliado a la atención primaria, sesiones individuales para visitas de salud mental o sesiones individuales para servicios psiquiátricos.	Atención primaria: $0.00 de copago Especialistas: paga un coseguro del 20%. **No requiere autorización.**

Servicio cubierto	Lo que usted paga
○ Usted tiene la opción de obtener estos servicios en una visita en persona o mediante telemedicina. Si opta por obtener uno de estos servicios mediante telesalud, debe acudir a un proveedor de la red que ofrezca dicho servicio. Algunos servicios de telemedicina, 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. • Servicios de telemedicina para visitas mensuales relacionadas con la enfermedad renal terminal para afiliados que reciben diálisis en el centro de diálisis de un hospital o un hospital de acceso crítico, en un centro de diálisis renal o el hogar del afiliado • Servicios de telemedicina para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación • Servicios de telesalud para afiliados con un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación • Servicios de telesalud para diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental • Servicios de telesalud para consultas 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 chat de video) con su médico durante 5 a 10 minutos **si**: ○ Usted no es un paciente nuevo **y** ○ El chequeo no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos 7 días **y** ○ El chequeo no requiere una visita al consultorio en 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 en 24 horas **si**: ○ Usted no es un paciente nuevo **y** ○ La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días **y** ○ La evaluación no requiere una visita al consultorio en las 24 horas ni una cita lo más pronto disponible	

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Consultas de su médico con otros médicos por teléfono, Internet o una evaluación de la historia clínica electrónica • Segunda opinión *de otro proveedor de la red* antes de la cirugía	
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 Las visitas complementarias de podología incluyen: • Seis (6) visitas por año a un especialista dentro de la red • Corte o eliminación de lesiones hiperqueratósicas benignas (p. ej., callos, verrugas, callosidades) • Recorte o desbridamiento de uñas	Servicios de podología cubiertos por Medicare. Paga un coseguro del 20% **Se requiere autorización para los beneficios estándar de Medicare, no para el cuidado de rutina de los pies.** Cuidado de rutina de los pies: paga un copago de $0. **No se requiere autorización previa para el cuidado de rutina de los pies.**
Profilaxis preexposición (PrEP) para la prevención del VIH Si usted no tiene VIH, pero su médico u otro profesional de la salud determina que tiene un mayor riesgo de contraer el VIH, cubrimos la medicación de profilaxis preexposición (PrEP) y los servicios relacionados. Si cumple con los requisitos, los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos de PrEP orales o inyectables aprobados por la FDA, incluyendo el costo de la inyección, si corresponde.	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio de PrEP. **No requiere autorización.**

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Hasta 8 sesiones de asesoramiento individual (que incluyen evaluación del riesgo de VIH, reducción del riesgo de VIH y adherencia a la medicación) 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	
Exámenes de detección de cáncer de próstata Para hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente, una vez cada 12 meses: • Examen rectal digital • Prueba de antígeno prostático específico (PSA)	No hay coseguro, copago ni deducible para una prueba anual de PSA. **No requiere autorización.**
Dispositivos protésicos y ortopédicos y suministros relacionados Dispositivos (que no son dentales) que reemplazan la totalidad o parte de una función o una parte del cuerpo. Estos incluyen, entre otros, pruebas, ajustes o capacitación en el uso de dispositivos protésicos y ortopédicos; así como: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, calzado protésico, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos y ortopédicos, y su reparación y reemplazo. También incluye cierta cobertura después de la extracción de cataratas o la cirugía de cataratas; consulte *Cuidado de la visión* más adelante en este cuadro para obtener más detalles.	Paga un coseguro del 20% **Requiere autorización previa.**
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.	Paga un coseguro del 20% **Requiere autorización previa y derivación.**

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Examen de detección y asesoramiento para reducir el consumo indebido de alcohol Cubrimos un examen de detección de consumo indebido de alcohol para adultos (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol, pero no presentan dependencia. Si el resultado del examen de detección de consumo indebido de alcohol es positivo, puede recibir hasta 4 sesiones de asesoramiento personales breves por año (si es competente y está alerta durante el asesoramiento) proporcionadas por un profesional o un 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 examen de detección y asesoramiento para reducir el consumo indebido de alcohol. **No requiere autorización.**
Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) Para las personas elegibles, se cubre una LDCT cada 12 meses. **Los afiliados elegibles son** personas de 50 a 77 años que no tienen signos o 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 LDCT 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, emitida por un médico o profesional no médico calificado. *Para los exámenes de detección de cáncer de pulmón con LDCT posteriores a la LDCT inicial:* los afiliados deben recibir una orden para el examen de detección de cáncer de pulmón con LDCT, que puede emitirse 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 LDCT, la	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida ni la LDCT cubiertas por Medicare. **No requiere autorización.**

Servicio cubierto	Lo que usted paga
visita debe cumplir los criterios de Medicare para dichas visitas.	
Examen de detección de infección por el virus de la hepatitis C Cubrimos una prueba de detección de hepatitis C si su médico de cuidado primario u otro proveedor de atención médica calificado la solicita y usted cumple con una de estas condiciones: • Usted corre un alto riesgo porque consume o ha consumido drogas inyectables ilícitas. • Usted recibió una transfusión de sangre antes de 1992. • Nació entre 1945 y 1965. Si nació entre 1945 y 1965 y no se le considera de alto riesgo, cubrimos una sola prueba de detección. Si usted pertenece a un grupo de alto riesgo (por ejemplo, si ha continuado consumiendo drogas inyectables ilícitas desde su última prueba de detección de hepatitis C negativa), cubrimos las pruebas de detección anuales.	No existe ningún coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección del virus de la hepatitis C cubierta por Medicare. **No requiere autorización.**
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 algunas personas que tienen mayor riesgo de contraer una ITS 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 2 sesiones individuales de asesoramiento conductual de alta intensidad de 20 a 30 minutos cada año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de ITS. Solo 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 ITS y asesoramiento. **No requiere autorización.**

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios para tratar la enfermedad renal La atención de enfermedades renales y los servicios de diálisis incluyen: • Servicios de educación sobre enfermedades renales 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 para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando están 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 para pacientes hospitalizados (si lo internan en un hospital para recibir atención especial) • que lo ayuda con sus tratamientos de diálisis en el hogar) • Equipos y suministros para diálisis en el hogar • Determinados 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 Medicare Parte B. Para obtener información sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte B, consulte la **sección de medicamentos de Medicare Parte B** en este cuadro**.**	20% de coseguro para todos los servicios, excepto los servicios de educación sobre la enfermedad renal. No hay coseguro, copago ni deducible para información sobre enfermedades renales cubiertas por Medicare. **Requiere autorización previa.**
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (Para obtener una definición de atención en un centro de enfermería especializada, consulte el Capítulo 12. Los centros de enfermería especializada a veces se denominan SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es necesaria por razones médicas)	Para cada hospitalización por período de beneficios: • Días 1-20: $0 de copago

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Comidas, incluidas las dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • 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 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 necesite. • Suministros médicos y quirúrgicos proporcionados habitualmente por los SNF • Análisis de laboratorio realizados habitualmente por los SNF • Radiografías y otros servicios de radiología proporcionados habitualmente por los SNF • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, proporcionados habitualmente por los SNF • Servicios médicos y profesionales Generalmente, recibirá la atención en un centro de enfermería especializada (SNF) de la red. Sin embargo, en determinadas condiciones indicadas a continuación, puede 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 SNF donde vive su cónyuge o pareja de hecho en el momento en que usted deja el hospital	• Días 21 a 100: $217.00 • A partir del día 101: $0 de copago Estos son montos de costos compartidos de 2026 y pueden cambiar para 2027. Las tarifas actualizadas se facilitarán tan pronto como se publiquen. **No requiere autorización.**
Dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco)	No hay coseguro, copago ni deducible para los

Servicio cubierto	Lo que usted paga
El asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco está cubierto para pacientes ambulatorios y hospitalizados que cumplan con estos criterios: • Consumir tabaco, independientemente de si presentan signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco • Son competentes y están atentos durante el asesoramiento • Un médico calificado u otro profesional reconocido por Medicare proporciona asesoramiento Cubrimos 2 intentos de dejar de fumar al año (cada intento puede incluir un máximo de 4 sesiones intermedias o intensivas, con un total de hasta 8 sesiones al año para el paciente).	beneficios preventivos para dejar de fumar y consumir tabaco cubiertos por Medicare. **No requiere autorización.**
Terapia de ejercicio supervisado (SET) La SET está cubierta para afiliados que tienen enfermedad arterial periférica sintomática (PAD) . Se cubren hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa SET. El programa SET debe: • Consistir en sesiones de 30 a 60 minutos, que comprendan un programa terapéutico de entrenamiento y ejercicio para la EAP en pacientes con claudicación • Realizarse como servicio ambulatorio en un hospital o el consultorio de un 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 PAD • Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico (PA), profesional de enfermería (NP) o especialista en enfermería clínica (CNS), quien debe tener capacitación en técnicas de soporte vital básico y avanzado Además de las 36 sesiones durante 12 semanas, se puede cubrir la SET para 36 sesiones adicionales durante un período	Paga un coseguro del 20% **Requiere autorización previa y derivación.**

Servicio cubierto	Lo que usted paga
prolongado si un proveedor de atención médica considera que es necesaria por razones médicas.	
Servicios de urgencia Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata y que no es una emergencia se considera un servicio urgente si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o, incluso si se encuentra dentro del área de servicio de nuestro plan, no es razonable, dadas sus circunstancias y el tiempo que tiene, obtener este servicio de los proveedores de la red. Nuestro plan debe cubrir servicios que se necesitan con urgencia y cobrarle únicamente el costo compartido dentro de la red. Ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones inesperadas o brotes inesperados de enfermedades existentes. Las visitas rutinarias médicamente necesarias al proveedor de atención médica (como los chequeos anuales) no se consideran urgentes, incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente. **Se cubren solo dentro de EE. UU.**	Paga un coseguro del 20%, hasta un máximo de $65.00. No paga ese monto si ingresa en el hospital dentro de los tres días por la misma afección. **No requiere autorización.**
Cuidado de la visión 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, cubriremos un examen de detección de glaucoma cada año. Las personas con alto riesgo de padecer glaucoma incluyen personas con antecedentes familiares de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos de 50 años o más e hispanoamericanos de 65 años o más • Para las personas con diabetes, el examen de detección de retinopatía diabética se cubre una vez al año	Paga un coseguro del 20%, excepto para una prueba anual de detección de glaucoma. No hay coseguro, copago ni deducible para una prueba anual de detección de glaucoma. **No requiere autorización.**

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluye la inserción de una lente intraocular. Si se somete a 2 cirugías de cataratas por separado, no puede guardar el beneficio después de la primera cirugía para comprar 2 pares de anteojos después de la segunda. ***Examen de la vista anual**:* Este beneficio se centra en los exámenes profesionales de rutina; **no cubre artículos como anteojos o lentes de contacto.**	**$0 de copago** para exámenes de la vista completos cada seis meses. Con **una cobertura anual de hasta $400** destinada exclusivamente a sus **exámenes y atención oftalmológica profesional**.
Visita preventiva de bienvenida a Medicare Nuestro plan cubre la visita preventiva por única vez *Bienvenido a Medicare*. La visita incluye una revisión de su salud, así como información y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (que incluyen algunos exámenes de detección y vacunas) y derivaciones para otra atención si es necesario. **Importante:** Cubrimos la visita preventiva *Bienvenido a Medicare* solo en 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 *Bienvenido a Medicare*.	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva de *bienvenida a Medicare*. **No requiere autorización.**

SECCIÓN 3 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones)

Esta sección le informa qué servicios están excluidos de la cobertura de Medicare y, por lo tanto, no están cubiertos por este plan.

El siguiente cuadro describe los servicios y artículos que no se cubren bajo ninguna circunstancia o se cubren solo en condiciones específicas.

Si recibe servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos, salvo en las circunstancias específicas mencionadas a continuación. Incluso si recibe servicios excluidos en un centro de emergencia, los servicios excluidos no están cubiertos y nuestro plan no los pagará. La única excepción es que se apele la decisión y que, tras la apelación, se determine que, debido a su situación específica, deberíamos haber pagado o cubierto el servicio médico. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que tomamos con respecto a no cubrir un servicio médico, consulte el Capítulo 9, Sección 5.3).

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	Cubiertos en casos de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de una parte del cuerpo con malformación. Cubiertos en todas las etapas de reconstrucción de mama después de una mastectomía y de la mama no afectada para lograr una apariencia simétrica
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, ayudar en las actividades diarias como bañarse o vestirse	Sin cobertura bajo ninguna circunstancia
Medicamentos, equipos y procedimientos médicos y quirúrgicos experimentales Los procedimientos y productos experimentales son aquellos que Medicare Original determina que no son generalmente aceptados por la comunidad médica	Pueden estar cubiertos por Medicare Original en virtud de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan (Consulte el Capítulo 3, Sección 5 para obtener más información sobre estudios de investigación clínica)

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en circunstancias específicas
Honorarios por atención cobrados por parientes directos o miembros de su grupo familiar	Sin cobertura bajo ninguna circunstancia
Atención de enfermería a tiempo completo en su hogar	Sin cobertura bajo ninguna circunstancia
Entrega de comida a domicilio	Sin cobertura bajo ninguna circunstancia
Servicios médicos domiciliarios	Medicare cubre los servicios de enfermería especializada médicamente necesarios, a tiempo parcial o de forma intermitente.
Servicios domésticos que incluyen ayuda con las tareas domésticas básicas, como limpieza o preparación de comidas sencillas.	Sin cobertura bajo ninguna circunstancia
Servicios de naturopatía (tratamientos naturales o alternativos)	Sin cobertura bajo 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 soporte 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
Artículos personales en su habitación del hospital o un centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor	Sin cobertura bajo ninguna circunstancia
Habitación privada en un hospital	Se cubre únicamente cuando es médicamente necesario
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros de anticonceptivos sin receta	Sin cobertura bajo 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 bajo ninguna circunstancia

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en circunstancias específicas
Exámenes de rutina de la vista, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos para la baja visión	Tras cada cirugía de cataratas en la que se implanta una lente intraocular, se cubre un par de anteojos con montura estándar (o un juego de lentes de contacto).
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 rutina de la audición, audífonos o exámenes para adaptar los audífonos	Medicare cubre los exámenes de audición y de equilibrio para diagnóstico si los ordena un médico.
Servicios que no se consideren razonables y necesarios conforme a los estándares de Medicare Original	Sin cobertura bajo ninguna circunstancia

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

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

Consulte el Cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4 para conocer los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos de cuidados paliativos.

Nuestro plan generalmente cubrirá sus medicamentos siempre que siga estas reglas:

- Debe pedirle a un proveedor (un médico, dentista o una persona autorizada para recetar) que le haga una receta, que debe ser válida según la ley estatal aplicable.
- La persona que le hace la receta no debe estar en las listas de exclusión o preclusión de Medicare.
- Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para surtir su receta (consulte la Sección 2), o puede surtir su receta a través del servicio de pedidos por correo de nuestro plan.
- Su medicamento debe figurar en la Lista de medicamentos de nuestro plan (consulte la Sección 3).
- Su medicamento debe administrarse por una indicación médica aceptada. Una “indicación médica aceptada” es el uso del medicamento aprobado por la FDA o respaldado por determinadas referencias. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).
- Es posible que su medicamento requiera la aprobación de nuestro plan en función de ciertos criterios antes de que aceptemos cubrirlo. (Consulte la Sección 4 para obtener más información).

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 recetas están cubiertas *solo* si adquiere los medicamentos en farmacias de la red de nuestro plan. (Consulte la Sección 2.5 para obtener información sobre los casos en que cubriríamos recetas surtidas en farmacias fuera de la red).

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

Sección 2.1 Farmacias de la red

Encuentre una farmacia de la red en su área

Para encontrar una farmacia de la red, vaya a su *Directorio de farmacias* o visite nuestro sitio web (*fc2healthplan.com/find-a-provider/)* o llame a Servicio para Afiliados al *1-844-740-0625* (los usuarios de TTY deben llamar al *711*).

Puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra red.

Si su farmacia deja de estar en la red

Si la farmacia que utiliza deja de pertenecer a la red de nuestro plan, tendrá que buscar una nueva farmacia dentro de la red. Para encontrar otra farmacia en su área, puede obtener ayuda de Servicios para Afiliados al *1-844-740-0625* (los usuarios de TTY deben llamar al *711*) o consultar el *Directorio de farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en *fc2healthplan.com*.

Farmacias especializadas

Algunas recetas deben surtirse 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 (LTC). Habitualmente, un LTC (como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia. Si tiene dificultades para obtener sus medicamentos de la Parte D en un LTC, llame a Servicios para Afiliados al *1-844-740-0625* (los usuarios de TTY deben llamar al *711*).

- Farmacias que atienden a Servicios de Salud para Indígenas o el Programa de Salud Tribal/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 dispensan medicamentos que están restringidos por la FDA a determinados lugares o que requieren un manejo especial, coordinación de proveedores o información sobre su uso. Para localizar una farmacia especializada, consulte su *Directorio de farmacias* en fc2healthplan.com/find-a-provider/ o llame a Servicio para Afiliados al *1-844-740-0625* (los usuarios de TTY deben llamar al *711*).

Sección 2.2 Servicio de pedidos por correo de nuestro plan

Para algunos tipos de medicamentos, puede utilizar el servicio de pedidos 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 crónica o a largo plazo.

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

Para obtener información sobre cómo surtir sus recetas por correo, llame a Judi Rx al *1-844-740-0625* (TTY: 711) y siga las instrucciones para que le entreguen los medicamentos en su domicilio.

En general, recibirá el pedido de la farmacia por correo en un plazo máximo de 14 días. Si su receta por correo se retrasa o no recibe su medicamento en un plazo de 14 días, llame a Judi Rx al *1-844-740-0625* (TTY: 711) y siga las instrucciones para que le entreguen los medicamentos en su domicilio.

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

- Usted usó servicios de pedido por correo con este plan anteriormente, o
- Usted se inscribe para la entrega automática de todas las recetas nuevas recibidas directamente de los proveedores de atención médica. Puede solicitar la entrega automática de todas las recetas nuevas en cualquier momento iniciando sesión en su cuenta de Costco Mail Order Pharmacy en rx.costco.com e incluyendo las recetas elegibles en el programa de renovación automática.

Si recibe automáticamente por correo una receta que no desea y no se comunicaron con usted antes de que se la enviaran para saber si la quería, es posible que sea elegible para un reembolso.

Si ha utilizado el servicio de pedidos por correo en el pasado y no desea que la farmacia prepare y envíe automáticamente cada nueva receta, llame a Judi Rx al *1-844-740-0625* (TTY: 711) y siga las instrucciones para que le entreguen los medicamentos en su domicilio.

Si nunca ha utilizado 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 médica 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.

Para optar por no recibir entregas automáticas de nuevas recetas directamente del consultorio de su proveedor de atención médica, llame a Judi Rx al *1-844-740-0625* (TTY: 711) y siga las instrucciones para recibir los medicamentos en su domicilio.

Reposiciones de recetas de pedido por correo. Para reposiciones de medicamentos, tiene la opción de inscribirse en un programa de reposición automática. En este programa comenzamos a procesar su próxima reposición automáticamente cuando nuestros registros muestran que debería estar a punto de quedarse sin su medicamento. La farmacia se comunicará con usted antes de enviarle cada reposición para asegurarse de que necesita más medicamentos, y usted puede cancelar las reposiciones programadas si tiene suficiente medicamento o si su medicamento ha cambiado.

Si decide no utilizar nuestro programa de reposición automática pero aún así desea que la farmacia de pedidos por correo le envíe sus medicamentos recetados, comuníquese con su farmacia 14 días antes de que se acaben los medicamentos que está tomando. Esto garantizará que su pedido se envíe a tiempo.

Para darse de baja del programa de reposición automática que prepara automáticamente los pedidos por correo, llame a Judi Rx al *1-844-740-0625* (TTY: 711) y siga las instrucciones para recibir los medicamentos en su domicilio. Si recibe automáticamente por correo una reposición que no desea, puede ser elegible para un reembolso.

Sección 2.3 Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

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 que toma regularmente para una enfermedad crónica o a largo plazo).

1. Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. El *Directorio de farmacia*s, fc2healthplan.com/find-a-provider/ le indica qué farmacias de nuestra red pueden proporcionarle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicio para Afiliados al *1-844-740-0625* (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 pedidos por correo. Consulte la Sección 2.3 para obtener más detalles.

Sección 2.4 Utilizar una farmacia que no está en la red de nuestro plan

En general, cubrimos medicamentos adquiridos en una farmacia fuera de la red *solo* cuando no puede hacerlo en una farmacia de la red. **Primero, comuníquese con Servicio para Afiliados al *1-844-740-0625* (los usuarios de TTY deben llamar al *711*)** para ver si hay una farmacia de la red cerca.

Nosotros cubrimos las recetas surtidas 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 con servicio por correo o minorista de la red accesible (incluidos medicamentos únicos y de alto costo).
- Si lo evacúan o se ve obligado a abandonar su hogar debido a una declaración federal de desastre o a otra declaración de emergencia de salud pública.
- Una vacuna o medicamento administrado en el consultorio de su médico.
- Incluso si cubrimos los medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red, es posible que pague más de lo que hubiera pagado si hubiera ido a una farmacia 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.

Si debe comprar en una farmacia fuera de la red, generalmente tendrá que pagar el costo total (en lugar de su parte habitual del costo) al momento de surtir su receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. (Para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso a nuestro plan, consulte el Capítulo 7, Sección 2). 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 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.**

El plan selecciona 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.

Por lo general, cubrimos un medicamento de la Lista de medicamentos de nuestro plan siempre que siga las demás reglas de cobertura explicadas en este capítulo y utilice el medicamento para una indicación médicamente aceptada. Una indicación médica aceptada es la administración de un medicamento que está:

- Aprobado por la FDA para el diagnóstico o la afección para la que se prescribe, o
- Respaldado por determinadas referencias, como información sobre medicamentos de American Hospital Formulary Service y el sistema de información Micromedex DRUGDEX.

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 un nombre comercial 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 el medicamento de marca o el producto biológico original y suelen costar menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca y biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, dependiendo de 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.

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

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, hemos decidido no incluir un medicamento en particular en la Lista de medicamentos.
- En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no está en la lista de medicamentos. (Para más información, consulte el Capítulo 9).

Sección 3.2 5 niveles de costo compartido para los medicamentos de la Lista de medicamentos

Cada medicamento de la Lista de medicamentos de nuestro plan se encuentra en uno de los 5 niveles de copago. En general, cuanto mayor sea el nivel, mayor será el costo del medicamento:

- Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos: copago de $0
- Nivel 2: Medicamentos genéricos: copago de $0
- Nivel 3: Medicamentos de marcas preferidas: 25% de coseguro
- Nivel 4: Medicamentos no preferidos: 25% de coseguro
- Nivel 5: Medicamento especializado 25% de coseguro

Para saber en qué nivel de costo compartido se encuentra su medicamento, búsquelo en la Lista de medicamentos de nuestro plan. El monto que usted paga por los medicamentos en cada nivel de costo compartido se muestra en el Capítulo 6.

Sección 3.3 Cómo averiguar si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos

Para saber si un medicamento está en nuestra Lista de medicamentos, tiene estas opciones:

- Revise la Lista de medicamentos más reciente que proporcionamos por vía electrónica. Visite el sitio web de nuestro plan (*fc2healthplan.com/prescription-drug-coverage/)*. La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
- Llame a Servicios para Afiliados al *1-844-740-0625* (los usuarios de TTY deben llamar al *711*) para averiguar si un medicamento en particular está en la Lista de medicamentos de nuestro plan o para solicitar una copia de la lista.
- Utilice la "Herramienta de beneficios en tiempo real" de nuestro plan en *https://app.cap-rx.com/?client=FC2-Members* para buscar medicamentos en la Lista de medicamentos para obtener una estimación de lo que pagará y ver si hay medicamentos alternativos en la Lista de medicamentos que puedan tratar la misma afección. También puede llamar a Servicio para Afiliados al *1-844-740-0625* (los usuarios de TTY deben llamar al *711*).

SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones de cobertura

Sección 4.1 Por qué algunos medicamentos tienen restricciones

Para algunos medicamentos recetados, hay reglas especiales que restringen cómo y cuándo los cubre el plan. Un equipo de médicos y farmacéuticos elaboraron estas reglas para ayudarle a usted y a su proveedor a administrar 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 presenta 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 médica, 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 tendrán que tomar medidas adicionales para que cubramos el medicamento. Llame a Servicio para Afiliados al -*1-844-740-0625* (los usuarios de TTY deben llamar al *711*) para saber qué puede hacer usted o su proveedor para obtener cobertura para el medicamento. **Si desea que se le exima de la restricción, 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).

Obtener la aprobación del plan por adelantado

Para algunos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la aprobación de nuestro plan con base en 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 la administración de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que su medicamento no esté cubierto por nuestro plan. Los criterios de autorización previa de nuestro plan pueden obtenerse llamando a Servicios para Afiliados al *1-844-740-0625* (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o en nuestro sitio web *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 el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B tratan la misma enfermedad, nuestro plan puede requerir que primero pruebe el Medicamento A. Si el Medicamento A no funciona para usted, entonces nuestro plan cubrirá el Medicamento B. Este requisito de probar un medicamento diferente primero se llama **terapia escalonada**. Los criterios de terapia escalonada de nuestro plan se pueden obtener llamando a Servicios para Afiliados al *1-844-740-0625* (los usuarios de TTY deben llamar al *711*) o en nuestro sitio web en *fc2healthplan.com/prescription-drug-coverage/*.

Límites de cantidad

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

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

Existen situaciones en las que un medicamento recetado que usted toma, o que usted y su médico consideran que debería tomar, no figura en nuestra Lista de medicamentos o tiene restricciones. Por ejemplo:

- Es posible que el medicamento no tenga ninguna cobertura. O puede que la versión genérica del medicamento esté cubierta, pero la versión de marca que usted desea tomar no lo esté.
- El medicamento está cubierto, pero existen reglas o restricciones adicionales para la cobertura.
- El medicamento está cubierto, pero se encuentra en un nivel de costo compartido que hace que usted pague más de lo que considera razonable.

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que hace que pague más de lo que considera razonable, consulte la Sección 5.1 para saber qué puede hacer.

Si su medicamento no figura en la Lista de medicamentos o está restringido, aquí tiene algunas opciones sobre lo que puede hacer:

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

Puede obtener un suministro temporal

En determinadas circunstancias, nuestro plan debe proporcionarle un suministro temporal de un medicamento que usted ya esté tomando. Este suministro temporal le da tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio.

Para tener derecho a un suministro temporal, el medicamento que toma **debe haber dejado de figurar en la Lista de medicamentos del plan O estar ahora sujeto a alguna restricción.**

- **Si es un nuevo afiliado,** cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros ***90 días*** de su afiliación al 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 debe surtirse en una farmacia dentro de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia del centro de atención a largo plazo puede proporcionar el medicamento en pequeñas cantidades a la vez para evitar el desperdicio).
- **Para los afiliados que han estado en nuestro plan por más de *90 días*, viven en un centro de atención a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:**

Cubriremos un *suministro* de emergencia de un medicamento en particular *para 31 días*, o menos tiempo si su receta indica una cantidad menor de días. Esto se suma al suministro temporal anterior.

- Si hay un cambio en el lugar de atención (por ejemplo, el alta o la admisión en un centro de atención a largo plazo), su médico o farmacia pueden solicitar un suministro temporal del medicamento. Este suministro temporal (hasta 30 días) le da tiempo para hablar con su médico sobre el cambio en la cobertura.

Si tiene preguntas sobre el suministro temporal, llame a Servicio para Afiliados al *1-844-740-0625* (los usuarios de TTY deben llamar al *711*).

Durante el tiempo en que usa el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se le termine. Tiene 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. Llame a Servicios para Afiliados al *1-844-740-0625* (los usuarios de TTY deben llamar al *711*) para solicitar la lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma enfermedad. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que podría resultar eficaz para usted.

Opción 2. Puede pedir una excepción

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

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9, Sección 6.4 para saber qué hacer. Explica los procedimientos y las fechas límite que ha establecido Medicare para asegurar que su solicitud se gestione en forma rápida y justa.

Sección 5.1 Qué hacer si su medicamento está en un nivel de copago que usted considera demasiado alto

Si su medicamento se encuentra en un nivel de copago que usted considera demasiado alto, esto es lo que puede hacer:

Puede cambiar por otro medicamento

Si su medicamento se encuentra en un nivel de copago que usted considera demasiado alto, hable con su proveedor. Puede haber otro medicamento con un costo compartido menor que podría ser igual de eficaz. Llame a Servicios para Afiliados al *1-844-740-0625* (los usuarios de TTY deben llamar al *711*) para solicitar la lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma enfermedad. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que podría resultar eficaz para usted.

Puede pedir una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitarle a nuestro plan que haga una excepción en el nivel de costo compartido del medicamento para que usted pague menos por él. Si su proveedor dice que tiene razones médicas que justifican solicitarnos una excepción, puede ayudarlo a solicitar una excepción a la regla.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9, Sección 6.4 para saber qué hacer. Explica los procedimientos y las fechas límite que ha establecido Medicare para asegurar que su solicitud se gestione en forma rápida y justa.

Los medicamentos incluidos en nuestro *nivel 5 de medicamentos especializados* no son elegibles para este tipo de excepción. No reducimos el monto del costo compartido para los medicamentos de este nivel.

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 cambios en la Lista de medicamentos durante el año. Por ejemplo, nuestro plan podría:

- **Agregar o eliminar medicamentos de la Lista de medicamentos.**
- **Mover un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o más bajo.**
- **Agregar o eliminar una restricción en la cobertura de un medicamento.**
- **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. En ocasiones, recibirá una notificación directa si se han realizado cambios en algún medicamento que esté tomando.

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 hacer cambios <u>inmediatamente</u> a un medicamento similar en la Lista de medicamentos.**
    - Al agregar una nueva versión de un medicamento a la lista de medicamentos, podemos eliminar inmediatamente un medicamento similar de la lista de medicamentos, pasar el medicamento similar a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones o ambos. La nueva versión del medicamento tendrá el mismo nivel de costo compartido o uno inferior y con las mismas o menos restricciones.
    - Haremos estos cambios inmediatos solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o agregamos ciertas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
    - Podemos hacer estos cambios inmediatamente y avisarle más tarde, incluso si está tomando el medicamento que estamos eliminando o modificando. Si está tomando el medicamento similar en el momento en que hagamos el cambio, le informaremos cualquier cambio específico que hayamos realizado.

- **Incorporación de medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminación o modificación de medicamentos similares que ya figuran en ella.**
    - 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 ambos. La nueva versión del medicamento tendrá el mismo nivel de costo compartido o uno inferior y con las mismas o menos restricciones.
    - Realizaremos estos cambios únicamente si incorporamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o determinadas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya figuraba en la Lista de medicamentos.
    - Le informaremos al menos 30 días antes de hacer el cambio o le notificaremos 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 un medicamento puede considerarse inseguro o retirarse del mercado por otro motivo. De ser así, podemos eliminar el medicamento de la lista de medicamentos inmediatamente. Si está tomando ese medicamento, le informaremos después de realizar el cambio.

- **Hacer otros cambios en los medicamentos de la lista de medicamentos.**
  - Es posible que realicemos otros cambios una vez iniciado el año que afecten a los medicamentos que usted toma. Por ejemplo, nos basamos en advertencias destacadas de la FDA o nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
  - Le informaremos al menos 30 días antes de hacer estos cambios, o le notificaremos el cambio y cubriremos una reposición adicional de *30* días del medicamento que está tomando.

Si realizamos alguno de estos cambios en cualquiera de los medicamentos que toma, hable con su médico sobre las opciones que podrían ser más adecuadas para usted, como cambiar a otro medicamento para tratar su enfermedad o solicitar una decisión de cobertura para cumplir con las nuevas restricciones aplicadas al medicamento que toma. Usted o su médico pueden solicitarnos una excepción para seguir cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que toma. 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 en curso son los siguientes:

- Trasladamos su medicamento a un nivel de costo compartido más alto.
- Ponemos una nueva restricción en la administración de su medicamento.
- Eliminamos su medicamento de la lista de medicamentos

Si se produce alguno de estos cambios en un medicamento que toma (excepto en el caso de 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 el uso que usted hace del medicamento ni el monto del costo compartido que debe pagar hasta el 1 de enero del año siguiente.

No le informaremos directamente este tipo de cambios durante el año del plan en curso. Deberá consultar la Lista de medicamentos del siguiente año del plan (cuando esté disponible durante el período de inscripción abierta) para verificar si hay cambios en los medicamentos que toma que puedan afectarle durante el siguiente año del plan.

SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Algunos tipos de medicamentos recetados están *excluidos de la cobertura.* Esto significa que Medicare no paga por estos medicamentos.

Si obtiene medicamentos que están excluidos, debe pagarlos usted. Si presenta una apelación y se determina que el medicamento solicitado no está excluido de la cobertura de la Parte D, lo pagaremos o cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 9).

A continuación, se presentan 3 reglas generales sobre los medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubren en virtud de 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 o sus territorios.
- Nuestro plan no puede cubrir el uso *no aprobado* de un medicamento cuando no está respaldado por determinadas fuentes de referencia, 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 no están cubiertas por los planes de medicamentos de Medicare:

- Medicamentos sin receta (también llamados medicamentos de venta libre)
- Medicamentos utilizados para promover la fertilidad
- Medicamentos que se usan para aliviar los síntomas de un resfrío o la tos
- Medicamentos que se usan con fines estéticos o para aumentar el crecimiento capilar
- 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 aumentar de peso
- Medicamentos para pacientes ambulatorios para los cuales el fabricante impone como condición de venta que las pruebas o los servicios de monitoreo relacionados se compren exclusivamente al fabricante

Si recibe Ayuda Adicional para pagar sus recetas, esta ayuda no cubrirá 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 el Capítulo 2, Sección 6).

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta

Para surtir su receta, proporcione la información de afiliación a nuestro plan (que figuran en su tarjeta de afiliación) a la farmacia de la red que elija. La farmacia de la red facturará automáticamente al plan *nuestra* parte de los costos de su medicamento. Deberá pagarle a la farmacia *su* parte del costo cuando retire sus medicamentos.

Si no tiene consigo los datos de afiliación a nuestro plan, usted o la farmacia pueden llamar a nuestro plan para obtenerlos, o puede pedirle a la farmacia que busque los datos de su afiliación.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que deba pagar el costo total de la receta al retirar el medicamento.** Entonces podrá **solicitarnos que le reembolsemos** nuestra parte. Consulte el Capítulo 7, Sección 2 para obtener información sobre cómo solicitar un reembolso a nuestro plan.

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

Sección 9.1 Durante una hospitalización o una estadía en un centro de enfermería especializada cubiertas por nuestro plan

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

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

Habitualmente, un centro de atención a largo plazo (LTC) (como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia o una que le suministra los medicamentos para todos los residentes. Si reside en un centro LTC, puede obtener sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro o de la farmacia que este utilice, siempre que forme parte de nuestra red.

Consulte su *Directorio de farmacias* en *fc2healthplan.com/find-a-provider/* para verificar si la farmacia de su centro de LTC, o la que este utiliza, forma parte de nuestra red. Si no forma parte de la red, o si necesita más información o ayuda, llame a Servicios para Afiliados al *1-844-740-0625* (los usuarios de TTY deben llamar al *711*). Si reside en un centro LTC, debemos garantizar que pueda obtener habitualmente los beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias que atienden a centros de cuidados a largo plazo.

Si reside en un centro LTC y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o que está sujeto a alguna restricción, consulte la Sección 5 para obtener información sobre cómo recibir un suministro temporal o de emergencia.

Sección 9.3 Si también recibe cobertura de medicamentos de un empleador o plan grupal para jubilados

Si tiene otra cobertura de medicamentos a través de su empleador, del empleador de su cónyuge o pareja de hecho, o de un grupo de jubilados, comuníquese con **el administrador de beneficios de ese grupo.** Puede ayudarlo a determinar cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos recetados con nuestro plan.

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

Nota especial sobre cobertura acreditable:

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

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

Guarde los avisos sobre cobertura acreditable porque es posible que los necesite más adelante para demostrar que mantuvo una cobertura acreditable. Si no recibió el aviso de cobertura acreditable, solicite una copia al administrador de beneficios de su empleador o plan de jubilación o al empleador o 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 el programa de cuidados paliativos de Medicare y necesita ciertos medicamentos (por ejemplo, antieméticos, laxantes, un analgésico o un medicamento para la ansiedad) que ese programa no cubre porque no están relacionados con su enfermedad terminal ni con las afecciones asociadas, nuestro plan debe recibir una notificación del profesional autorizado para recetar o del proveedor de cuidados paliativos que confirme que el medicamento no está relacionado con dicha enfermedad antes de cubrirlo. Para evitar demoras en la recepción de estos medicamentos que debería cubrir nuestro plan, solicite a su proveedor de cuidados paliativos o profesional autorizado para recetar que emita 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, debe presentar la documentación a la farmacia para verificar su revocación o alta.

SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad y administración de los medicamentos

Realizamos revisiones del uso de medicamentos para nuestros afiliados para poder garantizar que reciben una atención segura y apropiada.

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

- Posibles errores de medicación
- Medicamentos que quizás no sean necesarios porque está tomando otro similar para tratar la misma enfermedad
- Medicamentos que pueden no ser seguros o apropiados debido a su edad o sexo
- 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 está tomando
- 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 (DMP). Si toma medicamentos opioides que obtiene de varios médicos o farmacias, o si ha tenido una sobredosis reciente de opioides, es posible que hablemos con sus médicos para asegurarnos de que su uso de medicamentos opioides sea apropiado y necesario por razones médicas. Si decidimos, junto con sus profesionales autorizados para recetar, que tomar opioides o benzodiazepinas recetados puede no ser seguro, podemos limitar el acceso a esos medicamentos. Si lo incluimos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser:

- Exigirle que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiazepinas recetados en determinadas farmacias
- Exigirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiazepinas de determinados profesionales autorizados para recetar
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepinas que cubriremos

Si planeamos limitar la forma en que puede obtener estos medicamentos o la cantidad que puede obtener, le enviaremos una carta con anticipación. La carta le informará si limitamos la cobertura de estos medicamentos para usted o si deberá obtener las recetas de estos medicamentos solo de un médico o farmacia específicos. Tendrá la oportunidad de decirnos qué profesionales autorizados para recetar o farmacias prefiere y cualquier otra información que considere importante. Una vez que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta confirmando la limitación. Si cree que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra

decisión o con la limitación, usted y su médico tienen derecho a apelar. Si apela, revisaremos su caso y le 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. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar una apelación.

No se le inscribirá en nuestro DMP si tiene determinadas enfermedades, como dolor causado por el cáncer o anemia falciforme, 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 (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 cuyos costos superan un monto determinado, o que están inscritos en un DMP para ayudarlos a usar opioides de manera segura, pueden recibir servicios a través de un programa MTM. 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 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 del programa MTM recibirán información sobre la eliminación segura de medicamentos recetados que son sustancias controladas.

Es una buena idea hablar con su médico sobre la lista de tareas recomendadas y la lista de medicamentos. Lleve el resumen a la visita o cuando hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Mantenga su lista de medicamentos actualizada y con usted (por ejemplo, con su identificación) en caso de que vaya al hospital o 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, notifíquenoslo y le daremos de baja. Si tiene preguntas sobre este programa, llame al Servicio para Afiliados al *1-844-740-0625* (los usuarios de TTY deben llamar al *711*).

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

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

Si está en un programa que ayuda a pagar medicamentos, **es posible que alguna parte de la información de esta** *Evidencia de cobertura* **sobre los costos de medicamentos recetados de la Parte D no se aplique en su caso.** Le enviamos un documento por separado, llamado *Cláusula adicional de la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda Adicional para pagar los medicamentos recetados* (también denominada *Cláusula adicional del plan de subsidio por bajos ingresos* o *Anexo LIS*) que le informa sobre la cobertura de sus medicamentos. Si no tiene este documento, llame a Servicios para Afiliados al *1-844-740-0625* (Los usuarios de TTY deben llamar al 7*11*) y pregunte por el *Anexo LIS*.

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. Algunos medicamentos están cubiertos por Medicare Parte A o Parte B, mientras que otros están excluidos de la cobertura de Medicare por ley.

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. Al usar la “Herramienta de beneficios en tiempo real” de nuestro plan para consultar la cobertura de medicamentos (https://app.cap-rx.com/?client=FC2-Members https://app.cap-rx.com/?client=FC2-Members), el costo que ve muestra una estimación de los gastos que deberá pagar de su propio bolsillo. También puede obtener la información proporcionada por la “Herramienta de beneficios en tiempo real” llamando al Servicio para Afiliados al *1-844-740-0625* (los usuarios de TTY deben llamar al *711*)..

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

Hay 3 tipos diferentes de gastos directos de bolsillo para los medicamentos cubiertos por la Parte D que puede tener que pagar:

- El **deducible** es el monto que paga por los medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar su parte.
- El **copago** es un monto fijo que 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 sus gastos directos de bolsillo

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

Estos pagos se incluyen en sus gastos directos de bolsillo

Sus gastos directos de bolsillo **incluyen** los pagos indicados a continuación (siempre que sean para 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 de deducible
  - Etapa de cobertura inicial
- Los pagos que haya hecho durante este año calendario como afiliado de otro plan de medicamentos de Medicare antes de inscribirse en nuestro plan.
- Los pagos por sus medicamentos realizados por familiares o amigos.
- Los pagos por sus medicamentos realizados por Ayuda Adicional de Medicare, planes de salud del empleador o sindicatos, Servicio de Salud para Indígenas, programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA y la mayoría de las organizaciones benéficas

Cambio a la Etapa de cobertura catastrófica:

Cuando usted (o quienes pagan en su nombre) hayan pagado un total de $2,400 en gastos directos de bolsillo en el año calendario, pasará de la etapa de cobertura inicial a la etapa de cobertura catastrófica.

Estos pagos no se incluyen en sus gastos directos de bolsillo

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

- 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 los requisitos de nuestro plan para la cobertura fuera de la red
- Medicamentos que no corresponden a la Parte D, incluidos los medicamentos recetados y vacunas cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura de Medicare
- Pagos que realiza por medicamentos que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare
- Pagos de sus medicamentos realizados por determinados planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno como TRICARE y Administración de Salud para Veteranos (VA)
- Pagos de sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de pagar los costos de medicamentos recetados (por ejemplo, compensación por accidente de trabajo)
- Pagos realizados por los fabricantes de medicamentos en virtud del Programa de Descuento para Fabricantes

Recordatorio: Si alguna otra organización, como las mencionadas anteriormente, paga parte o la totalidad de sus gastos directos de bolsillo de medicamentos, debe informar a nuestro plan llamando a Servicios para Afiliados al *1-844-740-0625* (los usuarios de TTY deben llamar al *711*).

Seguimiento del total de sus gastos directos de bolsillo

- La *Explicación de beneficios (EOB) de la Parte D* que usted recibe incluye el total actual de sus gastos directos de bolsillo. Cuando este monto alcance los $*2,400*, la *EOB* de la *Parte D* le indicará que ha salido de la etapa de cobertura inicial y ha ingresado a la etapa de cobertura catastrófica.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Consulte la sección 3.1 para saber qué puede hacer para ayudar a garantizar que nuestros registros de sus gastos estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 Etapas de pago de medicamentos para los afiliados de Florida Complete Care- In The Community (HMO-I-SNP)

Hay **3 etapas de pago de medicamentos** para su cobertura de medicamentos recetados con Florida Complete Care- In The Community (HMO-I-SNP). El monto que paga por cada medicamento recetado depende de la etapa en la que se encuentra cuando surte o repone una receta. En este capítulo se explican los detalles de cada etapa. Las etapas son:

- **Etapa 1: Etapa de deducible anual**
- **Etapa 2: Etapa de cobertura inicial**
- **Etapa 3: Etapa de cobertura en caso de catástrofe**

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

Nuestro plan hace un seguimiento de los costos de sus medicamentos recetados y de los pagos que realiza al comprarlos en la farmacia. De esta manera, podemos informarle cuándo pasó de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. Hacemos un seguimiento de 2 tipos de costos:

- **Gastos directos de bolsillo:** es lo que pagó. Esto incluye lo que pagó cuando obtiene un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago de sus medicamentos realizado por familiares o amigos, y cualquier pago de sus medicamentos realizado por Ayuda Adicional de Medicare, planes de salud de empleadores o sindicatos, Servicio de Salud para Indígenas, programas de asistencia de medicamentos contra el SIDA, organizaciones benéficas y la mayoría de los programas estatales de asistencia farmacéutica (SPAP).
- **Costo total de los medicamentos:** este es el total de todos los pagos realizados por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Incluye lo que pagó el plan, lo que usted pagó y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

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

- **Información de ese mes**. Este informe proporciona los detalles de pago de las recetas que surtió durante el mes anterior. Muestra los costos totales de los medicamentos, lo que pagó el plan y lo que usted y otras personas en su nombre pagaron.
- **Totales del año desde el 1 de enero.** Muestra los costos totales de medicamentos y los pagos totales de sus medicamentos desde que comenzó el año.
- **Información de precios de medicamentos.** Esta información muestra el precio total del medicamento y los cambios de precio desde el primer surtido de cada reclamo de medicamentos recetados para una misma cantidad.
- **Recetas alternativas disponibles de menor costo.** Esto muestra información sobre otros medicamentos disponibles con menores costos compartidos para cada reclamo de medicamentos recetados, si corresponde.

Sección 3.1 Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre el pago de sus 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 las recetas que usted surte y lo que está pagando.
- **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 sus gastos de bolsillo. Para ayudarnos a hacer un seguimiento de sus gastos de 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 paga un copago de medicamentos que se proporcionan en virtud de un programa de asistencia al paciente ofrecido por el fabricante.
    - Cada vez que compra medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o paga el precio total por un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
    - Si le facturan un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, consulte el Capítulo 7, Sección 2.
- **Envíenos información de los pagos que otros hicieron por usted.** Los pagos efectuados por otras personas y organizaciones determinadas también se computan para sus gastos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud para Indígenas y organizaciones benéficas cuentan para sus gastos directos de 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 EOB de la Parte D, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si cree que falta algo o tiene alguna pregunta, llame al Servicio para Afiliados al 1-844-740-0625 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Asegúrese de guardar estos informes.

SECCIÓN 4 Etapa de deducible

La etapa de 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 deducible del plan, que es de $260 para 2027. El deducible no se aplica a 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 vacunas para viajeros. El **costo total** generalmente es más bajo que el precio total normal del medicamento ya que nuestro plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos en farmacias de la red. El costo total no puede superar el precio máximo justo, más los cargos por dispensación, para los medicamentos con precios negociados en el marco del Programa de negociación de precios de medicamentos de Medicare.

Una vez que haya pagado $260 por sus medicamentos, sale de la etapa de deducible y pasa a la etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 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 su parte del costo de sus medicamentos recetados cubiertos y usted paga su parte (el monto de su coseguro). Su parte del costo variará según el medicamento y el lugar donde surta su receta.

Nuestro plan tiene 5 niveles de costos compartidos.

Cada medicamento de la Lista de medicamentos de nuestro plan se encuentra en uno de los 5 niveles de copago. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento.

- Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos: copago de $0
- Nivel 2: Medicamentos genéricos: copago de $0

- Nivel 3: Medicamentos de marcas preferidas: 25% de coseguro
  Usted paga $*35* por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.

- Nivel 4: Medicamentos no preferidos: 25% de coseguro

Usted paga $*35* por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.

- Nivel 5: Medicamento especializado 25% de coseguro
  Usted paga $*35* por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.

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

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 en la red de nuestro plan. Cubrimos recetas surtidas en farmacias fuera de la red solo en situaciones limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para saber cuándo cubriremos una receta surtida en una farmacia fuera de la red.
- La farmacia de pedidos por correo de nuestro plan

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacia y surtir sus recetas, consulte el Capítulo 5 y el *Directorio de farmacias* de nuestro plan en fc2healthplan.com/find-a-provider/ fc2healthplan.com/find-a-provider/.

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

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

El monto del copago o coseguro depende del nivel de costos compartidos.

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

Nivel	Costo compartido estándar en farmacias de venta minorista de la red (suministro para un máximo de 30días)	Costos compartidos de pedido por correo (suministro para un máximo de 30días)	Costos compartidos para atención a largo plazo (LTC) (suministro para un máximo de 31días)	Costo compartido de atención fuera de la red (La cobertura se limita a determinadas situaciones; consulte el Capítulo 5 para conocer los detalles). (suministro para un máximo de 30días)
Nivel 1 de costo compartido (medicamentos genéricos preferidos)	*$0 de copago*	*$0 de copago*	*$0 de copago*	*$0 de copago*
Nivel 2 de costo compartido *(medicamentos genéricos)*	*$0 de copago*	*$0 de copago*	*$0 de copago*	*$0 de copago*
Nivel 3 de costo compartido *(medicamentos de marca preferida)*	*Coseguro del 25%*	*Coseguro del 25%*	*Coseguro del 25%*	*Coseguro del 25%*

Nivel	Costo compartido estándar en farmacias de venta minorista de la red (suministro para un máximo de 30días)	Costos compartidos de pedido por correo (suministro para un máximo de 30días)	Costos compartidos para atención a largo plazo (LTC) (suministro para un máximo de 31días)	Costo compartido de atención fuera de la red (La cobertura se limita a determinadas situaciones; consulte el Capítulo 5 para conocer los detalles). (suministro para un máximo de 30días)
Nivel 4 de costo compartido *(medicamentos no preferidos)*	*Coseguro del 25%*	*Coseguro del 25%*	*Coseguro del 25%*	*Coseguro del 25%*
Nivel 5 de costo compartido *(medicamentos especializados)*	*Coseguro del 25%*	*Coseguro del 25%*	*Coseguro del 25%*	*Coseguro del 25%*

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.

Consulte la Sección 8 de este capítulo para obtener más información sobre el costo compartido de las vacunas de la Parte D.

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

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

Si recibe un suministro para 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 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 tasa de costo compartido diario) y lo multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que recibe.

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

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 por la Parte D

Nivel	Costos compartidos estándar en minoristas (dentro de la red) *(hasta un suministro para 90 días)*	Costos compartidos de pedido por correo *(hasta un suministro para 90 días)*
Nivel 1 de costo compartido *(medicamentos genéricos preferidos)*	$0 de copago	$0 de copago

Nivel	Costos compartidos estándar en minoristas (dentro de la red) *(hasta un suministro para 90 días)*	Costos compartidos de pedido por correo *(hasta un suministro para 90 días)*
Nivel 2 de costo compartido *(medicamentos genéricos)*	$0 de copago	$0 de copago
Nivel 3 de costo compartido *(medicamentos de marca preferida)*	*Coseguro del 25%*	*Coseguro del 25%*
Nivel 4 de costo compartido *(medicamentos no preferidos)*	*Coseguro del 25%*	*Coseguro del 25%*
Nivel 5 de costo compartido *(medicamentos especializados)*	*Coseguro del 25%*	*Coseguro del 25%*

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.

Sección 5.5 Permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que sus gastos directos de bolsillo del año alcancen un total de $2,400

Usted permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que sus gastos totales de bolsillo alcancen $2,400. Luego avanza a la etapa de cobertura catastrófica.

La *EOB de la Parte D* que recibe le ayudará a hacer un seguimiento de cuánto han gastado usted, el plan y terceros en su nombre durante el año. No todos los afiliados alcanzarán el límite de gastos de bolsillo de $2,400 en un año.

Le informaremos si alcanza ese monto. Consulte la Sección 1.3 para obtener más información sobre cómo calcula Medicare sus gastos directos de bolsillo.

SECCIÓN 6 Etapa de cobertura catastrófica

En la etapa de cobertura catastrófica, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos por la Parte D. Usted ingresa a la etapa de cobertura catastrófica cuando sus gastos directos de bolsillo alcanzan el límite de $2,400 para el año calendario. Cuando llegue a la etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

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

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

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la Lista de medicamentos 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. Consulte la Lista de medicamentos de su plan o comuníquese con Servicios para Afiliados al *1-844-740-0625* (los usuarios de TTY deben llamar al *711*) para conocer los detalles del costo compartido de ciertas vacunas específicas.

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

- La primera parte es el costo de **la vacuna**.
- La segunda parte es el costo de **la aplicación de la vacuna**. (Esto a veces se llama la administración de la vacuna).

Sus costos de las vacunas de la Parte D dependen de 3 factores:

1. **Si la vacuna está recomendada para adultos por una organización llamada Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP).**
   - La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos son recomendadas por ACIP y no tienen ningún costo.
2. **Dónde obtiene la vacuna.**
   - Una farmacia o un consultorio médico pueden suministrar la vacuna.

3. **Quién le administra la vacuna.**
    - Un farmacéutico u otro proveedor puede administrar la vacuna en la farmacia. O bien, un proveedor puede administrarla en el consultorio médico.

Lo que 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.

- Cuando le aplican una vacuna, tiene que pagar el costo total de la vacuna y el costo del proveedor por administrarle la vacuna. 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 administran una vacuna, pagará solo su parte del costo conforme al beneficio de la Parte D. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada.

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

Situación 1: Le administran 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 administren ciertas vacunas).

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

Situación 2: Le administran 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 administrarle la vacuna.
- Luego, puede solicitar a nuestro plan que pague nuestra parte del costo siguiendo los procedimientos que se describen en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el monto total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó menos el coseguro de la vacuna (incluida la administración). (Si recibe Ayuda Adicional, le reembolsaremos esta diferencia).

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

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada por la vacuna.
- Para otras vacunas de la Parte D, pagará a la farmacia su coseguro por la vacuna.
- Cuando su médico le administre la vacuna, usted pagará el costo total de ese servicio.
- Luego, puede solicitar a nuestro plan que pague nuestra parte del costo siguiendo los procedimientos que se describen en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el monto total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó menos el coseguro de la administración de la vacuna. (Si recibe Ayuda Adicional, le reembolsaremos esta diferencia).

CAPÍTULO 7:
Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de servicios o medicamentos cubiertos

A veces, cuando recibe atención médica o un medicamento recetado, es posible que deba pagar el costo total. Otras veces, es posible que haya pagado más de lo que esperaba según las reglas de cobertura de nuestro plan o puede recibir una factura de un proveedor. En estos casos, puede solicitarle a nuestro plan que le haga un reembolso (es decir, que le devuelva lo que pagó). Usted tiene derecho a que nuestro plan le haga un reembolso cuando haya pagado más que su parte del costo por servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan. Puede haber fechas límite que debe cumplir para recibir el reembolso. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

Puede haber ocasiones en que reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que recibió o por más 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 deberían cubrirse, le pagaremos al proveedor directamente. Si decidimos no pagarla, notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más del 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 urgencia de un proveedor que no está en la red de nuestro plan**

   Fuera del área de servicios, puede recibir servicios de emergencia o de urgencia de cualquier proveedor, esté o no en nuestra red. En estos casos,

- Usted solo es responsable de pagar su parte del costo de los servicios de emergencia o urgencia. Los proveedores de servicios de emergencia están obligados por ley a brindar atención de emergencia.
- Si paga el monto total al momento de recibir la atención, debe solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. Envíenos la factura, junto con la documentación de los pagos que realizó.
- Puede recibir una factura del proveedor solicitando un pago que usted cree que no debe. Envíenos esa factura, junto con la documentación de los pagos que haya realizado.
    - Si se le debe algo al proveedor, le pagaremos directamente a él.
    - Si ya pagó más de su parte del costo del servicio, determinaremos cuánto debe y le reembolsaremos nuestra parte del costo.

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

Los proveedores de la red siempre deberán facturar a nuestro plan directamente y pedirle a usted solo su parte del costo. Pero a veces cometen errores y le piden que pague más de lo que le corresponde.

- Solo tiene que pagar el monto de su costo compartido cuando recibe servicios cubiertos. No permitimos que los proveedores agreguen otros cargos separados, lo que se llama **facturar el saldo**. Esta protección (que nunca paga más que el monto de su costo compartido) se aplica incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio e incluso si hay una disputa y no pagamos determinados cargos del proveedor.
- Cuando reciba una factura de un proveedor de la red que cree que es más de lo que debería pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya pagó una factura a un proveedor de la red, pero considera que pagó demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de los pagos que haya realizado y solicite que le reembolsemos la diferencia entre el monto que pagó y la cantidad que adeudaba según el plan.

3. Si se inscribe en nuestro plan en forma retroactiva

A veces, la inscripción de una persona en el 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 se inscribió de manera retroactiva en nuestro plan y pagó de su bolsillo alguno de sus servicios o medicamentos cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitar

que le reembolsemos nuestra parte de los costos. Debe enviarnos la documentación, como recibos y facturas, para que gestionemos el reembolso.

4. Cuando surte una receta en una farmacia fuera de la red

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

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. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener más información sobre estas circunstancias. 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 una receta porque no tiene a mano su tarjeta de afiliado al plan

Si no tiene su tarjeta de afiliado al plan, puede pedirle a la farmacia que llame al plan o que busque la información de su inscripción en el plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener la información de inscripción que necesita de inmediato, es posible que deba pagar el costo total de la receta.

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 del plan; o podría tener un requisito o una restricción que no conocía o cree que no debería aplicarse 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, revisaremos su solicitud y decidiremos si se debe cubrir el servicio o medicamento. A esto se le llama tomar una **decisión de cobertura**. Si decidimos que debe cubrirse, pagaremos nuestra parte del costo del servicio o medicamento. Si denegamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 tiene información sobre cómo presentar una apelación.

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

Para solicitar el reembolso, puede enviarnos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíe su factura y documentación de cualquier pago que haya hecho. Es una buena idea hacer una copia de las facturas y los recibos para sus registros. **Debe presentar su reclamo en un plazo de *12 meses*** a partir de la fecha en que recibió el servicio, el artículo o el medicamento.

Para asegurarse de que nos está brindando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamo para hacer su solicitud de pago.

- No tiene que usar el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápido.
- Descargue una copia del formulario desde nuestro sitio web (FC2healthplan.com) o 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.

Envíenos su solicitud de pago junto con facturas o recibos de pago a esta dirección:

Florida Complete Care
Attn Claims Dept
PO BOX 21688
Eagan, MN 55121

Por reclamaciones de medicamentos recetados de la Parte D: Debe enviarnos su reclamo dentro de 3 años a partir de la fecha en que recibió el medicamento.

Envíenos su solicitud de pago junto con facturas o recibos de pago a esta dirección:
Judi Rx
Attn: Claims Dept.
9450 SW Gemini Dr., Suite 87234
Beaverton, Oregon 97008-7105

Los afiliados también pueden enviar por correo electrónico todos los documentos para su procesamiento a dmr@judi.com

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y responderemos sí o no

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

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y usted siguió todas las reglas, pagaremos nuestra parte del costo. Nuestra parte del costo podría no ser 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 ya pagó el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo su reembolso de nuestra parte del costo. Si aún no pagó el servicio o el medicamento, le enviaremos el pago por correo directamente al proveedor.
- Si determinamos que la atención médica o el medicamento *no* están cubiertos, o si *no* siguió todas las reglas, no pagaremos nuestra parte del costo. Le enviaremos una carta explicando 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 la totalidad o parte de la atención médica o el medicamento, puede presentar una apelación

Si cree que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos solicita que cambiemos la decisión que tomamos cuando rechazamos 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 u otros formatos alternativos, etc.)

Nuestro plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se proporcionen 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, así como aquellos 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. Además, podemos brindarle información en otros idiomas además del inglés, por ejemplo, español, en Braille, en letra grande u otros formatos alternativos sin costo alguno si lo necesita. Debemos brindarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para obtener información de parte nuestra en la forma que mejor le convenga, llame a Servicios para Afiliados al 1-833-FC2-PLAN (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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 servicios de atención médica preventiva y de rutina para mujeres.

Si no hay proveedores de una especialidad disponibles en la red del plan, es responsabilidad de nuestro plan localizar proveedores fuera de la red que puedan proporcionarle la atención necesaria. En este caso, usted solo pagará el costo compartido dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que necesita, llame al plan para obtener información sobre dónde 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 a un especialista en salud de la mujer o encontrar

un especialista de la red, llame para presentar una queja al 1-833-FC2-PLAN, los usuarios de TTY deben llamar al 711. También puede presentar una queja a Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente a la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

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

Nuestro plan cuenta con servicios de intérprete gratuitos disponibles para responder preguntas de afiliados que no hablan inglés. Además, podemos proporcionarle materiales en otros idiomas, como el español. También podemos brindarle información en braille, en letra grande u otros formatos alternativos sin costo si lo necesita. Estamos obligados a brindarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para obtener información sobre nuestra manera de trabajar para usted, llame a Servicios para Afiliados.

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

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

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

Sección 1.2 Debemos 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 proporcione y coordine sus servicios cubiertos. No exigimos que obtenga una derivación para acudir a proveedores de la red.

Tiene derecho a citas y servicios cubiertos de la red de proveedores de nuestro plan *en un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de especialistas cuando necesite esa atención. También tiene derecho a surtir o reponer 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 en un plazo razonable, en el Capítulo 9 se le informa qué puede hacer.

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

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de su historia clínica y su información personal de salud. Protegemos su información personal de salud según lo exigen estas leyes.

- Su información personal de salud 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 para controlar cómo se usa su información médica. Le entregamos un aviso por escrito, denominado Aviso de prácticas de privacidad, que informa estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información médica.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- Salvo las circunstancias que se indican a continuación, si tenemos la intención de proporcionar su información médica a alguien que no le brinda ni paga su atención, primero debemos obtener su permiso por escrito o el de alguien a quien 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 médica a agencias gubernamentales que controlan la calidad de la atención.
    - Como usted es afiliado de nuestro plan a través de Medicare, debemos proporcionarle a Medicare su información de salud, incluida la información

sobre sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare divulga su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con los estatutos y las regulaciones federales, generalmente esto requiere que no se comparta información que permita identificarlo de manera inequívoca.

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) aprobaron nuevas normas, vigentes a partir del 1 de enero de 2027, que exigen que los planes de atención administrada de Medicaid y Medicare intercambien ciertos datos relacionados con la salud con otros planes (lo que se denomina Acceso de pagador a pagador) y proveedores (lo que se denomina Acceso del proveedor) con el fin de mejorar la comunicación en todo el sistema de atención médica y ayudar a garantizar la atención adecuada en el momento adecuado. Usted tiene la opción de decidir si desea que se compartan sus datos específicos relacionados con la salud. Para obtener más información sobre estos cambios y sus opciones, visite nuestra página de intercambio de información de salud en fc2healthplan.com/HealthInformationSharing. Allí encontrará información que le ayude a comprender estos cambios y sus opciones.

Puede ver la información de sus registros y saber cómo se compartió con otros.

Tiene derecho a ver su historia clínica en el plan y obtener una copia. Podemos 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 médica para decidir si se deben hacer los cambios.

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

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información personal de salud, llame a Servicios para Afiliados al 1-833-FC2-PLAN (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

Como afiliado de Florida Complete Care- In The Community (HMO-POS I-SNP), 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):

- **Información sobre nuestro plan**. Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera de nuestro plan.

- **Información sobre nuestros proveedores y farmacias de la red.** Tiene derecho a que le enviemos 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 recetados de la Parte D.
- **Información sobre por qué algo no tiene cobertura 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 Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y participar en las decisiones sobre su atención médica

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

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

- **Conocer todas sus opciones.** Tiene derecho a que se le informen todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su enfermedad, independientemente del costo o si están cubiertas 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 que puede presentar su atención. 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 medicamentos, acepta toda la responsabilidad de lo que suceda 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 médica debido a accidentes o enfermedades graves. Tiene derecho a decir lo que quiere que suceda si se encuentra 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 su cuenta.

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

Cómo preparar directivas anticipadas:

- **Obtenga el 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. También puede llamar a Servicio para Afiliados al 1-833-FC2-PLAN (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitar los formularios. Atendemos 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) del 1 de abril al 30 de septiembre.
- **Complete el formulario y fírmelo.** No importa de dónde obtenga este formulario, es un documento legal. Considere la posibilidad de pedirle a un abogado que le ayude a prepararlo.
- **Entregue copias del formulario a las personas correctas.** 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 ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas y si lo tiene a mano.
- Si no ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Usted decide si desea completar un formulario de directivas anticipadas (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 directivas

Si firmó un formulario de directivas anticipadas y cree que un médico u hospital no las ha seguido, puede presentar una queja al programa SHINE del Departamento de Asuntos de la Tercera Edad de Florida. Los servicios de los asesores del SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono y URL de sitios web en el Capítulo 2, Sección 3 de este documento.

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

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

Sección 1.7 Si cree que está recibiendo un trato injusto o que no se están respetando sus derechos

Si cree que recibió un trato injusto o no se respetaron sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad o nacionalidad, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697) o debe llamar a la Oficina de Derechos Civiles local.

Si cree que recibió un trato injusto o que no se respetaron sus derechos, y *no se* trata de discriminación, puede obtener ayuda para resolver su problema en los siguientes contactos:

- **Llame a Servicios para Afiliados al 1-833-FC2-PLAN (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- **Llame a la oficina local de SHIP** al 1-800-96-ELDER (Consulte el Capítulo 2, Sección 3 para obtener más detalles).
- **Llame a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Para obtener más información sobre sus derechos, diríjase a los siguientes contactos:

- **Llame a Servicios para Afiliados al 1-833-FC2-PLAN (los usuarios de TTY deben llamar al 711).**
- **Llame a la oficina local de SHIP** al 1-800-96-ELDER (Consulte el Capítulo 2, Sección 3 para obtener más detalles).
- **Contacte a Medicare**
    - Visite 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 del plan se describe a continuación. Llame a Servicios para Afiliados al 1-833-FC2-PLAN (los usuarios de TTY deben llamar al 711)

- **Conozca sus servicios cubiertos y las reglas que debe seguir para obtenerlos.** Use esta *Evidencia de cobertura* para saber lo que está cubierto y las reglas que debe seguir para recibir 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 tiene otra cobertura de seguro de salud o de medicamentos además de nuestro plan, debe informarnos al respecto.** El Capítulo 1 le informa cómo coordinar estos beneficios.
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de afiliado al plan cada vez que reciba atención médica o medicamentos de la Parte D.
- **Colabore con sus médicos y otros proveedores dándoles información, haciéndoles preguntas y siguiendo las indicaciones sobre su atención.**
    - Para obtener la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores de atención médica sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus médicos acuerden.

  - Asegúrese de que sus médicos sepan todos los medicamentos que está tomando, incluso medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.
  - Si tiene una pregunta, asegúrese de hacerla y obtener una respuesta que pueda entender.
- **Tenga consideración.** Esperamos que todos nuestros afiliados respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que actúe de una manera que contribuya a la armonía del consultorio del médico, los hospitales y otros establecimientos.
- **Pague lo que debe.** Como afiliado del plan, usted es responsable de estos pagos:
  - Debe seguir pagando una prima por su Parte B de Medicare para permanecer como afiliado de nuestro plan.
  - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan debe pagar su parte del costo cuando los recibe.
  - Si debe pagar una multa por inscripción tardía, debe pagar la multa para mantener su cobertura para medicamentos recetados.
  - Si debe pagar el monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe continuar pagando el monto adicional directamente al gobierno para seguir siendo afiliado al plan.
- **Si se muda *dentro de* nuestra área de servicio del 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, usted no puede seguir siendo afiliado de nuestro plan.**
- **Si se muda, avise 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 inquietud

Este capítulo explica 2 tipos de procesos para manejar problemas y preocupaciones:

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

Ambos procesos han sido aprobados por Medicare. Cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y fechas límite que usted y nosotros debemos cumplir.

La información de este capítulo le ayudará a identificar el proceso correcto que debe usar.

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 simplificar las cosas, este capítulo utiliza palabras más conocidas en lugar de algunos términos legales.

Sin embargo, a veces es importante conocer los términos legales correctos. Para que pueda saber qué términos usar para obtener la ayuda o la información adecuadas, incluimos estos términos legales cuando le damos detalles para manejar tipos específicos de situaciones.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos disponibles para ayudarle. Incluso si tiene una queja sobre nuestro trato hacia usted, estamos obligados a respetar su derecho a presentar una queja. Llame a Servicios para Afiliados al 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526) (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda. Pero en algunas situaciones es posible que también quiera recibir

ayuda u orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. Dos organizaciones que pueden ayudarle son:

Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP)

Cada estado tiene un programa gubernamental con asesores capacitados. El programa no tiene relación con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a comprender qué proceso debe seguir para resolver un problema. También pueden responder sus preguntas, brindarle más información y ofrecerle orientación sobre qué hacer.

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

Medicare

También puede ponerse en contacto 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 Medicare.gov

SECCIÓN 3 Qué proceso se usa para su problema

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

Esto incluye problemas sobre si la atención médica (artículos médicos, servicios y medicamentos de la Parte B) están cubiertos o no, cómo se cubren y problemas relacionados con el pago de la atención médica.

Sí.

Consulte la **Sección 4, Guía para las determinaciones de cobertura y apelaciones.**

No.

Visite la **Sección 10, Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, la atención al cliente u otras inquietudes.**

Determinaciones de cobertura y apelaciones

SECCIÓN 4 Guía para las determinaciones de cobertura y apelaciones

En las determinaciones de cobertura y apelaciones se abordan 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 las cosas, generalmente nos referimos a los artículos médicos, servicios y medicamentos de la Parte B de Medicare como **atención médica**. Usted puede usar el proceso de determinaciones de cobertura y apelaciones para plantear cuestiones como, por ejemplo, si algo está cubierto o no y cómo se cubre.

Solicitud de decisión de cobertura antes de recibir servicios

Si desea saber si cubriremos una atención médica antes de recibirla, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. Una decisión de cobertura es una determinación que tomamos sobre sus beneficios y su cobertura o sobre el monto que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si su médico de la red del 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 nunca está cubierto bajo ninguna condición. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico en particular o si se niega a brindarle la atención médica que 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 decisión de cobertura, enviaremos una explicación de los motivos por los que desestimamos la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Tomamos una decisión de cobertura cuando decidimos qué está cubierto para usted y cuánto pagaremos. En algunos casos, podemos determinar que la atención médica no está cubierta o que ha dejado de estar cubierta para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Presentar una apelación

Si tomamos una decisión sobre la cobertura, ya sea antes o después de que usted reciba un beneficio, y usted no queda conforme, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una

manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura. En ciertas 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 apela una decisión por primera vez, esto se llama apelación de nivel 1. En esta apelación, revisamos nuestra decisión de cobertura para verificar si seguimos todas las reglas correctamente. Después de completar la revisión, le informamos 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 por una apelación de nivel 1, enviaremos un aviso explicando por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Si rechazamos total o parcialmente su apelación de nivel 1 por atención médica, su apelación pasará automáticamente a una apelación de nivel 2 que estará a cargo de una organización de revisión independiente que no está afiliada a 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 5.4** para obtener más información sobre las apelaciones de nivel 2 por atención médica.
- Las apelaciones de la Parte D se analizan con más detalle en la Sección 6.

Si no está conforme con la decisión de la apelación de nivel 2, es posible que pueda continuar con los siguientes niveles de apelación (en este capítulo se explican los procesos de apelación de los niveles 3, 4 y 5).

Sección 4.1 Obtener ayuda para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Estos son los recursos si decide 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** del Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico.

- **Su médico puede hacer una solicitud por usted.** Si su médico le ayuda con una apelación después del nivel 2, deberá designarlo 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 *de Designación de representante*. (El formulario también está disponible en CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web, FC2healthplan.com.
    - Para atención médica o medicamentos recetados de la Parte B, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de nivel 1 en su nombre. Si su apelación es denegada en el nivel 1, se enviará automáticamente al nivel 2.
    - Para los medicamentos recetados de la Parte D, su médico u otro profesional autorizado para recetar pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación de nivel 1 en su nombre. Si se rechaza su apelación de nivel 1, su médico o un profesional autorizado para recetar pueden solicitar una apelación de nivel 2.
- **Puede pedirle a otra persona que actúe en su nombre.** Puede designar a otra persona como su representante para que solicite una decisión de cobertura o presente una apelación en su nombre.
    - Si desea que un amigo, familiar u otra persona sea 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 *de Designación de representante*. (El formulario también está disponible en CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web, FC2healthplan.com. Este formulario autoriza a esa persona a actuar en su nombre. Usted y la persona que desea designar como representante deben firmar el formulario. Debe entregarnos una copia del formulario firmado.
    - Podemos aceptar una solicitud de apelación de un representante sin el formulario, pero no podemos completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario antes de nuestra fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación, desestimaremos su solicitud de apelación. En ese caso, le enviaremos un aviso por escrito explicando su derecho a pedir que la organización de revisión independiente revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- **Tiene derecho a contratar un abogado.** Puede comunicarse con su abogado o solicitar el nombre de un abogado en el colegio de abogados local u otro servicio de derivaciones. Hay organizaciones que ofrecen servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. Sin embargo, **no está obligado a contratar un abogado** para solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión.

Sección 4.2 Reglas y plazos para diferentes situaciones

Hay 4 situaciones diferentes relacionadas con las decisiones de cobertura y las apelaciones. Cada situación tiene reglas y plazos diferentes. A continuación, se detallan estas situaciones:

- **Sección 5**: Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 6**: Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 7**: Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada si cree que le están dando de alta demasiado pronto
- **Sección 8**: Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo determinados servicios médicos si cree que su cobertura finaliza 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 qué información aplica a su situación, 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 a través de SHIP.

SECCIÓN 5 Atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 5.1 Qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para la atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención

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

Esta sección le indica qué puede hacer si se encuentra en alguna de estas 5 situaciones:

1. No está recibiendo cierta atención médica que desea y considera que está cubierta por nuestro plan. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**

2. Nuestro plan no aprobará la atención médica que su médico u otro proveedor de atención médica desea brindarle, y usted considera que está cubierta por nuestro plan. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**

3. Recibió atención médica que considera que nuestro plan debería cubrir, pero le informamos que no pagaremos esa atención. **Presentar una apelación. Sección 5.3.**

4. Recibió y pagó atención médica que considera que nuestro plan debería cubrir, y desea solicitar a nuestro plan que le reembolse ese gasto. **Envíenos la factura. Sección 5.5.**

5. Se le informa que la cobertura de determinada atención médica que ha estado recibiendo y que aprobamos previamente se reducirá o suspenderá, y usted considera que reducir o suspender esta atención podría perjudicar su salud. **Presentar una apelación. Sección 5.3.**

Nota: Si la cobertura que se suspenderá es de atención hospitalaria, cuidado de la salud en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF), lea las Secciones 7 y 8. Se aplican reglas especiales a estos tipos de atención.

Sección 5.2 Cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales:

Una decisión de cobertura relacionada con su atención médica se denomina **determinación de la organización.**

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

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

Por lo general, la decisión de cobertura estándar se toma dentro de los 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 las 72 horas para servicios médicos y 24 horas para medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir 2 requisitos:

- *Solo* puede *solicitar* cobertura de artículos y servicios médicos (no puede solicitar el pago de artículos o servicios que ya recibió).
- *Solo* puede obtener una decisión de cobertura rápida si cumplir con los plazos estándar podría causar un daño grave a su salud o perjudicar su capacidad para recuperar sus funciones.

Si su médico nos informa que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente aceptaremos darle una decisión de cobertura rápida.

Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el respaldo de su médico, determinaremos si su estado de salud requiere que le demos una decisión de cobertura rápida. Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:

- Explique que aplicaremos los plazos estándar.
- Explique que, si su médico solicita una decisión de cobertura rápida, se la concederemos automáticamente.
- Explique que puede presentar una queja rápida por nuestra decisión de aplicar el plazo estándar en lugar del plazo rápido que solicitó.

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

- Comience llamando, escribiendo o enviando un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que 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 aplicamos las fechas límites estándar.

Esto significa que le daremos una respuesta en un plazo de 7 días calendario a partir de la fecha en que recibamos su solicitud de un artículo o servicio médico sujeto a las normas de autorización previa. Si el artículo o servicio médico que solicita no está sujeto a las normas de autorización previa, le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario a partir de la fecha en que recibamos su solicitud. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B, le daremos una respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud.

- **Sin embargo**, si pide más tiempo o si necesitamos más información que puede beneficiarle, **podemos demorar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si necesitamos más tiempo, se lo informaremos por escrito. No podemos tardar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es por un medicamento de la Parte B.
- Si considera que *no deberíamos* tomarnos más tiempo, puede presentar una *queja rápida*. Le daremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso para solicitar decisiones

de cobertura y presentar apelaciones. Para obtener información sobre quejas, consulte la Sección 10).

Para decisiones de cobertura rápidas establecemos un plazo acelerado.

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

- **Sin embargo**, si pide más tiempo o si necesitamos más información que puede beneficiarle, **podemos demorar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si necesitamos más tiempo, se lo informaremos por escrito. No podemos tardar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es por un medicamento de la Parte B.
- Si considera que *no deberíamos* tomarnos más tiempo, puede presentar una *queja rápida*. (Para obtener información sobre quejas, consulte la Sección 10). Le llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- Si no aceptamos todo o parte de lo que solicitó, le enviaremos una explicación por escrito del motivo.

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

- Si nuestra respuesta es negativa, tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos esta decisión presentando una apelación. Esto significa volver a solicitar la cobertura de atención médica que desea. Si presenta una apelación, significa que estará en el nivel 1 del proceso de apelación.

Sección 5.3 Cómo presentar una apelación de nivel 1

Términos legales:

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

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

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

Una apelación estándar suele hacerse en 30 días calendario o 7 días calendario para medicamentos de la Parte B. Una apelación rápida suele hacerse en 72 horas.

- Si apela una decisión que tomamos sobre la cobertura de atención, usted o su médico deben determinar si necesita una apelación rápida. Si su médico nos informa que su salud requiere una apelación rápida, se la daremos.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para recibir una decisión de cobertura rápida que se incluyen en la Sección 5.2.

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

- **Si solicita una apelación estándar, preséntela por escrito.** El Capítulo 2 tiene la información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.** En el Capítulo 2 puede ver la información de contacto.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en los 65 días calendario** desde la fecha del aviso por escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si no cumple esta fecha límite 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. Algunos 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 sobre su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.** Podemos cobrarle una tarifa por hacer copias y enviarle esta información.

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

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, repasamos detenidamente toda la información. Verificamos si seguimos todas las reglas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si es necesario y posiblemente nos comunicaremos con usted o su médico.

Fechas límite para una apelación rápida

- Para apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **en las 72 horas posteriores a que recibamos su solicitud.** Le daremos una respuesta antes si su salud lo requiere.
    - Si pide más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos demorar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si necesitamos más tiempo, se lo informaremos por escrito. No podemos tardar más tiempo si su solicitud es por un medicamento de la Parte B.

- Si no le damos una respuesta en 72 horas (o al final del período extendido si tardamos más días), debemos enviar automáticamente su solicitud al nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación. En la Sección 5.4 se explica el proceso de apelación de nivel 2.

- **Si aceptamos todo o parte de lo que solicitó,** debemos autorizar o proporcionar la cobertura que acordamos en las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.
- **Si no aceptamos todo o parte de lo que solicitó,** pasaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Fechas límite para una apelación estándar

- Para apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B que todavía no recibió, recibirá una respuesta **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si su estado de salud así lo requiere.
  - Si pide más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos demorar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si necesitamos más tiempo, se lo informaremos por escrito. No podemos tardar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es por un medicamento de la Parte B.
  - Si considera que no deberíamos tomarnos más tiempo, puede presentar una queja rápida. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja dentro de las 24 horas. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre quejas).
  - Si no le damos una respuesta antes de la fecha límite (o al final del período extendido), enviaremos su solicitud a una apelación de nivel 2, donde una organización de revisión independiente revisará la apelación. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación. En la Sección 5.4 se explica el proceso de apelación de nivel 2.
- **Si aceptamos todo o parte de lo que solicitó,** debemos autorizar o proporcionar la cobertura en 30 días calendario si su solicitud es para un artículo o servicio médico, o **en 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
- **Si nuestro plan no acepta parte o toda su apelación**, enviaremos su apelación automáticamente 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.

Sección 5.4 El proceso de apelación de nivel 2

Término legal:

El nombre formal de la organización de revisión independiente es **entidad de revisión independiente.** A veces se la denomina **IRE.**

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

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**. **Tiene derecho a solicitarnos una copia del expediente de su caso**. Podemos cobrarle una tarifa por hacer copias y enviarle esta información.
- 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.

- Para la apelación rápida, la organización de revisión independiente debe responder su apelación de nivel 2 **en las 72 horas** posteriores a la recepción de su apelación.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que puede beneficiarle, **puede tardar hasta 14 días calendario más**. Si necesitan más días, se lo notificarán por escrito. La organización de revisión independiente no puede tardar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es por un medicamento de la Parte B.

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

- Para la apelación estándar, si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la organización de revisión independiente debe responder su apelación de nivel 2 **en los 30 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Si su solicitud es para

un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, la organización de revisión independiente debe responder su apelación de nivel 2 **en los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación.

- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que puede beneficiarle, **puede tardar hasta 14 días calendario más**. Si necesitan más días, se lo notificarán por escrito. La organización de revisión independiente no puede tardar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es por 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 una parte o toda la solicitud de un artículo o servicio médico,** debemos autorizar la cobertura de la atención médica dentro de las **72 horas** o prestar el servicio en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido la decisión de la organización de revisión independiente para **solicitudes estándar**. Para **solicitudes rápidas** tenemos **72 horas** desde la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o toda la solicitud para un medicamento de la Parte B,** debemos autorizar o proporcionar el medicamento de la Parte B **dentro de las 72 horas** después de haber recibido la decisión de la organización de revisión independiente para **solicitudes estándar**. Para **solicitudes rápidas** tenemos **24 horas** desde la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si esta organización rechaza parte o la totalidad de su apelación**, significa que está de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica no debe aprobarse. (Esto se llama **ratificar la decisión** o **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta que:
    - Explica su decisión.
    - Le notifica su derecho a una apelación de nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica cumple un mínimo determinado. El aviso por escrito que recibe de la organización de revisión independiente le indicará el monto en dólares que debe cumplir para continuar el proceso de apelación.
    - Le explica cómo presentar una apelación de nivel 3.

Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, usted decide si desea continuar su apelación.

- Hay 3 niveles adicionales en el proceso de apelación después del nivel 2 (un total de 5 niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se incluyen en el aviso por escrito que recibe después de su apelación de nivel 2.
- Un juez administrativo o un abogado adjudicador gestiona las apelaciones de nivel 3. La Sección 9 explica los procesos de apelaciones de niveles 3, 4 y 5.

Sección 5.5 Si nos solicita que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por atención médica

El Capítulo 7 describe las situaciones en las que es posible que deba solicitar un reembolso o pagar una factura que recibió de un proveedor. Además, le informa cómo enviarnos la documentación del pago que nos solicita.

Solicitar un reembolso es pedirnos una decisión de cobertura

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

- **Si aceptamos su solicitud:** Si la atención médica está cubierta y usted siguió todas las reglas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo generalmente dentro de los 30 días calendario, pero a más tardar en un plazo de 60 días calendario después de que recibamos su solicitud. Si no ha pagado la atención médica, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si no aceptamos su solicitud:** Si la atención médica *no* está cubierta o usted *no* siguió todas las reglas, no enviaremos el pago. En cambio, le enviaremos una carta para informarle que no pagaremos la atención medica y los motivos.

Si 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 rechazamos su solicitud de pago.

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

- Debemos darle nuestra respuesta en 60 días calendario después de recibir su solicitud de apelación. Si nos solicita que le reembolsemos la atención médica que ya recibió y pagó, no puede solicitar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor en 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 en 60 días calendario.

SECCIÓN 6 Medicamentos de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 6.1 Qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos el costo de un medicamento de la Parte D.

Sus beneficios incluyen cobertura de muchos medicamentos recetados. El medicamento debe usarse por una indicación médica aceptada para estar cubierto (Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre una indicación médica aceptada). Para conocer los detalles, reglas, restricciones y costos de medicamento de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6. **Esta sección se trata de 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 utilizamos 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 las normas, puede preguntarnos. Para algunos medicamentos se requiere nuestra aprobación antes de cubrirlos.
- Si su farmacia le informa que no puede proporcionarle los medicamentos como indica la receta, le enviará un aviso por escrito que le explicará cómo contactarnos para solicitarnos 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 denomina **determinación de cobertura.**

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

- Desea solicitar la cobertura de un medicamento de la Parte D que no está en la Lista de medicamentos de nuestro plan. **Solicite una excepción. Sección 6.2**
- Desea pedir que no se aplique una restricción en la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamentos que puede obtener, criterios de autorización previa o el requisito de probar otro medicamento primero). **Solicite una excepción. Sección 6.2**
- Desea solicitar pagar un monto menor de costo compartido por un medicamento cubierto que se encuentra en un nivel de costo compartido más alto. **Solicite una excepción. Sección 6.2**
- Solicitar aprobación previa para un medicamento. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.4**
- Pagar un medicamento recetado que ya compró. **Solicítenos un reembolso. Sección 6.4**

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

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

Sección 6.2 Solicitar una excepción

Términos legales:

Pedir que se cubra un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos es solicitar una **excepción del formulario**.

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

Pedir pagar un precio más bajo por un medicamento cubierto no preferido es solicitar una **excepción de nivel.**

Si un medicamento no está cubierto como usted espera, puede pedirnos que hagamos una **excepción**. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos una excepción, su médico u otro profesional autorizado para recetar deberá explicar los motivos médicos por los que necesita que se apruebe la excepción. Estos son 3 ejemplos de excepciones que usted o su médico u otro profesional autorizado para recetar 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 figura en la Lista de medicamentos, deberá pagar el monto del costo compartido que se aplica a todos nuestros medicamentos. No puede solicitar una excepción del monto de costo compartido que le corresponde pagar por el medicamento cuando aceptamos cubrir un medicamento no incluido en la Lista de medicamentos.
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. Si aceptamos hacer una excepción y no aplicarle una restricción, puede pedir una excepción del monto de costo compartido que le requerimos para el medicamento.

3. **Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido más bajo.** Cada medicamento en nuestra Lista de medicamentos pertenece a uno de los 5 niveles de costo compartido. En general, cuanto menor sea el número del nivel de costo compartido, menor será su parte del costo compartido que deberá pagar.
   - Si nuestra Lista de medicamentos incluye medicamentos alternativos para tratar su afección médica que se encuentran en un nivel de costos compartidos más bajo que el de su medicamento, puede solicitarnos que cubramos su medicamento con el mismo monto de costos compartidos que se aplica a los medicamentos alternativos.
   - Si el medicamento que toma es de marca, puede solicitarnos que lo cubramos con el monto de costos compartidos correspondiente al nivel más bajo que incluya medicamentos de marca alternativos para tratar su afección médica.
   - Si el medicamento que toma es un medicamento genérico, puede solicitarnos que lo cubramos con el costo compartido correspondiente al nivel más bajo que incluya alternativas de marca o genéricas para tratar su afección.
   - Si aprobamos su solicitud de excepción de nivel y hay más de un nivel inferior de costos compartidos con medicamentos alternativos que usted no puede tomar, por lo general, pagará el monto más bajo.

Sección 6.3 Cosas importantes que debe saber sobre solicitar excepciones

Su médico debe informarnos los motivos médicos

Su médico u otro profesional autorizado para recetar deben darnos un certificado que explique los motivos médicos para solicitar una excepción. Para una decisión más rápida,

incluya esta información médica de su médico u otro profesional autorizado para recetar cuando solicite la excepción.

Habitualmente, nuestra Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una enfermedad en particular. Estas diferentes opciones se denominan medicamentos **alternativos**. Si un medicamento alternativo tendría la misma eficacia que el medicamento que solicita y no ocasionaría más efectos secundarios ni otros problemas de salud, generalmente no aprobamos su solicitud de excepción. Si nos pide una excepción de nivel, en general, *no* aprobaremos su solicitud de excepción a menos que todos los medicamentos alternativos en los niveles de costo compartido más bajos no sean tan eficaces para usted o puedan causarle una reacción adversa u otro daño.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de excepción, nuestra aprobación generalmente es válida hasta el final del año de nuestro plan. Esto es así siempre que su médico siga recetándole el medicamento y ese medicamento continúe siendo seguro y eficaz para tratar su enfermedad.
- Si no aceptamos su solicitud, puede pedir otra revisión presentando una apelación.

Sección 6.4 Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Término legal:

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

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

Las decisiones de cobertura estándar se toman en las **72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud. **Las decisiones de cobertura rápida** se toman en las **24 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.

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

- Debe solicitar un medicamento que aún no recibió. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida para que le reembolsen un medicamento que ya compró).
- Las fechas límite estándar podrían causar daños graves a su salud o afectar su capacidad funcional.

- **Si su médico u otro profesional autorizado para recetar nos informa que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente tomaremos una decisión de cobertura rápida.**
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el apoyo de su médico u otro profesional autorizado para recetar, nosotros determinaremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
    - Explique que aplicaremos los plazos estándar.
    - Explique que si su médico u otro profesional autorizado para recetar solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente tomaremos una decisión de cobertura rápida.
    - Le informa cómo puede presentar una queja rápida sobre nuestra determinación de tomar una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Responderemos su queja en las 24 horas posteriores a su recepción.

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

Para comenzar, llame, escriba o envíe un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o aprobemos la cobertura de la atención médica que desea. Puede acceder al proceso de decisión de cobertura en nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud presentada en el *Formulario modelo de solicitud de determinación de cobertura de los CMS* o en el formulario de nuestro plan, que está disponible en nuestro sitio web *fc2healthplan.com/prescription-drug-coverage/.* En el Capítulo 2 puede ver la información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, incluya su nombre, información de contacto e información que identifique qué reclamo denegado se está apelando.

Usted, su médico (u otro profesional autorizado para recetar) o su representante pueden hacer esto. También un abogado puede actuar en su nombre. La Sección 4 le indica cómo puede otorgar un permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante.

- **Si solicita una excepción, proporcione una declaración de respaldo** que indique los motivos médicos de la excepción. Su médico u otro profesional autorizado para recetar pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. O su médico u otro profesional autorizado para recetar pueden informarnos por teléfono y hacer un seguimiento enviando por fax o por correo una declaración por escrito si es necesario.

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

Fechas límite para una decisión de cobertura rápida

- Generalmente, debemos darle nuestra respuesta **en las 24 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.
    - Para excepciones, le responderemos en las 24 horas posteriores a la recepción de la declaración de respaldo de su médico. Le daremos una respuesta antes si su salud lo requiere.
    - Si no cumplimos esta fecha límite, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud se envió a la organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos todo o parte de lo que solicitó,** debemos proporcionar la cobertura que acordamos en un plazo de 24 horas después de recibir su solicitud o la declaración del médico que respalde su solicitud.
- **Si no aceptamos todo o parte de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explica el motivo. También le indicaremos cómo puede apelar.

Fechas límite para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que aún no recibió.

- Generalmente, debemos darle nuestra respuesta **en las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.
    - Para excepciones, le responderemos en las 72 horas posteriores a la recepción de la declaración de respaldo de su médico. Le daremos una respuesta antes si su salud lo requiere.
    - Si no cumplimos esta fecha límite, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud se envió a la organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos todo o parte de lo que solicitó,** debemos **aprobar la cobertura** que acordamos **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud o la declaración del médico que respalde su solicitud.
- **Si no aceptamos todo o parte de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explica el motivo. También le indicaremos cómo puede apelar.

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

- Debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de la recepción de su solicitud.
    - Si no cumplimos esta fecha límite, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud se envió a la organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos todo o parte de lo que solicitó**, tenemos que hacerle el pago en los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- **Si no aceptamos todo o parte de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explica el motivo. También le indicaremos cómo puede apelar.

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

- Si nuestra respuesta es negativa, tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos esta decisión presentando una apelación. Esto significa volver a solicitar la cobertura del medicamento que desea. Si presenta una apelación, significa que estará en el nivel 1 del proceso de apelación.

Sección 6.5 Cómo presentar una apelación de nivel 1

Términos legales:

Una apelación a nuestro plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se denomina **nueva determinación** del plan.

Una apelación rápida también se denomina **nueva determinación acelerada.**

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

Una apelación estándar suele hacerse en 7 días calendario. Una apelación rápida suele hacerse en 72 horas. Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

- Si apela una decisión que tomamos sobre un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otro profesional autorizado para recetar deberán determinar si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para recibir una decisión de cobertura rápida que se incluyen en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: usted, su representante, su médico u otro profesional autorizado para recetar debe comunicarse con nosotros y presentar su apelación de nivel 1. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una apelación rápida.

- **Para apelaciones estándar, envíe una solicitud por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 tiene la información de contacto.
- **Para apelaciones rápidas, presente su apelación por escrito o llámenos al** *1-855-344-0930*. En el Capítulo 2 puede ver la información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud presentada en el *Formulario modelo de solicitud de nueva determinación de CMS* que está disponible en nuestro sitio web *fc2healthplan.com/prescription-drug-coverage/*. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre su reclamo para que podamos procesar su solicitud.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en los 65 días calendario** desde la fecha del aviso por escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si no cumple esta fecha límite 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. Algunos 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. Podemos cobrarle una tarifa por hacer copias y enviarle esta información.

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

- Cuando revisamos su apelación, repasamos detenidamente toda la información de su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las reglas cuando rechazamos su solicitud. Podemos comunicarnos con usted o su médico u otro profesional autorizado para recetar para obtener más información.

Fechas límite para una apelación rápida

- Para apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **en las 72 horas posteriores a que recibamos su solicitud.** Le daremos una respuesta antes si su salud lo requiere.
    - Si no le damos una respuesta en 72 horas, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud se envió a la

organización de revisión independiente. En la Sección 6.6 se explica el proceso de apelación de nivel 2.

- **Si aceptamos todo o parte de lo que solicitó,** debemos aprobar la cobertura que acordamos en las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.
- **Si no aceptamos todo o parte de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explica el motivo y cómo puede apelar nuestra decisión.

Fechas límite para una apelación estándar sobre un medicamento que aún no recibió

- Para apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Le informaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud lo requiere.
  - Si no le informamos nuestra decisión en 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud se envió a la organización de revisión independiente. En la Sección 6.6 se explica el proceso de apelación de nivel 2.
- **Si aceptamos todo o parte de lo que solicitó**, debemos proporcionarle la cobertura tan pronto como su salud lo requiera, pero a más tardar **7 días calendario** después de que recibamos su apelación.
- **Si no aceptamos todo o parte de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explica el motivo y cómo puede apelar nuestra decisión.

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

- Debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de la recepción de su solicitud.
  - Si no cumplimos esta fecha límite, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud se envió a la organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos todo o parte de lo que solicitó**, tenemos que hacerle el pago en los **30 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.
- **Si no aceptamos todo o parte de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explica el motivo. También le indicaremos cómo puede apelar.

Paso 4: si rechazamos su apelación, usted decide si desea continuar el proceso de apelación y presentar *otra* apelación.

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

Sección 6.6 Cómo presentar una apelación de nivel 2

Término legal:

El nombre formal de la organización de revisión independiente es **entidad de revisión independiente.** A veces se la denomina **IRE.**

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o se debe cambiar. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: usted (o su representante o su médico u otro profesional autorizado para recetar) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y solicitar la 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 le indicarán quién puede presentar esta apelación de nivel 2, qué fechas límite debe tener en cuenta y cómo comunicarse con la organización de revisión independiente.
  - **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 65 días calendario** desde la fecha del aviso por escrito.
- Sin embargo, si no completamos nuestra revisión en el plazo correspondiente o tomamos una decisión desfavorable con respecto a una determinación de "**en riesgo"** conforme a nuestro programa de gestión de medicamentos, enviaremos automáticamente su solicitud a la IRE. Le informaremos por escrito si su solicitud se envió a la organización de revisión independiente.
- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización de revisión independiente. Esta información se llama **expediente del caso**. **Tiene derecho a solicitarnos una copia del expediente de su caso**. Podemos cobrarle una tarifa por hacer copias y enviarle esta información.
- 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.

Fechas límite para la apelación rápida

- Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida a la organización de revisión independiente.
- Si la organización acepta concederle una apelación rápida, deberá responder su apelación de nivel 2 **en las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud de apelación.

Fechas límite para la apelación estándar

- Para apelaciones estándar, la organización de revisión independiente debe responder su apelación de nivel 2 **en los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación si es por un medicamento que aún no recibió. Si nos solicita el reembolso por un medicamento que ya compró, la organización de revisión independiente debe responder su apelación de nivel 2 **en los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.

Paso 3: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

Para apelaciones rápidas:

- **Si la organización de revisión independiente acepta todo o parte de lo que solicitó,** debemos proporcionar la cobertura de medicamentos que fue aprobada por la organización de revisión independiente **en las 24 horas** posteriores a la comunicación de la decisión de dicha organización.

Para apelaciones estándar:

- **Si la organización de revisión independiente acepta toda o parte de la cobertura que solicitó,** debemos proporcionar la cobertura de medicamentos que fue aprobada por la organización de revisión independiente **dentro de las 72 horas** posteriores a la comunicación de la decisión de dicha organización.
- **Si la organización de revisión independiente acepta todo o parte de su solicitud de reembolso** por un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago dentro de los 30 días calendario** después de que recibamos la decisión de dicha organización.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente rechaza su apelación?

Si esta organización rechaza **una parte o la totalidad** de su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de su solicitud). (Esto se llama **ratificar la decisión**. También se llama **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta que:

- Explica su decisión.
- Le informa sobre su derecho a una apelación de nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que usted solicita cumple un mínimo determinado. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión en el nivel 2 es definitiva.
- Le informa el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar el proceso de apelación.

Paso 4: si su caso cumple con los requisitos, usted decide si desea continuar su apelación.

- Hay 3 niveles adicionales en el proceso de apelación después del nivel 2 (un total de 5 niveles de apelación).
- Si desea pasar a una apelación de nivel 3, los detalles de cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de nivel 2.
- Un juez administrativo o un abogado adjudicador gestiona las apelaciones de nivel 3. La Sección 9 de este capítulo brinda más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada si cree que le están dando de alta demasiado pronto

Cuando ingresa 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 hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital le ayudarán a prepararse 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 decide su fecha de alta, su médico o el personal del hospital se lo informarán.

- Si cree que se le pide que deje el hospital demasiado pronto, puede solicitar una internación más prolongada y se considerará su solicitud.

Sección 7.1 Durante su hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare en el que se informan sus derechos

Dentro de los 2 días calendario de su admisión en el hospital, recibirá un aviso por escrito con el título *Un 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 personal de enfermería), solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Afiliados al 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526) (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o 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 hospitalización, 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 hospitalización.
   - Dónde plantear sus inquietudes sobre la calidad de su atención hospitalaria.
   - Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de alta si cree que le están dando 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 solicitará que firme el aviso escrito para confirmar que lo recibió y que comprende sus derechos.**
   - Se les solicitará a usted o a la persona que actúe en su nombre que firme el aviso.
   - Firmar el aviso *solo* demuestra que ha recibido la información de sus derechos. El aviso no informa la fecha de su alta. Firmar el aviso **no significa** que está de acuerdo con una fecha de alta.

3. **Guarde su copia** del aviso para tener a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o plantear una inquietud sobre la calidad de la atención) si lo necesita.
   - Si firma el aviso más de 2 días calendario antes de la fecha del alta, recibirá otra copia antes de la fecha programada de su alta.
   - Para ver una copia de este aviso por adelantado, llame a Servicios para Afiliados al 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526) (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al

1-877-486-2048. También puede obtener el aviso en línea en CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Sección 7.2 Cómo presentar una apelación de nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital

Para solicitar que cubramos los servicios de hospitalización durante un período más prolongado, siga el proceso de apelación para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, comprenda 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 (1-833-322-7526). Los usuarios de TTY deben llamar al 711. También puede llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP) para obtener ayuda personalizada. La información de contacto de SHIP está disponible en el Capítulo 2, Sección 3.

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 médica 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 son 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 hospitalaria. 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 la medianoche del día de su alta.**

- **Si cumple esta fecha límite,** se le permite permanecer en el hospital *después* de su fecha de alta *sin pagar* mientras espera la decisión de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.
- **Si no cumple esta fecha límite, contáctenos.** Si decide permanecer en el hospital después de la fecha de alta programada, *es posible que tenga que pagar 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. Al mediodía del día siguiente de nuestra comunicación, le daremos un **Aviso detallado de alta**. En este aviso se indica su fecha de alta programada y se explica en detalle los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (apropiado por razones médicas) que reciba el alta en esa fecha.
- Para obtener una copia del **Aviso detallado de alta** llame a Servicios para Afiliados al 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526) (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O bien, puede obtener un modelo de aviso en línea en 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 verán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les proporcionamos.
- Al mediodía del día siguiente en que los revisores nos hayan informado sobre su apelación, recibirá un aviso por escrito de nuestra parte que le indicará su fecha de alta programada. En este aviso se explica en detalle los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (apropiado por razones médicas) que reciba el alta en esa fecha.

Paso 3: En un día completo después de que tenga toda la información necesaria, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dará una respuesta sobre su apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es afirmativa?

- Si la organización de revisión independiente *acepta*, **debemos seguir brindando sus servicios hospitalarios cubiertos para pacientes internados mientras sean necesarios por razones médicas.**
- 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 *no acepta*, significa que determinó que la fecha de su alta programada es apropiada por razones médicas. Si sucede esto, **nuestra cobertura de sus servicios de atención de pacientes hospitalizados finalizará** al mediodía del día *siguiente* a la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de Calidad responda su apelación.
- Si la organización de revisión independiente *no acepta* su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior a la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dé su respuesta sobre la apelación.

Paso 4: si la respuesta a su apelación de nivel 1 es no, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *rechazó* su apelación *y* usted permanece en el hospital después de su fecha de alta programada, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasará al *nivel 2* del proceso de apelación.

Sección 7.3 Cómo presentar una apelación de nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital

Durante una apelación de nivel 2, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad vuelve a analizar la decisión sobre su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de su hospitalización después de la fecha de alta programada.

Paso 1: se comunica nuevamente con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicita otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en los 60 días calendario** posteriores a la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *rechazó* su apelación de nivel 1. Puede solicitar esta revisión únicamente si permanece en el hospital después de la fecha en que finalizó la cobertura de su atención.

Paso 2: la Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza la segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: en los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de una apelación de nivel 2 los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y se la comunicarán.

Si la organización de revisión independiente da una respuesta afirmativa:

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día posterior a la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechazó su primera apelación. **Debemos continuar brindando cobertura para su atención como paciente hospitalizado durante el tiempo que sea necesario por razones médicas**.
- Debe continuar pagando su parte de los costos y pueden aplicarse limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión independiente da una respuesta negativa:

- Significa que está de acuerdo con la decisión que tomó sobre su apelación de nivel 1. Esto se llama ratificar la decisión.
- El aviso que recibirá le indicará por escrito qué puede hacer si desea que continúe el proceso de revisión.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, deberá decidir si desea continuar su proceso de 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 desea pasar a una apelación de nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se incluyen en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de nivel 2.

- Un juez administrativo o un abogado adjudicador gestiona las apelaciones de nivel 3. La Sección 9 de este capítulo brinda más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo determinados servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto

Cuando recibe **servicios médicos en su hogar, atención en un centro de enfermería especializada o servicios de rehabilitación (en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios)** cubiertos, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios de ese tipo de atención mientras sean necesarios 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 finalice esa cobertura, *dejaremos de pagar nuestra parte del costo de su atención.*

Si cree que terminamos la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 8.1 Le informaremos con anticipación cuándo finalizará su cobertura

Término legal:

Aviso de no cobertura de Medicare. Indica cómo puede solicitar una **apelación rápida.** Solicitar una apelación rápida es una manera formal y legal de pedir un cambio en nuestra decisión de cobertura sobre cuándo suspender 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 indica:

   - La fecha en que suspenderemos la cobertura de su atención.
   - Cómo solicitar una apelación rápida para que sigamos cubriendo su atención por un período más largo.

2. **Se le pedirá a usted, o a alguien que actúe en su nombre, que firme el aviso por escrito para comprobar que lo recibió.** Firmar el aviso *solo* muestra que ha recibido

la información sobre cuándo se suspenderá su cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con la decisión de nuestro plan de suspender la atención médica.

Sección 8.2 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, comprenda qué debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla las fechas límite.**
- **Pida ayuda si la necesita**. Si tiene preguntas o necesita ayuda, 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 al Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP) para obtener ayuda personalizada. La información de contacto de SHIP está disponible en el Capítulo 2, Sección 3.

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 apropiada por razones médicas. La **Organización para el Mejoramiento de la Calidad** es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica 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 suspender la cobertura de ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no son 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 rápida*. Debe actuar con rapidez.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- En el aviso por escrito que recibió *(Aviso de no cobertura de Medicare)* se indica cómo comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe con rapidez:

- Debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para iniciar su apelación **al mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigor** del *aviso de no cobertura de Medicare.*
- Si no cumple la fecha límite y desea presentar una apelación, seguirá teniendo derechos de apelación. Debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento

de la Calidad utilizando la información de contacto que figura en el *Aviso de no cobertura de Medicare*. El nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado también se pueden encontrar en el Capítulo 2.

Paso 2: la Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

Término legal:

Explicación detallada de la no cobertura. Aviso que proporciona detalles sobre los motivos para finalizar la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (los *revisores*) le preguntarán a usted, o a su representante, por qué cree que 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 verá su información médica, hablará con su médico y revisará la información que nuestro plan le proporciona.
- Al final del día en que los revisores nos informan sobre su apelación, recibirá la *Explicación detallada de la no cobertura* que explica en detalle nuestros motivos para finalizar la cobertura de sus servicios.

Paso 3: en un día completo después de que tengan toda la información necesaria, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores dan una respuesta afirmativa?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, **debemos seguir prestando los servicios cubiertos mientras sean necesarios por razones médicas.**
- Usted deberá seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponde). Puede haber limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores la rechazan?

- Si los revisores *rechazan* su apelación, **su cobertura finalizará en la fecha que le hemos informado.**
- Si decide seguir recibiendo cuidado de la salud en su hogar, 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 la respuesta a su apelación de nivel 1 es no, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si los revisores *rechazan* su apelación de nivel 1, y usted decide seguir recibiendo atención después de que finalice su cobertura, puede presentar una apelación de nivel 2.

Sección 8.3 Cómo presentar una apelación de nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo

Durante una apelación de nivel 2, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad vuelve a analizar la decisión sobre su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de su cuidado de la salud en el hogar, 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 dijimos que finalizaría su cobertura.

Paso 1: se comunica nuevamente con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicita otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en los 60 días** posteriores a la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *rechaz*ó su apelación de nivel 1 Puede solicitar esta revisión solo si continuó recibiendo atención después de la fecha en que finalizó su cobertura.

Paso 2: la Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza la segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: en los 14 días calendario posteriores a la recepción de 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 recibió desde la fecha en que dijimos que finalizaría su cobertura. **Debemos continuar cubriendo su atención** mientras sea necesario por razones médicas.
- Debe continuar pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de 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 recibirá le indicará por escrito qué puede hacer si desea que continúe 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 mediador.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, deberá decidir si desea avanzar con su apelación.

- Hay 3 niveles adicionales de apelación después del nivel 2, un total de 5 niveles de apelación. Si desea pasar a una apelación de nivel 3, los detalles de cómo hacerlo se incluyen en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de nivel 2.
- Un juez administrativo o un abogado mediador gestiona las apelaciones de nivel 3. La Sección 9 brinda más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación a los niveles 3, 4 y 5

Sección 9.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 de solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede interesarle si presentó una apelación de nivel 1 y una apelación de nivel 2 y ambas fueron rechazadas.

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 en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede apelar más. 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 gestiona la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de nivel 3

Un **juez del fuero administrativo** o un abogado mediador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez administrativo o el abogado adjudicador acepta su apelación, el proceso de apelación *puede* haber terminado o *no*.** A diferencia de la decisión en 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 los 60 días calendario posteriores a la recepción de la decisión del juez administrativo o del abogado mediador.
- Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de nivel 4 con la documentación correspondiente. Podemos esperar la decisión de la apelación de nivel 4 antes de autorizar o proporcionar la atención médica en disputa.

- **Si el juez de derecho administrativo o el abogado adjudicador rechaza su apelación, el proceso de apelación *puede haber terminado o no.***
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación se termina.
  - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que recibirá le indicará qué hacer para una apelación de nivel 4.

Apelación de nivel 4

El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (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 rechaza nuestra solicitud de revisar la decisión de una apelación de nivel 3 que fue favorable para usted, el proceso de apelación *puede haber terminado o no*.** A diferencia de la decisión en el nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de nivel 4 que sea favorable para usted. Decidiremos si apelamos esta decisión al nivel 5.
  - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o brindarle la atención médica en los 60 días calendario posteriores a la recepción de la decisión del Consejo.
  - Si decidimos apelar la decisión, se lo informaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o el consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelación *puede haber terminado o no*.**
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación se termina.
  - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que recibirá se le informará 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 Federal del Distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá *aceptar* o *rechazar* su solicitud. Esta es una respuesta definitiva. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

Sección 9.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 de solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede interesarle si presentó una apelación de nivel 1 y una apelación de nivel 2 y ambas fueron rechazadas.

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. En la respuesta escrita que recibirá por su apelación de nivel 2 se 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 gestiona la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de nivel 3

Un **juez del fuero administrativo** o un abogado mediador 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 del fuero administrativo o el abogado mediador **en 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago a más tardar 30 días calendario** después de que recibimos la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelación *puede haber terminado o no.***
    - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación se termina.
    - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que recibirá le indicará qué hacer para una apelación de nivel 4.

Apelación de nivel 4

El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (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 para apelaciones aceleradas) o realizar el pago a más tardar 30 días calendario** después de que recibimos la decisión.

- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelación *puede haber terminado o no.***
    - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación se termina.
    - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el consejo no acepta su apelación o rechaza su solicitud de revisar la apelación, en el aviso que recibirá se le informará si las reglas le permiten pasar a una apelación de nivel 5. También se le informará con quién comunicarse y qué hacer posteriormente si decide continuar su apelación.

Apelación de nivel 5

Un juez del **Tribunal Federal del Distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá *aceptar* o *rechazar* su solicitud. Esta es una respuesta definitiva. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

Presentar quejas

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, la atención al cliente u otras inquietudes

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se manejan a través del proceso de quejas?

El proceso de queja *solo* se aplica a ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y la atención al cliente. Estos son ejemplos de los tipos de problemas que se abordan a través del proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• ¿No está conforme con la calidad de la atención que recibió (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de 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 nuestros Servicios para Afiliados? • ¿Se siente presionado para darse de baja del plan?
Tiempos de espera	• ¿Tiene problemas para concertar una cita o debe esperar demasiado para ello?

Queja	Ejemplo
	• ¿Ha tenido que esperar demasiado a médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O a nuestros Servicios para Afiliados u otro personal de nuestro plan? ○ Los ejemplos incluyen largas demoras cuando llama por teléfono, en salas de espera, sala de examinación o cuando compra un medicamento recetado.
Limpieza	• ¿No está satisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio médico?
Información que le proporcionamos	• ¿No le dimos el aviso requerido? • ¿Nuestra información escrita es difícil de entender?
Puntualidad (Estos tipos de quejas están relacionadas con la *puntualidad* de nuestras medidas con respecto a decisiones de cobertura y apelaciones)	Si nos solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación y cree que no respondemos con suficiente rapidez, puede presentar una queja sobre nuestra demora. Estos son ejemplos: • Si nos solicitó una *decisión de cobertura rápida* o una *apelación rápida* y no la aceptamos, puede presentar una queja. • Si cree que no estamos cumpliendo las fechas límite de las decisiones de cobertura o apelaciones, puede presentar una queja. • Si cree que no estamos cumpliendo las fechas límite para cubrir o reembolsar ciertos artículos o servicios médicos o medicamentos que fueron aprobados, puede presentar una queja. • Usted cree que no cumplimos las fechas límite requeridas para enviar su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.

Sección 10.2 Cómo presentar una queja

Términos legales:

Una **queja** también se llama **reclamación**.

Presentar una queja se denomina **presentar una reclamación.**

Seguir el proceso de quejas se llama **seguir el proceso para presentar una reclamación.**

Una **queja rápida** también se denomina **queja acelerada.**

Paso 1: contáctenos de inmediato por teléfono o por escrito.

- **El primer paso suele ser llamar a Servicios para Afiliados al 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526). Los usuarios de TTY deben llamar al 711.** Si debe hacer algo más, el equipo de Servicios para Afiliados se lo informará.
- **Si no desea llamar (o llamó y no está conforme), puede escribir su queja y enviarla.** Si presenta su queja por escrito, le responderemos por escrito.
- Para presentar una queja 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 desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo y de 8 a. m. a 8 p. m. de lunes a viernes desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre para 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 para quejas sobre la Parte D (medicamentos recetados).
- Envíe una queja 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 a Judi Rx Attention: Customer Care 9450 SW Gemini Dr., Suite 87234 Beaverton, Oregon 97008-7105 para quejas sobre la Parte D (medicamentos recetados). Al presentar una queja, 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 CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web, FC2healthplan.com. Este formulario autoriza a esa persona a actuar en su nombre. Usted y la persona que desea designar como representante deben firmar el formulario. Debe entregarnos una copia del formulario firmado.
    - Opción para una revisión rápida de su queja: Puede solicitar una revisión rápida y le responderemos en un día, si su queja se refiere a una de las siguientes circunstancias:
        - Hemos extendido el plazo para tomar una determinación de la organización/cobertura o una decisión sobre una apelación, y usted cree que necesita una decisión más rápida.
        - Hemos denegado su solicitud de una decisión acelerada de la organización/cobertura.
        - Hemos denegado su solicitud de decisión acelerada de apelación.
            - Lo mejor es llamar a Servicios para Afiliados si desea solicitar una revisión rápida de su queja.
- La **fecha límite** para presentar una reclamación son 60 días calendario desde el momento en que tuvo el problema sobre el cual desea reclamar.

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 30 días calendario.** Si necesitamos más información, y la demora es lo mejor para usted, o si pide más tiempo, **podemos tardar hasta 14 días calendario más** (44 días calendario en total) en responder su queja. Si decidimos que necesitamos más días, se lo informaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud de una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida, seguiremos automáticamente el proceso de queja rápida.** Si tiene una queja rápida, significa que le daremos **una respuesta en 24 horas**.
- **Si no estamos de acuerdo** con parte o la totalidad de su queja o consideramos que el problema objeto de su queja no es nuestra responsabilidad, incluiremos nuestros motivos en la respuesta.

Sección 10.3 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Cuando su queja es sobre la *calidad de la atención*, también tiene otras 2 opciones:

- **Puede presentar su queja directamente a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad**. La Organización para el Mejoramiento de la Calidad está formada por un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica remunerados por el gobierno federal para evaluar y mejorar la atención que se brinda a pacientes de Medicare. El Capítulo 2 tiene la información de contacto.

O

- **Puede presentar su queja tanto a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad como a nosotros al mismo tiempo.**

Sección 10.4 También puede informar su queja a Medicare

Puede enviar una queja sobre Florida Complete Care- In The Community directamente a Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, vaya a 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.

CAPÍTULO 10:
Cómo cancelar su cobertura con nuestro plan

SECCIÓN 1 Cómo darse de baja de nuestro plan

La finalización de su afiliación en Florida Complete Care- In The Community puede ser **voluntaria** (por su propia decisión) o **involuntaria** (no es su propia decisión):

- Puede cancelar la cobertura de nuestro plan porque *quiere* dejar de tener esa cobertura. Las secciones 2 y 3 brindan información sobre la cancelación voluntaria de la cobertura.
- Hay situaciones limitadas en las que nosotros debemos cancelar su cobertura. La Sección 5 le informa sobre situaciones en las que debemos finalizar su afiliación.

Si decide dejar de ser afiliado de nuestro plan, nuestro plan debe continuar brindándole atención médica y medicamentos recetados y usted seguirá pagando su costo compartido hasta que finalice su cobertura.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su afiliación en nuestro plan?

Sección 2.1 Puede finalizar su afiliación en cualquier momento

Puede finalizar su afiliación en Florida Complete Care- In The Community en cualquier momento.

- Debido a que vive un asilo de ancianos, puede finalizar su afiliación en Florida Complete Care- In The Community en cualquier momento.
- 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 separado de medicamentos de Medicare, o
    - Medicare Original *sin* un plan de medicamentos de Medicare separado.
        - Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos de Medicare y se queda sin cobertura acreditable de medicamentos recetados por 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

- **Por lo general, su cobertura finaliza** el primer día del mes posterior al mes en que recibimos su solicitud de cambio de plan.

Sección 2.2 Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede cancelar su cobertura

Si tiene alguna pregunta sobre cómo dar de baja su cobertura, 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 2027***.
- Llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 Cómo dejar de ser afiliado de nuestro plan

El cuadro a continuación explica cómo puede finalizar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Debe hacer lo siguiente:
Otro plan de salud de Medicare	• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. • Su inscripción en Florida Complete Care- In The Community se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
Medicare Original *con* un plan separado de medicamentos de Medicare	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. • Su inscripción en Florida Complete Care- In The Community se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan de medicamentos.
Medicare Original *sin* un plan separado de medicamentos de Medicare	• **Envíenos por escrito la solicitud para cancelar la cobertura** Llame a Servicios para Afiliados al 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526) (los usuarios de

	TTY deben llamar al 711) si necesita más información sobre cómo hacerlo. • También puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicitar que le den de baja. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Su inscripción en Florida Complete Care- In The Community se cancelará cuando comience su cobertura en Medicare Original.

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

Hasta que finalice su afiliación y comience su nueva cobertura de Medicare, debe seguir obteniendo artículos y servicios médicos y medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Siga acudiendo a nuestros proveedores de la red para recibir atención médica.**
- **Siga acudiendo a nuestras farmacias de la red o pedidos por correo para surtir sus recetas**.
- **Si está hospitalizado el día en que finaliza su cobertura, nuestro plan cubrirá su hospitalización hasta que le den de alta** (incluso si le dan de alta después de que comience su nueva cobertura de salud).

SECCIÓN 5 Florida Complete Care- In The Community deberá finalizar su afiliación al plan en ciertas situaciones.

Florida Complete Care- In The Community deberá finalizar su afiliación al plan si ocurre alguno de los siguientes eventos:

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare
- 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 muda o viaja está en el área de nuestro plan.
- No cumple nuestros requisitos especiales de elegibilidad del plan.

- Los afiliados que ya no cumplan con los requisitos de elegibilidad del plan para necesidades especiales recibirán una notificación por escrito dentro de los 10 días calendario posteriores a que el plan se entere de la pérdida de la condición de necesidades especiales y se les cancelará la suscripción 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 deja de ser ciudadano nacido en los Estados Unidos o ciudadano legal, o un no ciudadano elegible.
- Si miente u oculta información sobre otro seguro que tiene que proporciona cobertura de medicamentos recetados.
- Si intencionalmente nos brinda información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que primero obtengamos permiso de Medicare).
- Si se comporta continuamente de una manera que causa problemas y nos dificulta brindarles atención médica a usted y a otros afiliados de nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que primero obtengamos permiso de Medicare).
- Si deja que otra persona use su tarjeta de afiliado para obtener atención médica. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que primero obtengamos permiso de Medicare).
    - Si cancelamos su afiliación por este motivo, Medicare podría solicitar que el inspector general investigue su caso.

- Si debe pagar el monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en nuestro plan y se quedará sin cobertura para medicamentos.

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cuándo podemos cancelar su cobertura, 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- In The Community no puede pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Florida Complete Care- In The Community no puede pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud.

Si cree que se le está pidiendo que deje nuestro plan por motivos relacionados con su salud, debe llamar 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 cobertura con nuestro plan

Si finalizamos su afiliación en nuestro plan, debemos informarle los motivos por escrito. También debemos explicarle cómo iniciar un procedimiento de queja formal o presentar una queja sobre nuestra decisión de finalizar su afiliación.

CAPÍTULO 11:
Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley aplicable

La ley principal que se aplica a este documento de *Evidencia de cobertura* es el Título XVIII de la Ley de Seguridad Social y las reglamentaciones creadas en virtud de dicha Ley por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Además, pueden aplicarse 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 no discriminación

No discriminamos por raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, historial de reclamos, historia clínica, información genética, constancia de asegurabilidad ni ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben acatar las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud Asequible, todas las demás leyes que se aplican a organizaciones que reciben financiamiento federal, y cualquier otra ley y norma aplicable.

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 la Oficina de Derechos Civiles local. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en HHS.gov/ocr/index.html.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención médica, llámenos 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 por los cuales Medicare no es el pagador principal. De acuerdo con las regulaciones de CMS en 42 CFR secciones 422.108 y 423.462, Florida Complete Care- In The Community, como Organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce el Secretario conforme a las regulaciones de CMS en las subpartes B a D de la parte 411 de 42 CFR y las reglas establecidas en esta sección prevalecen sobre cualquier ley estatal.

CAPÍTULO 12:
CAPÍTULO 12:
Definiciones

Centro quirúrgico ambulatorio: un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que opera exclusivamente con el objetivo de prestar servicios quirúrgicos a pacientes ambulatorios que no requieren hospitalización y a aquellos cuya internación prevista en el centro no supera las 24 horas.

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

Facturación del saldo: cuando un proveedor (como un médico u hospital) factura a un paciente más del monto de costo compartido permitido por nuestro plan. Como afiliado de Florida Complete Care- In The Community, solo debe pagar los montos de costo compartido de nuestro plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores **facturen el saldo** ni le cobren más que el monto del costo compartido que su plan indica que debe pagar.

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 que ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no ha recibido atención de pacientes hospitalizados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada después de que finaliza un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. Debe pagar el deducible de hospitalización por cada período de beneficios. No hay límite para la cantidad de períodos de beneficios.

Producto biológico: un 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 las formas alternativas se denominan biosimilares. (Ver "**Producto biológico original**" y "**Biosimilar**").

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

Medicamento de marca: un 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.

Plan de atención: un plan que detalla qué servicios recibirá y cómo los recibirá. Su plan puede incluir servicios médicos, servicios de salud mental y servicios a domicilio y en la comunidad.

Equipo de atención: un equipo de atención puede incluir médicos, personal de enfermería, consejeros u otros profesionales de la salud que le ayudan a obtener la atención que necesita. Su equipo de atención médica también le ayuda a elaborar un plan de atención.

Etapa de cobertura catastrófica: la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (u otras partes elegibles en su nombre) ha gastado $**2,400.00** 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. **Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS)**: la agencia federal que administra Medicare.

Plan de Necesidades Especiales para el Cuidado de Enfermedades Crónicas (C-SNP): los C-SNP son planes SNP que restringen la inscripción a personas elegibles para MA que tienen ciertas enfermedades crónicas y graves.

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.

Queja: el nombre formal para presentar una queja es **presentar una reclamación**. 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 la atención al cliente que recibe. También incluye quejas si nuestro plan no cumple los plazos del proceso de apelación.

Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF): un centro que proporciona principalmente 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 del entorno en el hogar.

Copago: un monto que es posible que deba pagar como su parte del costo de un servicio o suministro médico, como una consulta 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.

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 los servicios o medicamentos; 2) cualquier monto de copago fijo que un plan requiera cuando se obtiene 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 requiera cuando se obtiene un servicio o medicamento específico.

Nivel de costo compartido: cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos se encuentra en uno de los *5* niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor es el nivel de costo compartido, más alto es el costo del medicamento.

Determinación de cobertura: una decisión sobre si un medicamento recetado está cubierto por el plan y el monto, si corresponde, que usted debe pagar por el medicamento. En general, si lleva su receta a una farmacia, y la farmacia le indica 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 denominan **decisiones de cobertura** en este documento.

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

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

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

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 otro establecimiento cuando no se

requiere atención médica especializada o atención de enfermería especializada. El cuidado de custodia proporcionado por personas que no tienen habilidades o capacitación profesionales incluye ayuda con las actividades cotidianas 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 cuidados relacionados 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.

Tasa de costo compartido diario: se puede aplicar una tasa de costo compartido diario cuando su médico le receta un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y debe pagar un copago. Una tasa de costo compartido diario es el copago dividido por la cantidad de días de un suministro para un mes. Este es un ejemplo: Si su copago por un suministro para un mes de un medicamento es de $30, y un suministro para un mes en nuestro plan es de 30 días, su tasa de costo compartido diario es de $1 por día.

Deducible: el monto que debe pagar por atención médica o medicamentos recetados antes de que nuestro plan empiece a pagar.

Darse de baja o **cancelar la inscripción**: el proceso de finalizar su afiliación en nuestro plan.

Tarifa de despacho: una tarifa 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.

Planes de Necesidades Especiales para Personas con Doble Elegibilidad (D-SNP): D-SNP que inscribe a personas que tienen derecho tanto a Medicare (Título XVIII de la Ley del Seguro Social) como a asistencia médica de un plan estatal de Medicaid (Título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, dependiendo del estado y la elegibilidad de la persona.

Persona con doble elegibilidad: una persona que es elegible para la cobertura de Medicare y Medicaid.

Equipo médico duradero (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 con diabetes, 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.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted u otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que tiene síntomas que requieren atención médica inmediata para evitar la muerte (y si usted está embarazada, la muerte del feto), 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, lesión, dolor intenso o una enfermedad que empeora rápidamente.

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

Evidencia de Cobertura (EOC) e información de divulgación: este documento, junto con su formulario de inscripción y otros documentos adjuntos, anexos 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 el 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 pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, si nuestro plan requiere una autorización previa para un medicamento y desea que eliminemos la restricción de criterios, o si nuestro plan limita la cantidad o dosis del medicamento que solicita (una excepción del formulario).

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

Medicamento genérico: un medicamento recetado que está aprobado por la FDA 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.

Evaluación de riesgos para la salud: una revisión de su historial médico y su estado actual. Se utiliza para conocer su salud y cómo podría cambiar en el futuro.

Queja formal: un tipo de queja que usted hace sobre nuestro plan, proveedores o las farmacias, incluida una queja sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no involucra disputas de cobertura o pago.

Asistente de cuidados en el hogar: 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).

Cuidados paliativos: un beneficio que brinda tratamiento especial a un afiliado que recibió certificado médico como enfermo terminal, es decir, que tiene una expectativa de vida de 6 meses o menos. Nuestro plan debe proporcionarle una lista de centros de cuidados paliativos

en su área geográfica. Si elige un centro de cuidados paliativos y continúa pagando las primas, sigue siendo afiliado de nuestro plan. Puede seguir obteniendo todos los servicios médicos necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Hospitalización: cuando ha sido admitido formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, podría ser considerado un paciente ambulatorio.

Monto del ajuste mensual relacionado con los ingresos (IRMAA): si su ingreso bruto ajustado modificado, como se informa en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, es superior a un monto determinado, pagará el monto de la prima estándar y un monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos, también conocido como IRMAA. IRMAA es un cargo adicional agregado a su prima. Menos del 5% de las personas que tienen Medicare se ven afectadas, por lo que la mayoría no pagará una prima más alta.

Etapa de cobertura inicial: esta es la etapa posterior al pago de su deducible (si tiene uno) y anterior a que sus gastos directos de bolsillo para el año hayan alcanzado el monto límite de desembolso personal.

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 al cumplir 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.

Plan Institucional de Necesidades Especiales (I-SNP): los I-SNP restringen la inscripción a personas elegibles para MA 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 consecutivos en ciertos centros de cuidados a largo plazo. Los planes I-SNP incluyen los siguientes tipos de planes: Planes de Necesidades Especiales (SNP) equivalentes a Institucionales (IE-SNP), Planes de Necesidades Especiales (SNP) Institucionales Híbridos (HI-SNP) y Planes de Necesidades Especiales (SNP) Institucionales basados en Centros de Atención (FI-SNP).

Plan de Necesidades Especiales Equivalente a Institucional (IE-SNP): restringe la inscripción a las personas elegibles para Medicare Advantage (MA) que viven en la comunidad pero que necesitan el nivel de atención que ofrece una institución.

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

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

Subsidio para personas de bajos ingresos (LIS): consulte Ayuda Adicional.

Programa de descuento del fabricante: un programa bajo el cual los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total de nuestro plan por 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.

Precio máximo justo: el precio que Medicare negoció para un medicamento seleccionado.

Monto máximo de bolsillo: el monto máximo que paga de su bolsillo durante el año calendario por servicios de la Parte A y la Parte B cubiertos dentro de la red. Los montos que usted paga por las primas de su plan, las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y los medicamentos recetados no se computan para el monto máximo de gastos directos de bolsillo. Además del monto máximo de gastos directos de bolsillo para servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B dentro de la red, también tenemos un monto máximo de gastos directos de bolsillo para determinados tipos de servicios.

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 médica están cubiertos si usted es elegible para Medicare y Medicaid.

Indicación médica aceptada: es la administración de un medicamento que está aprobado por la FDA o respaldado por determinadas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y Micromedex DRUGDEX Information system.

Necesario por razones médicas: servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su enfermedad y cumplen con los estándares aceptados de práctica médica.

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

Período de inscripción abierta de 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 al plan y cambiar a otro plan Medicare Advantage u obtener cobertura a través de Medicare Original. Si elige cambiarse a Medicare Original durante este período, puede inscribirse en un plan separado de medicamentos recetados de Medicare en ese momento. El período de

inscripción abierta en Medicare Advantage está disponible por 3 meses a partir del momento en que una persona es elegible por primera vez para Medicare.

Plan Medicare Advantage (MA): a veces llamado 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 i) una HMO, ii) una PPO, iii) un plan privado de pago por servicio (PFFS) o un plan de cuenta de ahorros médicos de Medicare (MSA). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan HMO o PPO de Medicare Advantage puede ser un plan de 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 denominan planes **Medicare Advantage con cobertura para medicamentos recetados**.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. El término servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como servicios de la vista, dentales o de audición que puede ofrecer un plan Medicare Advantage.

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 beneficios de la Parte A y la Parte B a personas que tienen Medicare y que se inscriben en el plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes de costos de Medicare, planes para necesidades especiales, los programas de demostración/piloto y el programa de cuidado integral para ancianos (PACE).

Cobertura para 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.

Programa de Gestión de Terapias con Medicamentos (MTM): un programa de la Parte D de Medicare para necesidades de salud complejas, que se ofrece a personas que cumplen ciertos requisitos o que participan en un Programa de Gestión de Medicamentos. Los servicios de MTM suelen incluir una conversación con un farmacéutico o un proveedor de atención médica para revisar los medicamentos.

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).

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).

Servicios para Afiliados: un departamento de nuestro plan que es responsable de responder sus preguntas sobre afiliación, beneficios, quejas y apelaciones.

Red: un grupo de médicos, hospitales, especialistas y centros que han firmado contratos con nuestro plan para prestar servicios de atención médica a sus miembros.
Farmacia de la red: una farmacia que tiene contrato con nuestro plan donde los afiliados de nuestro plan pueden recibir sus beneficios de medicamentos recetados. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas solo si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

Proveedor de la red: proveedor es el término general que usamos para referirnos a los médicos, otros profesionales de atención médica, hospitales y otros centros de atención médica que tienen licencia o certificación de Medicare y del estado para prestar servicios de atención médica. Los **proveedores de la red** tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y proporcionar servicios cubiertos a los afiliados de nuestro plan. Los proveedores de la red también se llaman **proveedores del plan.**

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.

Determinación de la organización: 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 denominan decisiones de cobertura en este documento.

Producto biológico original: un producto biológico que ha sido aprobado por la FDA y sirve como punto de comparación para los fabricantes que elaboran una versión biosimilar. También se le llama producto de referencia.

Medicare Original (Medicare tradicional o Medicare de pago por servicio): Medicare Original es un plan ofrecido por el gobierno y no es un plan de salud privado como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. En virtud de Medicare Original, los servicios de Medicare se cubren pagando a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos de pago que establece el Congreso. Puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Debe pagar el deducible. Medicare paga su parte del monto aprobado por Medicare y usted paga su parte.

Medicare Original consta de 2 partes: Parte A (seguro hospitalario) y Parte B (seguro médico) y está disponible en todo Estados Unidos.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los 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.

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

Gastos directos de bolsillo: consulte la definición de costo compartido más arriba. El requisito de costo compartido de un afiliado para pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se denomina requisito de gastos directos de bolsillo.

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

Plan PACE: un plan PACE (Programa de atención integral para personas mayores) combina servicios y apoyos médicos, sociales y de largo plazo (LTSS) para personas vulnerable con el fin de ayudarlas a mantenerse independientes y vivir en su comunidad (en lugar de mudarse a un hogar de ancianos) el mayor tiempo posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben sus beneficios de Medicare y Medicaid a través de nuestro plan.

Parte C: consulte “plan Medicare Advantage (MA)”.

Parte D: el programa voluntario de beneficios de medicamentos recetados de Medicare.

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 todos los planes.

Multa por inscripción tardía en la Parte D: un importe que se suma a la prima mensual de su plan de cobertura de medicamentos de Medicare si usted no cuenta con una cobertura acreditable (cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después de que es elegible por primera vez para unirse a un plan de la Parte D.

Punto de servicio (POS): una opción de punto de servicio (POS) de Medicare Advantage es una característica que se agrega a un plan de Organización para el mantenimiento de la salud

(HMO), a menudo denominada HMO-POS, que le permite recibir determinados servicios de atención médica de médicos que no pertenecen a la red de su plan.

Monto permitido del POS: el monto máximo que un plan de Medicare Advantage con opción de punto de servicio (POS) reembolsará por un servicio de atención médica cubierto recibido de un proveedor fuera de la red.

Facturación de saldo del POS: cuando un proveedor de atención médica fuera de la red le factura al paciente que tiene un plan de salud con opción de punto de servicio (POS) la diferencia entre el monto total cobrado y el monto pagado por la compañía de seguros.

Coseguro del punto de servicio: es el porcentaje específico de una factura médica que usted debe pagar por la atención recibida una vez que haya alcanzado el deducible, mientras que el **monto máximo** (o máximo de gastos directos de bolsillo) es el límite máximo que debe pagar por los servicios cubiertos durante un año.

Administrador de beneficios de medicamentos recetados en el punto de servicio (POS): es una empresa o un sistema externo que administra los reclamos de medicamentos recetados y los beneficios de medicamentos directamente en el mostrador de la farmacia cuando un paciente surte un medicamento recetado.

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO): un plan de Organización de Proveedores Preferidos es un Plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los afiliados del plan por un monto de pago específico. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan ya sea que se reciban de proveedores de la red o fuera de la red. El costo compartido de los afiliados generalmente será mayor cuando se reciban beneficios del plan de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual en sus gastos directos de bolsillo por servicios recibidos a través de proveedores de la red (preferidos) y un límite superior en sus gastos directos de bolsillo combinados totales por servicios de proveedores de la red (preferidos) y fuera de la red (no preferidos).

Prima: es el pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de atención médica por la cobertura de atención médica o medicamentos recetados.

Servicios preventivos: servicios de atención médica que le ayudan a estar sano, detectar problemas de salud a tiempo, determinar los tratamientos más eficaces y prevenir ciertas enfermedades. Los servicios preventivos incluyen exámenes, vacunas, análisis de laboratorio y pruebas de detección. También incluyen programas de seguimiento de la salud, así como asesoramiento y educación para ayudarte a cuidar de su propia salud.

Proveedor de atención primaria (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 debe consultar a su médico de atención primaria antes de ver a cualquier otro proveedor.

Autorización previa: aprobación por adelantado para recibir servicios o determinados medicamentos, con base en criterios específicos. Los servicios cubiertos que requieren autorización previa están marcados en el Cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario, y nuestros criterios se publican en nuestro sitio web.

Prótesis y 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 organismo como suministros de ostomía y nutrición por sonda y parenteral.

Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO): un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica remunerados por el gobierno federal para evaluar y mejorar la atención que se brinda a pacientes de Medicare.

Límites de cantidad: una herramienta de administración diseñada para limitar el uso de un medicamento 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.

“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 pueden administrarse 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.

Derivación: una orden escrita de su médico de cabecera para que usted visite a un especialista o reciba ciertos servicios médicos. Sin una derivación, es posible que nuestro plan no cubra los servicios de un especialista.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen atención de rehabilitación de pacientes internados, fisioterapia (pacientes ambulatorios), terapia del habla y del lenguaje y terapia ocupacional.

Medicamento seleccionado: un medicamento cubierto por la Parte D para el cual Medicare negoció un Precio máximo justo.

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 pueden atenderlo, 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.

Atención en un centro de enfermería especializada (SNF): atención de enfermería especializada y servicios de rehabilitación proporcionados de forma continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de atención son la fisioterapia y las inyecciones intravenosas que solo puede administrar un médico o una enfermera registrada.

Período de inscripción especial: un período establecido en que los afiliados pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos o volver a Medicare Original. Algunas situaciones en que puede ser elegible para un período de inscripción especial son: si se muda fuera del área de servicio, si recibe Ayuda Adicional para los costos de sus medicamentos recetados, si se muda a un asilo de ancianos o si incumplimos nuestro contrato con usted.

Plan de necesidades especiales: un tipo especial de plan de Medicare Advantage que brinda atención médica para grupos de personas específicos, como personas que tienen Medicare y Medicaid, que viven en un hogar de ancianos o que tienen determinadas enfermedades crónicas.

Terapia escalonada: una herramienta de utilización que requiere que primero pruebe otro medicamento para tratar su enfermedad antes de que cubramos el medicamento que su médico le recetó inicialmente.

Seguro de Ingreso Complementario (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 o más. Los beneficios del SSI no son lo mismo que los beneficios del Seguro Social.

Servicios de urgencia: un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata y que no es una emergencia se considera un servicio urgente si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o, incluso si se encuentra dentro del área de servicio de nuestro plan, no es razonable, dadas sus circunstancias y el tiempo que tiene, obtener este servicio de los proveedores de la red. Ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones inesperadas o brotes inesperados de enfermedades existentes. Las visitas rutinarias médicamente necesarias al proveedor de atención médica (como los chequeos anuales) no se consideran urgentes, incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.

Florida Complete Care- In The Community **Servicios para Afiliados**

Método	Servicios para Afiliados – Información de contacto
Teléfono	**1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526)** Las llamadas a este número son gratis. Atendemos 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 oficiales) del 1 de abril al 30 de septiembre. Nuestro sistema automatizado está disponible en todo momento para opciones de autoservicio. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención y los fines de semana y feriados. Deje su número de teléfono y la información que le solicite nuestro sistema automatizado. Un representante lo llamará al final del siguiente día hábil. Servicios para Afiliados también tiene servicios gratuitos de intérpretes de idiomas disponibles para personas que no hablan inglés.
TTY	*711* Las llamadas a este número son gratis. Atendemos 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 oficiales) 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 médicos locales a personas que tienen Medicare.

Método	Información de contacto
Teléfono	1-800-96-ELDER (1-800-963-5337)
TTY	1-800-955-8770 Este número requiere un equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla.
Correo postal	Department of Elder Affairs 4040 Esplanade Way, Suite 270 Tallahassee, FL 32399-7000
Sitio web	floridashine.org/

Declaración de divulgación de PRA *Conforme a la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a la recopilación de información a menos que la solicitud tenga un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*