1 de enero - 31 de diciembre de 2027

Evidencia de cobertura para 2027:

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

Este documento le brinda los detalles sobre su atención médica y cobertura de medicamentos de Medicare y Medicaid de Florida 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.

Florida Complete Care ofrece este plan, Florida Complete Care-Duals VIP (HMO-POS D-SNP). (Cuando en esta *Evidencia de cobertura* se usan los términos “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa Florida Complete Care. Cuando se dice “plan” o “nuestro plan”, significa Florida Complete Care-Duals VIP (HMO-POS D-SNP)).

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

We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. Para obtener un intérprete, llámenos 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. Alguien que hable su idioma de preferencia puede ayudarle. Este es un servicio gratuito en los siguientes idiomas: español, chino, tagalo, francés, vietnamita, alemán, coreano, ruso, árabe, italiano, portugués, criollo francés, polaco, hindi y japonés.

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

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.

H9986_2027EOC004_C

Índice

CAPÍTULO 1: Inicio como afiliado 5

SECCIÓN 1 Usted es afiliado de Florida Complete Care-Duals VIP (HMO-POS D-SNP) 5
SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan 6
SECCIÓN 3 Qué esperar cuando se una por primera vez a nuestro plan 9
SECCIÓN 4 Materiales importantes para los afiliados 10
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 18
SECCIÓN 8 Cómo funciona otro seguro con nuestro plan 19

CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos 21

SECCIÓN 1 Contactos de Florida Complete Care-Duals VIP (HMO-POS D-SNP) 21
SECCIÓN 2 Obtenga ayuda de Medicare 27
SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (SHIP) 28
SECCIÓN 4 Organización para el mejoramiento de la calidad (QIO) 29
SECCIÓN 5 Seguro Social 30
SECCIÓN 6 Medicaid 30
SECCIÓN 7 Programas para ayudar a las personas a pagar los medicamentos recetados 32
SECCIÓN 8 Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB) 34
SECCIÓN 9 ¿Tiene un seguro grupal u otro seguro de salud de un empleador? 34
SECCIÓN 10 Obtenga ayuda de los Centros de recursos para personas mayores y con discapacidad de Florida (ADRC) 35

CAPÍTULO 3: Utilice nuestro plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos 36

SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica y otros servicios como afiliado de nuestro plan 36
SECCIÓN 2 Utilice proveedores dentro de la red de nuestro plan para obtener atención médica y otros servicios 38
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios en caso de emergencia, desastre o necesidad urgente de atención médica 41
SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de sus servicios cubiertos? 43

SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica 44
SECCIÓN 6 Normas para recibir atención en una institución religiosa de cuidados de salud no médicos.....46
SECCIÓN 7 Reglas de propiedad de equipo médico duradero.....47

CAPÍTULO 4: Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto) 49

SECCIÓN 1 Comprender los servicios cubiertos 49
SECCIÓN 2 El Cuadro de beneficios médicos muestra sus beneficios y costos médicos 50
SECCIÓN 3 Servicios cubiertos fuera de Florida Complete Care-Duals VIP (HMO-POS D-SNP) 132
SECCIÓN 4 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan.....132

CAPÍTULO 5: Utilizar la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D..... 135

SECCIÓN 1 Reglas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan 135
SECCIÓN 2 Surta su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan.....136
SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben figurar en la Lista de medicamentos de nuestro plan.....139
SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones de cobertura 141
SECCIÓN 5 Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no tiene la cobertura que usted desea 142
SECCIÓN 6 Nuestra Lista de medicamentos puede cambiar durante el año 144
SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos 146
SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta 148
SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales.....148
SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad y administración de los medicamentos 150
SECCIÓN 11 En su Explicación de Beneficios de la Parte D aparece la etapa de pago en la que usted se encuentra. 152

CAPÍTULO 6: Lo que paga por los medicamentos de la Parte D 154

CAPÍTULO 7: Cómo solicitarnos que paguemos una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos 155

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de servicios o medicamentos cubiertos.....155

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos que le reembolsemos o paguemos una factura que recibió 157
SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y responderemos sí o no 158

CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades 159

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y obrar con sensibilidad cultural 159
SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como afiliado de nuestro plan 165

CAPÍTULO 9: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) 167

SECCIÓN 1 Qué hacer si tiene un problema o inquietud 167
SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada 167
SECCIÓN 3 Cómo es el proceso de quejas y apelaciones de Medicare y Medicaid 169
SECCIÓN 4 Qué proceso se usa para su problema 169
SECCIÓN 5 Guía para las determinaciones de cobertura y apelaciones 170
SECCIÓN 6 Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 173
SECCIÓN 7 Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 183
SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada si cree que le están dando de alta demasiado pronto 192
SECCIÓN 9 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo determinados servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto 196
SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación a los niveles 3, 4 y 5 200
SECCIÓN 11 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, la atención al cliente u otras inquietudes 203

CAPÍTULO 10: Cómo cancelar su cobertura con nuestro plan 208

SECCIÓN 1 Cómo darse de baja de nuestro plan 208
SECCIÓN 2 ¿En qué situaciones puede darse de baja como afiliado de nuestro plan? 208
SECCIÓN 3 Cómo dejar de ser afiliado de nuestro plan 212
SECCIÓN 4 Hasta que finalice su cobertura, debe seguir recibiendo artículos y servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan 213
SECCIÓN 5 Florida Complete Care-Duals VIP debe cancelar su cobertura del plan en determinadas situaciones 213

CAPÍTULO 11: Avisos legales..... 215

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley aplicable 215

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación.....215

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare.....215

CAPÍTULO 12: Definiciones 216

CAPÍTULO 1:
Inicio como afiliado

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

Sección 1.1 Usted está inscrito en Florida Complete Care-Duals VIP (HMO-POS D-SNP), que es un plan de necesidades especiales de Medicare

Usted tiene cobertura tanto de Medicare como de Medicaid:

- **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 (insuficiencia renal).
- **Medicaid** es un programa federal y estatal conjunto que ayuda a algunas personas con recursos e ingresos limitados a pagar sus costos médicos. La cobertura de Medicaid varía según el estado y el tipo de Medicaid que tenga. Algunas personas con Medicaid reciben ayuda para pagar sus primas de Medicare y otros costos. Otras personas también obtienen cobertura para servicios y medicamentos adicionales que no están cubiertos por Medicare.

Usted ha elegido recibir atención médica y cobertura para medicamentos recetados de Medicare y Medicaid a través de nuestro plan, Florida Complete Care-Duals VIP (HMO-POS D-SNP). 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 nuestro plan difieren de Medicare Original.

Florida Complete Care-Duals VIP (HMO-POS D-SNP) es un plan Medicare Advantage especializado (un “plan para necesidades especiales” de Medicare), es decir, sus beneficios se idearon para personas con necesidades médicas especiales. Florida Complete Care-Duals VIP está diseñado para personas que tienen Medicare y tienen derecho a recibir asistencia de Medicaid.

Debido a que recibe asistencia de Medicaid con los costos compartidos de las Partes A y B de Medicare (deducibles, copagos y coseguro), es posible que no pague nada por sus servicios de atención médica de Medicare. Medicaid también le brinda otros beneficios al cubrir servicios de atención médica que normalmente no están cubiertos por Medicare. También recibirá Ayuda Adicional de Medicare para pagar el costo de sus medicamentos cubiertos por Medicare. Florida Complete Care-Duals VIP le ayudará a gestionar todos estos beneficios para que reciba los servicios de salud y la ayuda con los pagos a los que tiene derecho.

Florida Complete Care-Duals VIP está dirigido por una empresa privada. Como todos los planes Medicare Advantage, este plan para necesidades especiales de Medicare está aprobado por Medicare. El plan también tiene un contrato con el programa Medicaid de Florida para coordinar sus beneficios de Medicaid. Nos complace brindarle cobertura de Medicare y Medicaid, incluyendo cobertura de medicamentos *y servicios de cuidados a largo plazo.*

Sección 1.2 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo Florida Complete Care-Duals VIP 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-Duals VIP 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-Duals VIP 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) y la Agencia para la Administración de Atención Médica de Florida deben aprobar Florida Complete Care-Duals. Usted puede continuar recibiendo cobertura de Medicare cada año como afiliado de nuestro plan siempre y cuando decidamos seguir ofreciendo nuestro plan y Medicare y la Agencia para la Administración de Atención Médica de Florida renueven la aprobación de nuestro plan.

SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad

Puede ser afiliado de nuestro plan siempre y cuando cumpla con todas estas condiciones:

- Tenga la Parte A y la Parte B de Medicare
    - Usted reside en nuestra área geográfica de servicio (descrita en la Sección 2.3). Las personas encarceladas no se consideran residentes del área geográfica de servicio, aunque se encuentren físicamente dentro de ella.
- Usted es ciudadano o nacional de Estados Unidos, o un no ciudadano que cumple con los requisitos.
- Usted cumple con los requisitos especiales de elegibilidad que se describen a continuación.

Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan

Nuestro plan está diseñado para satisfacer las necesidades de las personas que reciben ciertos beneficios de Medicaid. (Medicaid es un programa federal y estatal conjunto que ayuda a algunas personas con recursos e ingresos limitados a pagar sus costos médicos). Para ser elegible para nuestro plan, usted debe ser elegible tanto para Medicare como para Medicaid. Este plan es un plan de Necesidades Especiales Altamente Integrado (HIDE) para personas que viven en nuestra área de servicio y tienen el plan de cuidados a largo plazo de Florida Community Care.

Nota: Si pierde su elegibilidad para Medicaid de Florida, pero se espera razonablemente que la recupere dentro de 3 meses, entonces aún puede ser elegible para ser afiliado. El Capítulo 4, Sección 2.1, le informa sobre la cobertura y los costos compartidos durante este período.

SECCIÓN 2.2 Medicaid

Medicaid es un programa federal y estatal conjunto que ayuda a algunas personas con recursos e ingresos limitados a pagar sus costos médicos y de cuidados a largo plazo. Cada estado decide qué cuenta como ingresos y recursos, quién es elegible, qué servicios están cubiertos y el costo de los servicios. Los estados también pueden decidir cómo ejecutar su programa siempre que cumplan las pautas federales.

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

- **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.

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

Florida Complete Care-Duals VIP solo está disponible para personas que residen en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo afiliado de nuestro plan, debe continuar residiendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye estos condados en Florida:

Condados del Plan 004-1	Condados del Plan 004-2	Condados del Plan 004-3
Duval	Broward	Alachua
Escambia	Martin	Brevard
Hillsborough	Palm Beach	Lee
Indian River	Seminole	Marion
Miami-Dade	St. Lucie	Pasco
Orange		Pinellas
Osceola		Polk
Santa Rosa		Sarasota
		Volusia

Si planea mudarse a un nuevo estado, también debe comunicarse con la oficina de Medicaid de su estado y preguntar cómo afectará este cambio a sus beneficios de Medicaid. Los números de teléfono de Medicaid se encuentran en el Capítulo 2, Sección 6 de este documento.

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) (los usuarios de TTY deben llamar 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 2.4 Ciudadano de EE. UU. o persona legalmente ciudadana, o no ciudadano 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-Duals VIP si no cumple con los requisitos para seguir siendo afiliado de nuestro plan por este motivo. Florida Complete Care-Duals VIP debe cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

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

Sección 3.1 Evaluación de riesgos de salud

Al unirse a nuestro plan por primera vez, recibirá una evaluación de riesgos para la salud (HRA) dentro de los 90 días anteriores o posteriores a la fecha de entrada en vigor de su inscripción. Debemos completar una evaluación de riesgos para la salud para usted. La HRA es la base para desarrollar su plan de atención. La evaluación de riesgos para la salud incluye preguntas para identificar sus necesidades médicas, de salud conductual y funcionales, así como sus necesidades ambientales y socioeconómicas, con el fin de ayudarle a acceder a 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.

Trabajará con un equipo de atención para elaborar un plan de cuidados basado 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, socioeconómicas u 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

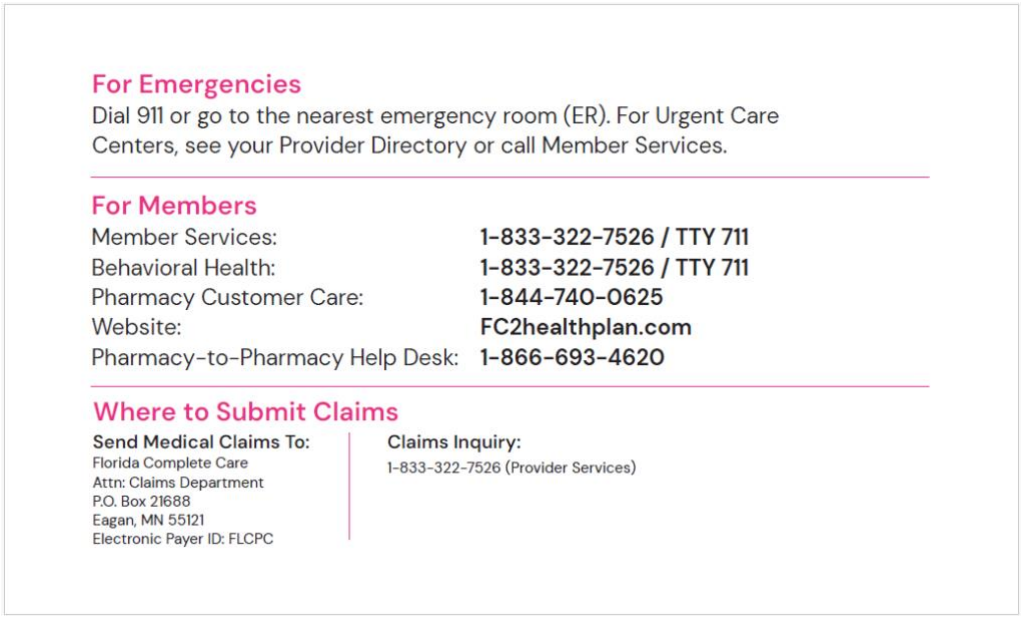
Su equipo de atención médica se reunirá con usted después de su evaluación de riesgos para la salud (HRA). Le preguntan sobre los servicios que necesita. También le informan sobre los servicios que quizás quiera considerar recibir. Su equipo de atención médica trabaja con usted para actualizar su plan 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 importantes para los afiliados

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. También debe mostrarle al proveedor su tarjeta de Medicaid. Ejemplo de tarjeta de afiliado:





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-Duals VIP, es posible que deba pagar el costo total de los servicios médicos. Mantenga su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Se le puede pedir que la muestre si necesita servicios hospitalarios o paliativos o 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, 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– Duals VIP autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

Florida Complete Care– Duals VIP 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 comprar. 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 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 en Florida Complete Care-Duals VIP. 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-Duals VIP.

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/prescription-drug-coverage/ o llame a Servicios para Afiliados al 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526) (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 5 Resumen de costos importantes para 2027

	Sus costos en 2027
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor o menor que esta cantidad. Vaya a la Sección 4.1 para obtener más detalles.	***$0.00 por mes***

	Sus costos en 2027
Monto máximo de gastos directos de bolsillo Esto es lo 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 Usted no es responsable de pagar ningún gasto directo de bolsillo hasta alcanzar el monto máximo de gastos directos de bolsillo por los servicios cubiertos de las Partes A y B.***
Visitas al consultorio de atención primaria	***$0.00*** **por visita**
Visitas al consultorio de especialistas	***$0.00*** **por visita**
Hospitalizaciones Incluye diversas hospitalizaciones para pacientes internados, como atención aguda, rehabilitación y cuidados 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.	***Usted paga $0 por la atención de pacientes hospitalizados cubierta por Medicare.*** **Se requiere autorización previa para atención hospitalaria y servicios de trasplante dentro de la red.**

	Sus costos en 2027
Cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 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 *$0.00*** **Durante la etapa de cobertura inicial:** **Medicamentos del nivel 1: $0.00** **Medicamentos del nivel 2: Genéricos $0** **Nivel 3 medicamentos de marcas preferidas: $0** **Nivel 4 medicamentos no preferidos: $0** **Nivel 5 medicamentos especializados: $0** **Etapa de cobertura catastrófica:** **Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.**

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (Sección 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-Duals VIP.

Sección 5.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

Muchos afiliados deben pagar otras primas de Medicare

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

Si Medicaid no está pagando sus 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

Debido a que tiene doble elegibilidad, la multa por inscripción tardía (LEP) no se aplica mientras mantenga el estado de doble elegibilidad, pero si lo pierde, es posible que deba pagarla. 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 aquella 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 recetados. Deberá pagar esta multa mientras tenga cobertura de la Parte D.

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:

- Primero cuente la cantidad de meses completos que demoró en suscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, después de ser elegible para suscribirse. O cuente la cantidad de meses completos en los que no tuvo cobertura acreditable para medicamentos recetados, si la interrupción en la cobertura fue de 63 días o más.
- 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

Si pierde la elegibilidad para este plan debido a cambios en sus ingresos, es posible que algunos afiliados deban pagar un cargo adicional por su plan de Medicare, conocido como el Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos de la Parte D (IRMAA). El cargo adicional se calcula a partir del ingreso bruto ajustado modificado que figura en su declaración de impuestos del IRS de hace dos 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 6 Más información sobre su prima mensual del plan

Sección 6.1 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 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 la 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 nuestro 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 todos los costos sin cobertura. Si tiene otro seguro, informe a su médico, hospital y farmacia.

Estas reglas se aplican a la cobertura del plan de salud 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 y/o los planes de salud grupales del empleador hayan pagado.

CAPÍTULO 2:
Números de teléfono y recursos

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

Para obtener ayuda con reclamos, la facturación o las preguntas sobre la tarjeta de afiliado, llame o escriba a Servicios para Afiliados de Florida Complete Care-Duals VIP (HMO-POS D-SNP). Nos complacerá 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, 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 gratuitas. 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.
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. 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 gratuitas. 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 gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
Fax	1-833-434-0563
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 gratuitas. De lunes a viernes de 7 a 8 p. m. ET; sábados y domingos de 8 a 5 p. m. ET.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes de 7 a 8 p. m. ET; 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. 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	1-800-887-2838

Correo postal	Florida Complete Care- Grievance PO BOX 668800 Miami FL 33166 Grievance@FC2healthplan.com
Sitio web de Medicare	Para presentar una queja sobre Florida Complete Care-Duals VIP (HMO-POS D-SNP) directamente a Medicare, visite Medicare.gov/my/medicare-complaint

Quejas sobre medicamentos recetados de la Parte D - Información de contacto	
Teléfono	1-844-740-0625 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
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-Duals VIP (HMO-POS D-SNP) directamente a Medicare, visite Medicare.gov/my/medicare-complaint

Cómo pedirnos que paguemos el 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 pedirnos 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. 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.
Correo postal	Florida Complete Care- Claims Department PO Box 21688 Eagan, MN 55121
Sitio web	fc2healthplan.com/

Solicitudes de pago de medicamentos recetados de la Parte D - Información de contacto	
Teléfono	1-844-740-0625 Las llamadas a este número son gratis. Abierto las 24 horas del día, los 7 días de la semana
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Abierto las 24 horas del día, los 7 días de la semana
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 gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
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. • Encuentre médicos u otros proveedores y suministradores de atención médica 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-Duals VIP (HMO-POS D-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 ayudarle 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 si tiene preguntas o problemas, a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder 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
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 tiene 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 gratuitas. 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 gratuitas. Disponible de 8 a. m. a 7 p. m., de lunes a viernes.
Sitio web	ssa.gov/

SECCIÓN 6 Medicaid

Para estar inscrito en este Plan para necesidades especiales de elegibilidad doble, debe estar inscrito en Medicare y recibir ciertos niveles de asistencia de Medicaid de Florida. (Consulte el Capítulo 1, Sección 2.1 “Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan” para conocer los requisitos específicos para este plan).

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

Algunas personas que tienen Medicare también son elegibles para Medicaid. Los programas ofrecidos a través de Medicaid ayudan a las personas que tienen Medicare a pagar sus costos de Medicare, por ejemplo, sus primas de Medicare. Estos programas de ahorros de Medicare incluyen:

- **Beneficiario calificado de Medicare (QMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coseguros y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para 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.
- **Beneficio completo de elegibilidad doble (FBDE):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coseguros y copagos). Los beneficiarios que cumplen los requisitos también reciben la totalidad de las prestaciones de Medicaid.

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

Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud (Programa de 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

El Programa del Defensor del Pueblo de Cuidados a Largo Plazo del Departamento de Asuntos de la Tercera Edad de Florida ayuda a las personas inscritas en Medicaid con problemas de servicio o facturación. Pueden ayudarle a presentar una queja formal o una apelación relacionada con nuestro plan.

Programa del Defensor del Pueblo de Cuidados a Largo Plazo del Departamento de Asuntos de la Tercera Edad - Información de contacto	
Teléfono	850-414-2323 o sin cargo 1-888-831-0404 De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., hora local
TTY	711

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

El Defensor del Pueblo de Cuidados a Largo Plazo del Estado del Departamento de Asuntos de Personas Mayores ayuda a las personas a obtener información sobre los hogares de personas mayores y a resolver problemas entre los hogares de ancianos y los residentes o sus familias.

Programa del Defensor del Pueblo de Cuidados a Largo Plazo del Departamento de Asuntos de la Tercera Edad - Información de contacto	
Teléfono	850-414-2323 o sin cargo 1-888-831-0404 De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., hora local
TTY	711
Correo postal	4040 Esplanade Way, Suite 380 Tallahassee, FL 32399-7000 LTCOPInformer@elderaffairs.org
Sitio web	ombudsman.elderaffairs.org/

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) contiene información sobre cómo 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

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

Si tiene preguntas sobre la Ayuda Adicional, llame al:

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

Si cree que está pagando un monto incorrecto por su receta en la farmacia, nuestro plan cuenta con un proceso para ayudarle a obtener evidencia del importe correcto de su 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 de copago 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.

La información de contacto para su programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP) es:

Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA de Florida
1-800- 352-2437 (1-800-FLA-AIDS) English / 1-800-545-7432
(1-800-545-SIDA) Español / TTY: 1-888-503- 7118 o en el sitio web
floridahealth.gov/individual-family-health/injury-prevention-wellness/hiv-aids/hiv-aids-management/.

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 gratuitas. 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 gratuitas.
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). (Los números de teléfono de Servicios para Afiliados están impresos en la contraportada de este documento). 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 ayudarle a comprender cómo funcionará su cobertura actual de medicamentos con nuestro plan.

SECCIÓN 10 Obtenga ayuda de los Centros de recursos para personas mayores y con discapacidad de Florida (ADRC)

El Departamento de asuntos de la tercera edad administra programas y servicios para personas mayores en todo el estado de Florida a través de 11 Agencias del área para el envejecimiento, que funcionan como Centros de recursos para el envejecimiento y la discapacidad (ADRC). Estos ADRC funcionan como un sistema único y coordinado de información y acceso a servicios para todos los habitantes de Florida que buscan recursos de cuidados a largo plazo. Los ADRC brindan información y asistencia sobre los beneficios estatales y federales, así como sobre los programas y servicios locales disponibles.

Para solicitar servicios u obtener información, llame a la Línea de ayuda para adultos mayores sin cargo al 1-800-96 ELDER (1-800-963-5337).



AGING AND DISABILITY RESOURCE CENTERS (ADRC)

PSA 1
Northwest Florida Area Agency on Aging, Inc.
5090 Commerce Park Cir.
Pensacola, FL 32505
(850) 494-7101
www.nwflaaa.org

PSA 2
Advantage Aging Solutions
2414 Mahan Dr.
Tallahassee, FL 32308
(850) 488-0055
www.aaanf.org

PSA 3
Elder Options
100 S.W. 75th St., Ste. 301
Gainesville, FL 32607
(352) 378-6649
www.agingresources.org

PSA 4
Elder Source, The Area Agency on Aging of Northeast Florida
10688 Old St. Augustine Rd.
Jacksonville, FL 32257
(904) 391-6600
www.myeldersource.org

PSA 5
Area Agency on Aging of Pasco-Pinellas, Inc.
9549 Koger Blvd., Gadsden Bldg., Ste. 100
St. Petersburg, FL 33702
(727) 570-9696
www.agingcarefl.org

PSA 6
Senior Connection Center, Inc
8928 Brittany Way
Tampa, FL 33619
(813) 740-3888
www.seniorconnectioncenter.org

PSA 7
Senior Resource Alliance
3319 Maguire Blvd., Ste. 100
Orlando, FL 32803
(407) 514-1832
www.seniorresourcealliance.org

PSA 8
Area Agency on Aging for Southwest Florida, Inc.
2830 Winkler Ave, Ste. 112
Fort Myers, FL 33916
(239) 652-6900
www.aaaswfl.org

PSA 9
Area Agency on Aging of Palm Beach/Treasure Coast, Inc.
4400 N. Congress Ave.
West Palm Beach, FL 33407
(561) 684-5885
www.youragingresourcecenter.org

PSA 10
Aging and Disability Resource Center of Broward County, Inc.
5300 Hiatus Rd.
Sunrise, FL 33351
(954) 745-9567
www.adrcbroward.org

PSA 11
Alliance for Aging, Inc.
760 N.W. 107th Ave., Ste. 214, 2nd Floor
Miami, FL 33172
(305) 670-6500
www.allianceforaging.org

CAPÍTULO 3:
Utilice nuestro plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

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

Este capítulo explica lo que necesita saber sobre cómo usar el plan para obtener atención médica cubierta y otros servicios. Para obtener detalles sobre la atención médica y otros servicios que cubre nuestro plan, 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 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 usted consulta a un proveedor de la red, no paga nada por los servicios cubiertos.
- 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 y Medicaid, Florida Complete Care-Duals VIP debe cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Original y puede ofrecer otros servicios además de los cubiertos por el Capítulo 4 de Medicare Original, Cuadro de beneficios médicos.

Florida Complete Care-Duals VIP (HMO-POS D-SNP) generalmente cubrirá su atención médica siempre que:

- **La atención que recibe está incluida en el Cuadro de beneficios médicos de nuestro plan** en el Capítulo 4.

- **La atención que recibe se considera 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 tres 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 o Medicaid requiere que nuestro plan cubra, pero no hay especialistas en nuestra red que brinden esta atención, puede obtenerla de un proveedor fuera de la red al mismo costo compartido que normalmente paga dentro de la red. En esta situación, cubriremos estos servicios como si recibiera la atención de un proveedor de la red. Para obtener información sobre cómo obtener la aprobación para ver a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4.

  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 y otros servicios

Sección 2.1 Debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) para proporcionar y supervisar su atención

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

- 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-Duals VIP, 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. Las solicitudes de cambio recibidas después del día 15 del mes generalmente entrarán en vigencia el primer día del mes siguiente.

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). 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 y otros servicios 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.
- 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. Algunos ejemplos de servicios urgentes son los que recibe por 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.

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

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 promedios de salud y medicina, considera que tiene síntomas que requieren atención médica inmediata para evitar la muerte (y si usted es una mujer embarazada, la pérdida del bebé), la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad o la pérdida o 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. Esta cobertura es solo dentro de los EE. UU.
- **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.
- 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. Algunos ejemplos de servicios urgentes son los que recibe por 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 que se necesitan con urgencia son:

i) un fuerte dolor de garganta que se produce durante el fin de semana o,
ii) un brote imprevisto de una afección conocida cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio.

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

En esta situación, debe llamar a Servicios para Afiliados a los números de teléfono impresos en la contraportada de este folleto y habar con uno de los profesionales de enfermería de guardia. En situaciones de necesidades no urgentes, podrá 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 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

Florida Complete Care-Duals VIP 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, será responsable 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 proveedores de nuestro plan. (Esto no se aplica a los beneficios cubiertos que requieren un ensayo clínico o un registro para evaluar el beneficio, incluidos ciertos beneficios que requieren cobertura con desarrollo de evidencia (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 no ha 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.

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 que no sea 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 equipo médico duradero

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 deben alquilarse.

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-Duals VIP, 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, o si es usuario de TTY, llame al 711) para obtener más información.

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

Si no llegó a ser propietario del DME mientras estaba afiliado a 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.

Ejemplo 2: hizo 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Medicare Original y luego se inscribió en nuestro plan. Usted no llegó a ser propietario 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, los suministros y el mantenimiento

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

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

Si abandona Florida Complete Care-Duals VIP (HMO-POS D-SNP) o ya no necesita un equipo de oxígeno por motivos médicos, el equipo de oxígeno debe devolverse.

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

Medicare Original requiere que un proveedor de oxígeno le brinde servicios durante cinco años. Durante los primeros 36 meses, usted alquila el equipo. Durante los 24 meses restantes, el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del costo compartido correspondiente por el oxígeno). Después de cinco años, puede optar por continuar con la misma compañía o elegir otra. En este punto, el ciclo de cinco años vuelve a empezar, incluso si continúa con 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 cinco años vuelve a comenzar.

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

SECCIÓN 1 Comprender los servicios cubiertos

El Cuadro de beneficios médicos enumera los servicios cubiertos como afiliado de Florida Complete Care-Duals VIP. Esta sección también proporciona información sobre los servicios médicos que no están cubiertos y explica los límites de ciertos servicios. *Consulte las exclusiones y limitaciones correspondientes a los beneficios complementarios que se enumeran en el cuadro de este capítulo.*

Sección 1.1 No paga nada por sus servicios cubiertos

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

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

Nota: Debido a que nuestros afiliados también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos afiliados alcanzan este monto máximo de gastos directos de bolsillo. Si usted es elegible para compartir los costos de Medicare bajo Medicaid, usted no es responsable de pagar ningún gasto directo de bolsillo hasta alcanzar el monto máximo de gastos directos de bolsillo por los servicios cubiertos de las Partes A y B.

Los Planes Medicare Advantage tienen límites en el monto que debe pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos cubiertos 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 $3400.**

Los montos que paga por copagos y coseguros de servicios cubiertos cuentan para este monto máximo de gastos directos de bolsillo. Los montos que 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 gastos directos de bolsillo de $3400, no tendrá que pagar ningún gasto directo de bolsillo durante el resto del año por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro tercero pague su prima de la Parte B).

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

El Cuadro de beneficios médicos en las páginas siguientes enumera los servicios que cubre Florida Complete Care-Duals VIP (la cobertura de medicamentos de la Parte D se encuentra en el Capítulo 5). Los servicios enumerados en el Cuadro de beneficios médicos están cubiertos únicamente si se cumplen los siguientes requisitos:

- Los servicios cubiertos por Medicare se deben proporcionar 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 puede no requerir autorización previa para ningún tratamiento activo, incluso si el tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Tiene un proveedor de atención primaria (un PCP) que brinda y supervisa su atención.
- Algunos de los servicios indicados en el Cuadro de beneficios médicos tienen cobertura *solo* si su médico u otro proveedor de la red obtienen 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 negrita.
- Si su plan de atención coordinada prevé la aprobación de una solicitud de autorización previa para un tratamiento, la aprobación debe ser válida durante el tiempo que sea médicamente razonable y necesario para evitar interrupciones en la atención de acuerdo con los criterios de cobertura aplicables, su historia clínica y la recomendación del proveedor de atención médica.

Otros aspectos importantes que debe saber sobre nuestra cobertura:

- Usted tiene cobertura tanto de Medicare como de Medicaid. Medicare cubre la atención médica y los medicamentos recetados. Medicaid puede cubrir su costo compartido por los servicios de Medicare, incluidos los deducibles médicos del plan y los costos compartidos, así como las primas de las Partes A y B de Medicare, según el nivel de asistencia que reciba de Medicaid de Florida. Es posible que el programa Medicaid de Florida también cubra servicios que Medicare no cubre.

- Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. (Para obtener más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte 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.
- Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio nuevo durante 2027, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.

No pagará nada por los servicios que figuran en el Cuadro de beneficios médicos, siempre y cuando cumpla con los requisitos de cobertura descritos anteriormente.

Información de beneficio importante para afiliados con enfermedades crónicas.

- Si le diagnostican alguna de las afecciones crónicas que se detallan a continuación y cumple con ciertos criterios, puede ser elegible para recibir beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos.
    - *Trastorno crónico por consumo de alcohol y otros trastornos por consumo de sustancias (SUD)*
    - *Trastornos autoinmunitarios*
    - *Cáncer*
    - *Enfermedades cardiovasculares*
    - *Insuficiencia cardíaca crónica*
    - *Demencia*
    - *Diabetes mellitus*
    - *Sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico*
    - *Enfermedad gastrointestinal crónica*
    - *Enfermedad renal crónica (ERC)*
    - *Trastornos hematológicos graves*
    - *VIH/SIDA*
    - *Enfermedades pulmonares crónicas*
    - *Enfermedades mentales crónicas e incapacitantes*
    - *Trastornos neurológicos*
    - *Accidente cerebrovascular*

  - *Cuidado posterior al trasplante de órganos*
  - *Inmunodeficiencia y trastornos inmunosupresores*
  - *Afecciones asociadas con el deterioro cognitivo*
  - *Condiciones con dificultades funcionales*
  - *Afecciones crónicas que afectan la visión, la audición (sordera), el gusto, el tacto y el olfato*
  - *Afecciones que requieren terapia continua para que las personas mantengan o conserven su funcionamiento*

- *Los objetivos de este programa son reducir las estadías hospitalarias, brindar atención de calidad en el hogar y ofrecer servicios especializados en la comodidad de su hogar. Controlar una enfermedad crónica no siempre es fácil. Brindamos atención y servicios médicos compasivos, todo en la comodidad, seguridad y conveniencia de su hogar. Esta es una alternativa para recibir o continuar recibiendo atención aguda en un hospital. Para cumplir con los criterios de elegibilidad, el afiliado debe tener una afección crónica y tener limitaciones para salir de su hogar, según lo documentado por un representante del plan. El programa no requiere visitas al hospital ni a la sala de emergencias. Se aplican requisitos de autorización previa. Este beneficio es para servicios médicos prestados por un especialista contratado. Para recibir el beneficio, un representante asignado del plan se reunirá con usted para discutir sus objetivos e inquietudes. Seguido de la coordinación de la atención especializada.*
- Para obtener más información, vaya a *Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas* en el Cuadro de beneficios médicos a continuación.
- Comuníquese con nosotros para saber exactamente para qué beneficios puede ser elegible.

 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.) • No se asocia con cirugía • No se asocia con embarazo Se cubrirán ocho 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:	*Paga $0 por cada visita de acupuntura cubierta por Medicare.* **No requiere autorización.**

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• 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 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.	*Paga $0 por los servicios de ambulancia terrestre cubiertos por Medicare.* **Se requiere autorización previa para todos los traslados, excepto los que sean de emergencia.**
Visita anual de bienestar Si hace más de 12 meses que tiene la Parte B, puede obtener una visita anual de bienestar para elaborar o actualizar un plan de prevención personalizado basado en su salud actual y sus factores de riesgo. Esto se cubre una vez cada 12 meses. **Nota**: su primera visita anual de bienestar no se puede realizar en los 12 meses posteriores a su 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.**

Servicio cubierto	Lo que usted paga
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 • Las mamografías de diagnóstico se realizan con una frecuencia mayor a una vez al año, si son médicamente necesarias.	No hay coseguro, copago ni deducible para mamografías de detección cubiertas. **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 en arterias coronarias • Angina de pecho estable (dolor en el pecho) • Reparación o sustitución 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	Paga $0 por cada servicio de rehabilitación cardíaca cubierto por Medicare **Requiere autorización previa y derivación.**

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• 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, distribuidas a lo largo de un período más prolongado.	
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 presión arterial y darle consejos para asegurar que siga una dieta saludable.	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de terapia conductual intensiva para enfermedades cardiovasculares. **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 tres años	No hay coseguro, copago ni deducible para exámenes pélvicos y de Papanicolaou preventivos cubiertos por Medicare. **No requiere autorización.**

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen: • Cubrimos solo la manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación vertebral	*Paga $0 por cada visita quiropráctica cubierta por Medicare.* **Requiere autorización previa.**
Examen de detección de cáncer colorrectal Se cubren las siguientes pruebas de detección: • 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 hayan 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 los pacientes con alto riesgo de cáncer colorrectal, se cubre una colonografía por tomografía computarizada de detección cuando hayan 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.	No hay coseguro, copago ni deducible para un examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare. Si su médico encuentra y extrae un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o la sigmoidoscopia flexible, el examen de detección se convierte en un examen de diagnóstico. Paga $0 por cada colonoscopia de diagnóstico cubierta por Medicare. Paga $0 por cada enema de bario de detección cubierto por Medicare. **No requiere autorización.**

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• 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 cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de seguimiento después de que una prueba de cáncer colorrectal no invasiva en heces cubierta por Medicare arroje un resultado positivo. • Las pruebas de cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible o una colonoscopia de detección programadas que impliquen la extracción de tejido u otro material, así como otro procedimiento que se realice en relación con la prueba de detección, como resultado de esta y durante la misma consulta clínica.	
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 maxilar después de una fractura o lesión, extracciones dentales realizadas como preparación para la radioterapia para un cáncer que afecta el maxilar o exámenes bucales previos al trasplante de órganos. Además, cubrimos: *servicios odontológicos no cubiertos por Medicare Original.* *Florida Complete Care – Duals VIP ofrece beneficios odontológicos suplementarios por segmento de plan de beneficios, que incluyen servicios preventivos y de diagnóstico. Cobertura, beneficio trimestral y asignación anual de los servicios odontológicos:*	*Paga $0 por los servicios odontológicos cubiertos por Medicare.* **No requiere autorización.** Paga $0 por los servicios odontológicos complementarios cubiertos por Medicare. **Puede ser necesaria autorización previa.**

Servicio cubierto	Lo que usted paga

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

Este beneficio se transfiere si no se utiliza durante el trimestre. Consulte el cuadro anterior para conocer el máximo anual por área de segmento. Usted será responsable de cualquier monto que supere el 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*
- *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. Los códigos están sujetos a cambios sin previo aviso.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
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.**
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 dos 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	*Paga $0 por cada suministro para monitorear la glucosa en sangre cubierto por Medicare.* *Paga $0 por los suministros y calzados para personas con diabetes cubiertos por Medicare.*

Servicio cubierto	Lo que usted paga
(no incluye las plantillas extraíbles que no están hechas a medida proporcionadas con esos zapatos), incluido el ajuste. • Capacitación en autocontrol de la diabetes bajo ciertas condiciones.	*Paga $0 por la capacitación de autocontrol cubierta por Medicare.* **No se requiere autorización.**
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (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 también está disponible en nuestro sitio web en FC2healthplan.com. En general, Florida Complete Care-Duals VIP cubre cualquier 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-Duals VIP 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	Paga $0 por el equipo médico duradero cubierto por Medicare. Su costo compartido para la cobertura de equipo de oxígeno de Medicare es $0. Su costo compartido no cambiará después de estar inscrito durante 36 meses. Si antes de inscribirse en Florida Complete Care – Duals VIP ya había pagado 36 meses de alquiler del equipo de oxígeno, su costo compartido será de $0. **Requiere autorización previa.**

Servicio cubierto	Lo que usted paga
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) **Los servicios de equipos médicos duraderos cubiertos por Medicaid incluyen:** • El cuidado respiratorio abarca una variedad de dispositivos y suministros utilizados para tratar afecciones respiratorias y ayudar a la respiración. Estos incluyen equipos de oxígeno, nebulizadores, ventiladores y suministros relacionados, diseñados para su uso en el hogar del paciente o en otros entornos. • Dispositivos médicos, controles y aparatos personalizados que ayudan a las personas a mejorar su capacidad para realizar actividades de la vida diaria e interactuar con su entorno. • Servicios de equipos médicos duraderos y suministros médicos: Sillas de ruedas, camas de hospital y ayudas ambulatorias	Paga $0 por el equipo médico duradero cubierto por Medicare.
Atención de emergencia La atención de emergencia se refiere a servicios que son: • 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 promedios de salud y medicina, considera que tiene síntomas que requieren atención médica inmediata para evitar la muerte (y si usted es una mujer embarazada, la pérdida del bebé), la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. 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 pagaría si recibiera esos servicios dentro de la red.	Paga $0 por cada visita a la sala de emergencias. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención hospitalaria después de que se estabilice su afección de emergencia, deberá recibir esa atención en el hospital fuera de la red con la autorización de nuestro plan. El *costo* compartido que deberá pagar será el mismo que pagaría en un hospital de la red.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Si tiene una emergencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios, el plan no brinda cobertura.	**No requiere autorización.**
Servicios gastrointestinales Los servicios abarcan el diagnóstico, tratamiento y manejo de afecciones que afectan todo el sistema digestivo, incluido el esófago, el estómago, el intestino delgado, el intestino grueso (colon), el recto, el ano, el hígado, la vesícula biliar y el páncreas.	Paga $0 por cada servicio cubierto de Medicaid.
Servicios genitourinarios Los servicios abarcan la atención médica y quirúrgica de los sistemas urinario y reproductor masculino.	Paga $0 por cada servicio cubierto de Medicaid.
Servicios de audición Las evaluaciones de diagnóstico de la audición y del equilibrio realizadas por su PCP para determinar si necesita tratamiento médico se cubren como atención ambulatoria si las hace un médico, audiólogo u otro proveedor calificado. También cubrimos: • Exámenes auditivos de rutina cada 6 meses. • Adaptación/evaluación del audífono cada 6 meses • El beneficio máximo permitido de $1000 por año se puede usar para cubrir los costos de los audífonos según sus audífonos recetados.	*Paga $0 por cada examen de audición cubierto por Medicare* *Paga $0 por cada examen de audición de rutina que no cubre Medicare* *Paga $0 por cada ajuste/evaluación de audífonos que no cubre Medicare* *Usted paga $0 por los audífonos recetados* **No requiere autorización.**
Los servicios de Medicaid incluyen: Una gama de atención profesional destinada a diagnosticar, controlar y tratar trastornos de la audición, el equilibrio y trastornos relacionados.	Usted paga $0 por cada servicio de audición cubierto por Medicaid.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Ayuda para ciertas enfermedades crónicas Los afiliados a quienes un proveedor del plan les haya diagnosticado una o más enfermedades crónicas identificadas y cumplan ciertos criterios detallados a continuación, pueden ser elegibles para recibir beneficios complementarios específicos: **Programa FC2 Specialist at Home - Beneficio de uniformidad de MA** que cubre las siguientes afecciones crónicas: • Diabetes • Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) • Insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) • Paciente con accidente cerebrovascular previo • Hipertensión • Arteriopatía coronaria • Trastornos anímicos • Artritis reumatoide • Demencia Este beneficio cubre la atención médica en el hogar del afiliado que de otra manera no está cubierta por Medicare cuando un médico la considere médicamente adecuada según el estado de salud del afiliado, para proporcionarle una alternativa a recibir o seguir recibiendo el cuidado intensivo que el afiliado necesita en un hospital. Como afiliado de nuestro plan puede ser derivado a uno de los proveedores de atención hospitalaria especializada a domicilio para recibir los servicios hospitalarios no cubiertos por Medicare en su hogar. Los servicios hospitalarios en el hogar permiten que se brinden ciertos servicios de atención médica fuera de un entorno hospitalario tradicional y, en su hogar, según una evaluación y derivación completada por un proveedor del plan y criterios de elegibilidad que incluyen la afección médica y la ubicación geográfica. No se requiere una sala de emergencias ni una visita al hospital para comenzar el tratamiento. Puede recibir tratamiento y seguimiento en su	Paga $0 por los servicios cubiertos **Requiere autorización previa.**

Servicio cubierto	Lo que usted paga
hogar por parte de un equipo de proveedores durante hasta 30 días de atención.	
Análisis de detección del VIH Para las personas que solicitan un análisis de detección del VIH o que tienen un alto riesgo de infección por el VIH, cubrimos: • Un análisis de detección cada 12 meses 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 de salud a domicilio cubierto por Medicare. **Requiere autorización previa.**
Los servicios cubiertos por Medicaid incluyen: Atención médica y cuidado personal en el hogar para las personas, que incluye una variedad de servicios, desde cuidados de enfermería especializada y terapia hasta asistencia con las actividades de la vida diaria.	Paga $0 por cada servicio de salud a domicilio cubierto por Medicaid.
Tratamiento de infusión en el hogar El tratamiento de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o	Paga $0 por servicios profesionales,

Servicio cubierto	Lo que usted paga
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.	capacitación y educación de pacientes. Paga $0 por DME cubiertos por Medicare. Paga $0 por medicamentos de quimioterapia cubiertos por la Parte B de Medicare y otros medicamentos cubiertos por la Parte B de 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 • Cuidados en el hogar	Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, Medicare Original, no Florida Complete Care-Duals VIP, paga sus cuidados paliativos y servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su diagnóstico terminal.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
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-Duals VIP (HMO-POS D-SNP) pero que no están cubiertos por la Parte A o B de Medicare: Florida Complete Care-Duals VIP (HMO-POS D-SNP)** seguirá cubriendo los servicios cubiertos 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 del 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 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	

Servicio cubierto	Lo que usted paga
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 sea de cuidados paliativos (atención 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 no ha recibido la serie completa de vacunación, desconoce sus antecedentes de vacunación o tiene alguna otra afección que lo exponga a un riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. • Vacunas contra el COVID-19 • Otras vacunas, si está en riesgo de contraer la enfermedad y cumplen con los requisitos 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. *[Lista]*	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 cuidados a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención de pacientes hospitalizados comienza 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	*Usted paga $0 por la atención de pacientes hospitalizados cubierta por Medicare.* ***Se requiere autorización previa para atención hospitalaria y servicios de trasplante dentro de la red.***

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• 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 de trasplantes 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-Duals VIP 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 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,	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.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
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.	
Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren hospitalización. *Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren hospitalización. Existe un límite de por vida de 190 días para los servicios de internación en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados que se brindan en la unidad psiquiátrica de un hospital general.*	Paga $0 por admisión para atención psiquiátrica hospitalaria para pacientes internados cubierta por Medicare. **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 • 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,	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 beneficios y los días de reserva de por vida se han agotado. **Requiere autorización previa.**

Servicio cubierto	Lo que usted paga
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	
Servicios tegumentarios El cuidado y tratamiento de la piel, el cabello, las uñas y las glándulas asociadas (glándulas sudoríparas y sebáceas), conocidas colectivamente como el sistema tegumentario.	Usted paga $0 por los servicios tegumentarios cubiertos por Medicaid.
Beneficio de comidas • Comidas posteriores al alta o Comidas congeladas ofrecidas hasta 14 días después del alta de un centro de enfermería especializada o un hospital (2 comidas por día, un total de 28 comidas por año). o Se ofrecen comidas para situaciones de emergencia. Un paquete de 5 días de comidas o alimentos no perecederos disponible hasta dos veces al año (2 comidas por día, un total de 20 comidas por año).	No hay coseguro, copago ni deducible para los afiliados elegibles para servicios de comidas posteriores al alta. **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	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
anualmente si su tratamiento será necesario el próximo año calendario.	
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	Usted paga $0 de coseguro para medicamentos de la Parte B de Medicare y su administración en cualquier lugar. **Requiere autorización previa.** Algunos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare y otros están cubiertos por la Parte D de Medicare. Los medicamentos de la Parte B no cuentan para el límite de cobertura inicial

Servicio cubierto	Lo que usted paga
médico sobre los exámenes de diagnóstico y las pruebas que puede necesitar como parte de su tratamiento. • 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 está confinado en su hogar, tiene una fractura ósea que un médico certifica que está relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede administrarse el medicamento por sus propios medios • Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si los prepara un médico y los 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	de la Parte D o los límites de gastos directos de bolsillo. Nota: No pagará más de $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, incluso si no ha pagado su deducible **No se requiere autorización para la insulina.**

Servicio cubierto	Lo que usted paga
reemplazo terapéutico completo de un medicamento antiemético intravenoso • Ciertos medicamentos orales para la enfermedad renal terminal (ESRD) cubiertos por Medicare Parte B • 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.	
Administración de casos específicos de salud mental Un servicio que ayuda a las personas con problemas de salud mental a acceder a los recursos que necesitan para vivir de forma independiente en la comunidad.	No hay coseguro, copago ni deducible para la administración de casos específicos de salud mental.
Servicios neurológicos Con foco en el diagnóstico y tratamiento de trastornos del cerebro, la médula espinal y el sistema nervioso.	Usted paga $0 por los servicios de neurología cubiertos por Medicaid.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
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 de cirugía oral y maxilofacial Cirugía que se centra en el diagnóstico y tratamiento quirúrgico de enfermedades, lesiones y defectos de la cara, la boca y los maxilares.	Usted paga $0 por los servicios de cirugía oral y maxilofacial cubiertos por Medicaid. **Requiere autorización previa.**
Servicios de ortopedia Incluye el diagnóstico, tratamiento y prevención de afecciones que afectan al sistema musculoesquelético.	Usted paga $0 por los servicios ortopédicos cubiertos por Medicaid. **No requiere autorización.**
Servicios del programa de tratamiento del trastorno por consumo de opioides Los afiliados de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (OUD) pueden recibir cobertura de servicios para 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	Paga $0 por el tratamiento de opioides cubierto por Medicare. **Requiere autorización previa.**

Servicio cubierto	Lo que usted paga
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	
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 técnicos • Suministros quirúrgicos, como vendajes • 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 entera 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 profesional de la salud las ordena para tratar un problema médico. • Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios	*Paga $0 por pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos cubiertos por Medicare.* ***Requiere autorización previa.***
Observación del paciente ambulatorio en el hospital	*Paga $0 por estadía por cada servicio de sala de*

Servicio cubierto	Lo que usted paga
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.	*observación en un hospital para pacientes ambulatorios.* **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 • 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	*Paga $0 por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios.* **Se requiere autorización previa.**

Servicio cubierto	Lo que usted paga
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. Los servicios también están cubiertos si se prestan en un centro de salud rural.	
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen: Servicios de salud mental prestados 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), auxiliar médico (PA) u otro profesional de salud mental calificado por Medicare según lo permitan las leyes estatales. Los servicios cubiertos por Medicaid incluyen: **Servicios de análisis del comportamiento:** Los servicios de análisis del comportamiento (BA) son intervenciones, estrategias y tratamientos muy estructurados para reducir los comportamientos inadaptados y aumentar o reforzar los comportamientos adecuados.	*Paga $0 por sesiones ambulatorias de salud mental y psiquiátrica individuales o grupales cubiertas por Medicare.* ***Se requiere autorización previa para sesiones individuales y grupales.*** Usted paga $0 por los servicios cubiertos por Medicaid.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
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, consultorios de terapeutas independientes y centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF).	*Usted paga $0.* ***Requiere autorización previa.***
Servicios ambulatorios por trastorno por consumo de sustancias *Los servicios ambulatorios por abuso de sustancias deben ser proporcionados por un psiquiatra o médico con licencia del estado, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, profesional en enfermería, asistente médico u otro profesional especialista en adicciones calificado por Medicare según lo permitan las leyes estatales aplicables.*	*Paga $0 por cada sesión de terapia individual o grupal cubierta por Medicare.* ***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.	*Paga $0 por cada cirugía ambulatoria cubierta por Medicare en centros ambulatorios de hospitales y centros quirúrgicos ambulatorios.* ***Requiere autorización previa.***
Beneficio de medicamentos de venta libre (OTC) **Artículos a través de una tarjeta Flex** Este beneficio se otorga a través de una tarjeta de crédito, la cual asigna los siguientes montos por mes: Segmento 001 | Segmento 002 | Segmento 003	**No requiere autorización.**

Servicio cubierto	Lo que usted paga
| $100.00 por mes | $75.00 por mes | $75.00 por mes | Los montos de los OTC no utilizados **no se transfieren** de un mes a otro. Este beneficio se proporciona a través de una tarjeta de débito. Debe llamar al número de teléfono que figura en su tarjeta para activarla antes del uso inicial. Llame al 1-855-788-3466 (TTY 711) o visite mybenefitscenter.com/ **No canjeable por efectivo**	
Servicios de manejo del dolor Incluye reducir y manejar través de diversos enfoques, que incluyen medicamentos, fisioterapia y otras terapias, para mejorar la calidad de vida del paciente y su capacidad para desempeñarse en la vida.	Usted paga $0 por los servicios de manejo del dolor cubiertos por Medicaid.
Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos La *hospitalización parcial* es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo que se brinda como un servicio ambulatorio en un hospital o en un centro de salud mental comunitario. 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 constituye una alternativa a la hospitalización. El *servicio ambulatorio intensivo* es un programa estructurado de tratamiento activo de salud conductual (mental) que se brinda en el departamento de atención ambulatoria de un hospital, un centro de salud mental comunitario, un centro de salud calificado a nivel federal o una clínica de salud rural. Es más intensivo que la atención recibida en el consultorio del médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT) o consejero profesional con licencia pero menos intensivo que la hospitalización parcial.	*Paga $0 por cada visita.* ***La hospitalización parcial requiere autorización.*** ***El tratamiento ambulatorio intensivo no requiere autorización.***
Sistema personal de respuesta ante emergencias (PERS)	Usted paga $0 por el Sistema personal de

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Este beneficio proporciona a los afiliados un servicio de monitoreo las 24 horas del día, los 7 días de la semana, diseñado para mantenerlos seguros cuando están solos. El operador llama a una ambulancia o se pone en contacto con sus familiares para que puedan ayudarlo.	respuesta ante emergencias. **Se requiere autorización previa**
Servicios de cuidado personal Servicios de apoyo no médico que ayudan a las personas con las actividades de la vida diaria (ADL) y las actividades instrumentales de la vida diaria (IADL), permitiéndoles permanecer independientes en sus hogares.	Usted paga $0 por los servicios de cuidado personal cubiertos por Medicaid.
Servicios médicos y profesionales, incluidas las consultas médicas Los servicios cubiertos incluyen: • Atención médica o servicios quirúrgicos médicamente necesarios que reciba en el consultorio de un médico, un centro quirúrgico ambulatorio certificado, el departamento de atención ambulatoria de un hospital o cualquier otro lugar. • 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, incluidos los servicios de proveedores de atención primaria (PCP) y especialistas; sesiones individuales para servicios especializados de salud mental y servicios psiquiátricos; sesiones individuales para pacientes ambulatorios por abuso de sustancias; y servicios de urgencia. o Usted tiene la opción de obtener estos servicios en una visita en persona o mediante telemedicina. Si opta por obtener uno de estos servicios por telesalud, tiene la opción de utilizar un proveedor dentro o fuera de la red que ofrezca el servicio por telesalud.	*Paga $0 por la visita al médico de atención primaria cubierta por Medicare.* *Paga $0 por la visita al médico especialista cubierta por Medicare.* *Opciones de punto de servicio (POS):* *Paga $0 por visitas a especialistas con proveedores no participantes.* *Cobertura dentro y fuera de la red para visitas a especialistas (ÚNICAMENTE) realizadas por un Doctor en Medicina (MD) o Doctor en Medicina Osteopática (DO).* ***No requiere autorización.***

Servicio cubierto	Lo que usted paga
○ *Puede utilizar un teléfono, una computadora, una tablet u otra tecnología de video.* • 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 • Consultas de su médico con otros médicos por teléfono, Internet o una evaluación de la historia clínica electrónica	

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Segunda opinión antes de la cirugía **Los servicios cubiertos por Medicaid incluyen:** • Servicios de atención primaria proporcionados en centros de salud calificados a nivel federal	
Servicios de podología Los servicios cubiertos incluyen: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolones en el talón) • Cuidado de rutina de los pies para afiliados con ciertas afecciones médicas en las extremidades inferiores • Tratamiento del daño nervioso relacionado con la diabetes Los servicios cubiertos por Medicaid incluyen: • El diagnóstico y tratamiento de afecciones que afectan el pie, el tobillo y 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	*Paga $0 por servicios de podología cubiertos por Medicare.* ***Se requiere autorización para los beneficios estándar de Medicare, pero no para el cuidado rutinario de los pies.*** Paga $0 por servicios de podología cubiertos por Medicaid. Paga $0 por cada visita complementaria de podología. La opción de punto de servicio (POS) no está disponible para servicios de podología
Profilaxis preexposición (PrEP) para la prevención del VIH Si usted no tiene VIH, pero su médico u otro profesional de la salud determina que tiene un mayor riesgo de contraer el VIH,	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio de PrEP.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
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. • Hasta 8 sesiones de asesoramiento individual (que incluyen evaluación del riesgo de VIH, reducción del riesgo de VIH y cumplimiento terapéutico) cada 12 meses • Hasta 8 pruebas de detección del VIH cada 12 meses • Prueba de detección del virus de la hepatitis B por única vez	**No requiere autorización.**
Servicios privados de enfermería Estos servicios consisten en la prestación de atención continua e individualizada en el hogar, a cargo de enfermeras autorizadas, centrada en una amplia gama de necesidades médicas y personales, con el objetivo de ayudar a los pacientes a mantener su independencia y calidad de vida en su propio hogar. Estos servicios pueden variar desde atención de enfermería especializada hasta asistencia con las actividades de la vida diaria.	Usted paga $0 por los servicios de enfermería privada cubiertos por Medicaid.
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	Paga $0 por dispositivos protésicos y suministros médicos cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
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. **Los servicios de suministro cubiertos por Medicaid incluyen:** • Una gama de productos y servicios especializados diseñados para ayudar a personas con necesidades médicas específicas relacionadas con el control de la vejiga o los intestinos, ostomías (aberturas quirúrgicas en el cuerpo) y tratamiento de heridas. • Equipos especializados, suministros y fórmulas nutricionales a personas que requieren ayuda con la alimentación debido a condiciones médicas. Estos servicios pueden prestarse en el hogar o en un entorno comunitario y están diseñados para garantizar una nutrición e hidratación adecuadas cuando la ingesta oral es insuficiente.	**Requiere autorización previa.** Usted paga $0 por los servicios de suministros cubiertos por Medicaid.
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 $0 por los servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.* ***Requiere autorización previa y derivación.***
Servicios reproductivos	Usted paga $0 por los servicios reproductivos cubiertos por Medicaid.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Una amplia gama de servicios médicos, quirúrgicos, de asesoramiento y educativos relacionados con el sistema reproductivo humano.	
Servicios de terapia y del sistema respiratorio • Atención médica centrada en el diagnóstico, tratamiento y control de afecciones que afectan los pulmones y la respiración. • La evaluación, el tratamiento y el manejo de pacientes con trastornos respiratorios y cardiopulmonares.	Usted paga $0 por los servicios de terapia y del sistema respiratorio cubiertos por Medicaid.
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.	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
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 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.	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
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.	
Servicios para tratar la enfermedad renal Las 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 seis sesiones de servicios de educación sobre la enfermedad renal de por vida • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando 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 (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**.**	Paga $0 por los servicios de Medicare para tratar la enfermedad renal. **Puede ser necesaria autorización previa.**
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)	

Servicio cubierto	Lo que usted paga
(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) • 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 entera 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, recibe atención en centros de enfermería especializada de la red. Sin embargo, bajo ciertas 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	*Paga $0 por atención en un centro de enfermería especializada.* ***Requiere autorización previa.***

Servicio cubierto	Lo que usted paga
(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	
Dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) El asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco está cubierto para pacientes ambulatorios y hospitalizados que cumplan con estos criterios: • 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).	No hay coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y consumir tabaco cubiertos por Medicare. **No requiere autorización.**
Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas *Los siguientes beneficios son beneficios complementarios especiales que se aplican a las siguientes enfermedades: Consumo crónico de alcohol y otros trastornos por abuso de sustancias (SUD); trastornos autoinmunitarios; cáncer; trastornos cardiovasculares; insuficiencia cardíaca crónica; demencia; diabetes mellitus; sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico; enfermedad gastrointestinal crónica; enfermedad renal crónica (ERC); trastornos hematológicos graves; VIH/SIDA; trastornos pulmonares crónicos; afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes; trastornos neurológicos; accidente cerebrovascular; cuidado posterior al trasplante de órganos; inmunodeficiencia y trastornos inmunosupresores; afecciones*	Paga $0 por estos beneficios.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
asociadas con deterioro cognitivo; afecciones con desafíos funcionales; afecciones crónicas que afectan la visión, la audición (sordera), el gusto, el tacto y el olfato; afecciones que requieren servicios de terapia continuos para que las personas mantengan o conserven el funcionamiento. No todos los afiliados califican. **Comidas preparadas en función de necesidades médicas** El beneficio incluye comidas congeladas adaptadas específicamente a las necesidades o restricciones de la dieta del afiliado por hasta 30 días (3 comidas por día, un total de 90 comidas al año). **Asistencia Alimentaria Saludable (SSBCI) **** El beneficio incluye los montos que se indican a continuación por mes para la compra de alimentos saludables en tiendas participantes. El beneficio no se transfiere de un mes a otro. Este beneficio se ofrece a través de una tarjeta de débito. Segmento: 001 | Segmento: 002 | Segmento: 003 $210.00 por mes | $185.00 por mes | $170.00 por mes **Apoyo General para la Vida (SSBCI)**** El beneficio incluye: los afiliados elegibles recibirán un subsidio mensual para servicios públicos, entregado a través de una tarjeta flexible prepagada emitida por el plan, que se puede aplicar al costo de los siguientes servicios públicos en el lugar de residencia principal del afiliado: servicios de electricidad, gas, agua y alcantarillado. El monto de la asignación es fijo cada mes y no se puede acumular, combinar con otras asignaciones del plan ni convertir en efectivo. Segmento: 001 | Segmento: 002 | Segmento: 003 $61.00 por mes | $56.00 por mes | $51.00 por mes	**Requiere autorización previa.**
Servicios terapéuticos especializados	**Usted paga $0 por los servicios terapéuticos**

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Una variedad de intervenciones diseñadas para abordar problemas específicos de salud mental, desarrollo o comportamiento.	**especializados cubiertos por Medicaid.**
Línea directa de enfermería disponible las 24 horas, los 7 días de la semana Este beneficio proporciona a los afiliados acceso a una línea de asesoramiento de enfermería disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, atendida por enfermeras tituladas y registradas. Este beneficio proporciona a los afiliados acceso telefónico a orientación clínica, educación sobre la salud y apoyo para el triaje en cualquier momento. Las enfermeras registradas ayudarán a los afiliados a evaluar los síntomas, determinar el nivel de atención adecuado (como una visita programada al médico, atención de urgencia o servicios de emergencia) y proporcionar información de salud basada en la evidencia. Las enfermeras también pueden brindar orientación sobre cuestiones relacionadas con la medicación, el manejo de enfermedades, las instrucciones posteriores al alta y la atención preventiva.	Usted paga $0 por el servicio de línea directa de enfermería disponible las 24 horas, los 7 días de la semana. **No requiere autorización.**
Terapia de ejercicio supervisado (SET) La terapia de ejercicio supervisado (SET) está cubierta para afiliados que tienen enfermedad arterial periférica sintomática (PAD) *y* una derivación por PAD del médico responsable de su tratamiento. 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 prestado por personal auxiliar calificado, capacitado en terapia de ejercicio para la enfermedad arterial periférica (EAP), cuya intervención sea necesaria para garantizar que los beneficios superen los riesgos.	Paga $0 por terapia de ejercicios cubierta por Medicare. **Requiere autorización previa y derivación.**

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• 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 básicas y avanzadas. Además de las 36 sesiones durante 12 semanas, se puede cubrir la SET para 36 sesiones adicionales durante un período prolongado si un proveedor de atención médica considera que es necesaria por razones médicas.	
Beneficio de transporte Este beneficio cubre viajes de ida y vuelta de rutina, que no sean de emergencia, a lugares relacionados con la salud aprobados por el plan, como consultorios de proveedores, instalaciones médicas y citas de audición y visión. Debe utilizar el proveedor de transporte aprobado por el plan y programar los viajes con 48 horas de anticipación (excluidos los fines de semana). Debe coordinar sus necesidades de transporte con Servicios para Afiliados al 1-833-FC2-PLAN (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Se permite un acompañante por viaje (el acompañante debe tener 18 años). En algunos viajes es posible que tengas que compartir el viaje con otros pasajeros. Los viajes son servicios de acera a acera. Puede solicitar con anticipación vans con acceso para sillas de ruedas. Se aplica un límite de kilometraje por viaje si se solicita un viaje a un lugar de servicio que supere las 100 millas de su hogar o residencia. Los modos de transporte aprobados pueden incluir: • Taxi • Servicios de viajes compartidos	Usted paga $0. **No requiere autorización.**

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Autobús o van Puede obtener más información llamando a Servicios para Afiliados cuando solicite ayuda para coordinar sus necesidades de transporte. Deberá proporcionar una hora aproximada de recogida para el viaje de ida y el de regreso. Se le emitirá un número para que pueda realizar el seguimiento de su viaje.	
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. Algunos ejemplos de servicios urgentes son los que recibe por 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.	*Paga $0 por los servicios de urgencia cubiertos por Medicare.* **No requiere autorización.**
Cuidado de la vista 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	*Paga $0 por cada examen cubierto por Medicare.* *Paga $0 por un examen ocular de rutina cada año.* *Paga $0 por anteojos cada año hasta el monto de la asignación.*

Servicio cubierto	Lo que usted paga
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 • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluye la inserción de una lente intraocular. Si tiene 2 operaciones de cataratas separadas, no puede guardar el beneficio después de la primera cirugía y comprar 2 anteojos después de la segunda cirugía Además del beneficio cubierto por Medicare, el plan cubre beneficios no cubiertos por Medicare Original: • $400.00 anuales (anteojos, lentes y marcos o lentes de contacto) • Un examen de rutina adicional	**No requiere autorización.**
Visita preventiva de bienvenida a Medicare Nuestro plan cubre la visita preventiva única de *Bienvenida 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 de *Bienvenida 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 de *Bienvenida a Medicare*.	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva de *bienvenida a Medicare*. **No requiere autorización.**

Servicio cubierto	Lo que usted paga
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.**
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 dos 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	*Paga $0 por cada suministro para monitorear la glucosa en sangre cubierto por Medicare.* *Paga $0 por los suministros y calzados para personas con diabetes cubiertos por Medicare.*

Servicio cubierto	Lo que usted paga
(no incluye las plantillas extraíbles que no están hechas a medida proporcionadas con esos zapatos), incluido el ajuste. • Capacitación en autocontrol de la diabetes bajo ciertas condiciones.	*Paga $0 por la capacitación de autocontrol cubierta por Medicare.* **No se requiere autorización.**
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (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 también está disponible en nuestro sitio web en FC2healthplan.com. En general, Florida Complete Care-Duals VIP cubre cualquier 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-Duals VIP 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	Paga $0 por el equipo médico duradero cubierto por Medicare. Su costo compartido para la cobertura de equipo de oxígeno de Medicare es $0. Su costo compartido no cambiará después de estar inscrito durante 36 meses. Si antes de inscribirse en Florida Complete Care – Duals VIP ya había pagado 36 meses de alquiler del equipo de oxígeno, su costo compartido será de $0. **Requiere autorización previa.**

Servicio cubierto	Lo que usted paga
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) **Los servicios de equipos médicos duraderos cubiertos por Medicaid incluyen:** • El cuidado respiratorio abarca una variedad de dispositivos y suministros utilizados para tratar afecciones respiratorias y ayudar a la respiración. Estos incluyen equipos de oxígeno, nebulizadores, ventiladores y suministros relacionados, diseñados para su uso en el hogar del paciente o en otros entornos. • Dispositivos médicos, controles y aparatos personalizados que ayudan a las personas a mejorar su capacidad para realizar actividades de la vida diaria e interactuar con su entorno. • Servicios de equipos médicos duraderos y suministros médicos: Sillas de ruedas, camas de hospital y ayudas ambulatorias	Paga $0 por el equipo médico duradero cubierto por Medicare.
Atención de emergencia La atención de emergencia se refiere a servicios que son: • 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 promedios de salud y medicina, considera que tiene síntomas que requieren atención médica inmediata para evitar la muerte (y si usted es una mujer embarazada, la pérdida del bebé), la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. 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 pagaría si recibiera esos servicios dentro de la red.	Paga $0 por cada visita a la sala de emergencias. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención hospitalaria después de que se estabilice su afección de emergencia, deberá recibir esa atención en el hospital fuera de la red con la autorización de nuestro plan. El *costo* compartido que deberá pagar será el mismo que pagaría en un hospital de la red.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Si tiene una emergencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios, el plan no brinda cobertura.	**No requiere autorización.**
Servicios gastrointestinales Los servicios abarcan el diagnóstico, tratamiento y manejo de afecciones que afectan todo el sistema digestivo, incluido el esófago, el estómago, el intestino delgado, el intestino grueso (colon), el recto, el ano, el hígado, la vesícula biliar y el páncreas.	Paga $0 por cada servicio cubierto de Medicaid.
Servicios genitourinarios Los servicios abarcan la atención médica y quirúrgica de los sistemas urinario y reproductor masculino.	Paga $0 por cada servicio cubierto de Medicaid.
Servicios de audición Las evaluaciones de diagnóstico de la audición y del equilibrio realizadas por su PCP para determinar si necesita tratamiento médico se cubren como atención ambulatoria si las hace un médico, audiólogo u otro proveedor calificado. También cubrimos: • Exámenes auditivos de rutina cada 6 meses. • Adaptación/evaluación del audífono cada 6 meses • El beneficio máximo permitido de $1000 por año se puede usar para cubrir los costos de los audífonos según sus audífonos recetados.	*Paga $0 por cada examen de audición cubierto por Medicare* *Paga $0 por cada examen de audición de rutina que no cubre Medicare* *Paga $0 por cada ajuste/evaluación de audífonos que no cubre Medicare* *Usted paga $0 por los audífonos recetados* **No requiere autorización.**
Los servicios de Medicaid incluyen: Una gama de atención profesional destinada a diagnosticar, controlar y tratar trastornos de la audición, el equilibrio y trastornos relacionados.	Usted paga $0 por cada servicio de audición cubierto por Medicaid.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Ayuda para ciertas enfermedades crónicas Los afiliados a quienes un proveedor del plan les haya diagnosticado una o más enfermedades crónicas identificadas y cumplan ciertos criterios detallados a continuación, pueden ser elegibles para recibir beneficios complementarios específicos: **Programa FC2 Specialist at Home - Beneficio de uniformidad de MA** que cubre las siguientes afecciones crónicas: • Diabetes • Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) • Insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) • Paciente con accidente cerebrovascular previo • Hipertensión • Arteriopatía coronaria • Trastornos anímicos • Artritis reumatoide • Demencia Este beneficio cubre la atención médica en el hogar del afiliado que de otra manera no está cubierta por Medicare cuando un médico la considere médicamente adecuada según el estado de salud del afiliado, para proporcionarle una alternativa a recibir o seguir recibiendo el cuidado intensivo que el afiliado necesita en un hospital. Como afiliado de nuestro plan puede ser derivado a uno de los proveedores de atención hospitalaria especializada a domicilio para recibir los servicios hospitalarios no cubiertos por Medicare en su hogar. Los servicios hospitalarios en el hogar permiten que se brinden ciertos servicios de atención médica fuera de un entorno hospitalario tradicional y, en su hogar, según una evaluación y derivación completada por un proveedor del plan y criterios de elegibilidad que incluyen la afección médica y la ubicación geográfica. No se requiere una sala de emergencias ni una visita al hospital para comenzar el tratamiento. Puede recibir tratamiento y seguimiento en su	Paga $0 por los servicios cubiertos **Requiere autorización previa.**

Servicio cubierto	Lo que usted paga
hogar por parte de un equipo de proveedores durante hasta 30 días de atención.	
Análisis de detección del VIH Para las personas que solicitan un análisis de detección del VIH o que tienen un alto riesgo de infección por el VIH, cubrimos: • Un análisis de detección cada 12 meses 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 de salud a domicilio cubierto por Medicare. **Requiere autorización previa.**
Los servicios cubiertos por Medicaid incluyen: Atención médica y cuidado personal en el hogar para las personas, que incluye una variedad de servicios, desde cuidados de enfermería especializada y terapia hasta asistencia con las actividades de la vida diaria.	Paga $0 por cada servicio de salud a domicilio cubierto por Medicaid.
Tratamiento de infusión en el hogar El tratamiento de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o	Paga $0 por servicios profesionales,

Servicio cubierto	Lo que usted paga
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.	capacitación y educación de pacientes. Paga $0 por DME cubiertos por Medicare. Paga $0 por medicamentos de quimioterapia cubiertos por la Parte B de Medicare y otros medicamentos cubiertos por la Parte B de 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 • Cuidados en el hogar	Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, Medicare Original, no Florida Complete Care-Duals VIP, paga sus cuidados paliativos y servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su diagnóstico terminal.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
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-Duals VIP (HMO-POS D-SNP) pero que no están cubiertos por la Parte A o B de Medicare: Florida Complete Care-Duals VIP (HMO-POS D-SNP)** seguirá cubriendo los servicios cubiertos 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 del 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 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	

Servicio cubierto	Lo que usted paga
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 sea de cuidados paliativos (atención 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 no ha recibido la serie completa de vacunación, desconoce sus antecedentes de vacunación o tiene alguna otra afección que lo exponga a un riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. • Vacunas contra el COVID-19 • Otras vacunas, si está en riesgo de contraer la enfermedad y cumplen con los requisitos 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. *[Lista]*	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 cuidados a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención de pacientes hospitalizados comienza 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	*Usted paga $0 por la atención de pacientes hospitalizados cubierta por Medicare.* ***Se requiere autorización previa para atención hospitalaria y servicios de trasplante dentro de la red.***

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• 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 de trasplantes 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-Duals VIP 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 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,	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.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
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.	
Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren hospitalización. *Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren hospitalización. Existe un límite de por vida de 190 días para los servicios de internación en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados que se brindan en la unidad psiquiátrica de un hospital general.*	Paga $0 por admisión para atención psiquiátrica hospitalaria para pacientes internados cubierta por Medicare. **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 • 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,	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 beneficios y los días de reserva de por vida se han agotado. **Requiere autorización previa.**

Servicio cubierto	Lo que usted paga
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	
Servicios tegumentarios El cuidado y tratamiento de la piel, el cabello, las uñas y las glándulas asociadas (glándulas sudoríparas y sebáceas), conocidas colectivamente como el sistema tegumentario.	Usted paga $0 por los servicios tegumentarios cubiertos por Medicaid.
Beneficio de comidas • Comidas posteriores al alta o Comidas congeladas ofrecidas hasta 14 días después del alta de un centro de enfermería especializada o un hospital (2 comidas por día, un total de 28 comidas por año). o Se ofrecen comidas para situaciones de emergencia. Un paquete de 5 días de comidas o alimentos no perecederos disponible hasta dos veces al año (2 comidas por día, un total de 20 comidas por año).	No hay coseguro, copago ni deducible para los afiliados elegibles para servicios de comidas posteriores al alta. **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	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
anualmente si su tratamiento será necesario el próximo año calendario.	
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	Usted paga $0 de coseguro para medicamentos de la Parte B de Medicare y su administración en cualquier lugar. **Requiere autorización previa.** Algunos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare y otros están cubiertos por la Parte D de Medicare. Los medicamentos de la Parte B no cuentan para el límite de cobertura inicial

Servicio cubierto	Lo que usted paga
médico sobre los exámenes de diagnóstico y las pruebas que puede necesitar como parte de su tratamiento. • 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 está confinado en su hogar, tiene una fractura ósea que un médico certifica que está relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede administrarse el medicamento por sus propios medios • Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si los prepara un médico y los 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	de la Parte D o los límites de gastos directos de bolsillo. Nota: No pagará más de $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, incluso si no ha pagado su deducible **No se requiere autorización para la insulina.**

Servicio cubierto	Lo que usted paga
reemplazo terapéutico completo de un medicamento antiemético intravenoso • Ciertos medicamentos orales para la enfermedad renal terminal (ESRD) cubiertos por Medicare Parte B • 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.	
Administración de casos específicos de salud mental Un servicio que ayuda a las personas con problemas de salud mental a acceder a los recursos que necesitan para vivir de forma independiente en la comunidad.	No hay coseguro, copago ni deducible para la administración de casos específicos de salud mental.
Servicios neurológicos Con foco en el diagnóstico y tratamiento de trastornos del cerebro, la médula espinal y el sistema nervioso.	Usted paga $0 por los servicios de neurología cubiertos por Medicaid.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
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 de cirugía oral y maxilofacial Cirugía que se centra en el diagnóstico y tratamiento quirúrgico de enfermedades, lesiones y defectos de la cara, la boca y los maxilares.	Usted paga $0 por los servicios de cirugía oral y maxilofacial cubiertos por Medicaid. **Requiere autorización previa.**
Servicios de ortopedia Incluye el diagnóstico, tratamiento y prevención de afecciones que afectan al sistema musculoesquelético.	Usted paga $0 por los servicios ortopédicos cubiertos por Medicaid. **No requiere autorización.**
Servicios del programa de tratamiento del trastorno por consumo de opioides Los afiliados de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (OUD) pueden recibir cobertura de servicios para 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	Paga $0 por el tratamiento de opioides cubierto por Medicare. **Requiere autorización previa.**

Servicio cubierto	Lo que usted paga
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	
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 técnicos • Suministros quirúrgicos, como vendajes • 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 entera 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 profesional de la salud las ordena para tratar un problema médico. • Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios	*Paga $0 por pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos cubiertos por Medicare.* ***Requiere autorización previa.***
Observación del paciente ambulatorio en el hospital	*Paga $0 por estadía por cada servicio de sala de*

Servicio cubierto	Lo que usted paga
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.	*observación en un hospital para pacientes ambulatorios.* **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 • 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	*Paga $0 por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios.* **Se requiere autorización previa.**

Servicio cubierto	Lo que usted paga
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. Los servicios también están cubiertos si se prestan en un centro de salud rural.	
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen: Servicios de salud mental prestados 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), auxiliar médico (PA) u otro profesional de salud mental calificado por Medicare según lo permitan las leyes estatales. Los servicios cubiertos por Medicaid incluyen: **Servicios de análisis del comportamiento:** Los servicios de análisis del comportamiento (BA) son intervenciones, estrategias y tratamientos muy estructurados para reducir los comportamientos inadaptados y aumentar o reforzar los comportamientos adecuados.	*Paga $0 por sesiones ambulatorias de salud mental y psiquiátrica individuales o grupales cubiertas por Medicare.* ***Se requiere autorización previa para sesiones individuales y grupales.*** Usted paga $0 por los servicios cubiertos por Medicaid.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
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, consultorios de terapeutas independientes y centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF).	*Usted paga $0.* ***Requiere autorización previa.***
Servicios ambulatorios por trastorno por consumo de sustancias *Los servicios ambulatorios por abuso de sustancias deben ser proporcionados por un psiquiatra o médico con licencia del estado, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, profesional en enfermería, asistente médico u otro profesional especialista en adicciones calificado por Medicare según lo permitan las leyes estatales aplicables.*	*Paga $0 por cada sesión de terapia individual o grupal cubierta por Medicare.* ***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.	*Paga $0 por cada cirugía ambulatoria cubierta por Medicare en centros ambulatorios de hospitales y centros quirúrgicos ambulatorios.* ***Requiere autorización previa.***
Beneficio de medicamentos de venta libre (OTC) **Artículos a través de una tarjeta Flex** Este beneficio se otorga a través de una tarjeta de crédito, la cual asigna los siguientes montos por mes: Segmento 001 | Segmento 002 | Segmento 003	**No requiere autorización.**

Servicio cubierto	Lo que usted paga
| $100.00 por mes | $75.00 por mes | $75.00 por mes | Los montos de los OTC no utilizados **no se transfieren** de un mes a otro. Este beneficio se proporciona a través de una tarjeta de débito. Debe llamar al número de teléfono que figura en su tarjeta para activarla antes del uso inicial. Llame al 1-855-788-3466 (TTY 711) o visite mybenefitscenter.com/ **No canjeable por efectivo**	
Servicios de manejo del dolor Incluye reducir y manejar través de diversos enfoques, que incluyen medicamentos, fisioterapia y otras terapias, para mejorar la calidad de vida del paciente y su capacidad para desempeñarse en la vida.	Usted paga $0 por los servicios de manejo del dolor cubiertos por Medicaid.
Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos La *hospitalización parcial* es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo que se brinda como un servicio ambulatorio en un hospital o en un centro de salud mental comunitario. 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 constituye una alternativa a la hospitalización. El *servicio ambulatorio intensivo* es un programa estructurado de tratamiento activo de salud conductual (mental) que se brinda en el departamento de atención ambulatoria de un hospital, un centro de salud mental comunitario, un centro de salud calificado a nivel federal o una clínica de salud rural. Es más intensivo que la atención recibida en el consultorio del médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT) o consejero profesional con licencia pero menos intensivo que la hospitalización parcial.	*Paga $0 por cada visita.* ***La hospitalización parcial requiere autorización.*** ***El tratamiento ambulatorio intensivo no requiere autorización.***
Sistema personal de respuesta ante emergencias (PERS)	Usted paga $0 por el Sistema personal de

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Este beneficio proporciona a los afiliados un servicio de monitoreo las 24 horas del día, los 7 días de la semana, diseñado para mantenerlos seguros cuando están solos. El operador llama a una ambulancia o se pone en contacto con sus familiares para que puedan ayudarlo.	respuesta ante emergencias. **Se requiere autorización previa**
Servicios de cuidado personal Servicios de apoyo no médico que ayudan a las personas con las actividades de la vida diaria (ADL) y las actividades instrumentales de la vida diaria (IADL), permitiéndoles permanecer independientes en sus hogares.	Usted paga $0 por los servicios de cuidado personal cubiertos por Medicaid.
Servicios médicos y profesionales, incluidas las consultas médicas Los servicios cubiertos incluyen: • Atención médica o servicios quirúrgicos médicamente necesarios que reciba en el consultorio de un médico, un centro quirúrgico ambulatorio certificado, el departamento de atención ambulatoria de un hospital o cualquier otro lugar. • 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, incluidos los servicios de proveedores de atención primaria (PCP) y especialistas; sesiones individuales para servicios especializados de salud mental y servicios psiquiátricos; sesiones individuales para pacientes ambulatorios por abuso de sustancias; y servicios de urgencia. o Usted tiene la opción de obtener estos servicios en una visita en persona o mediante telemedicina. Si opta por obtener uno de estos servicios por telesalud, tiene la opción de utilizar un proveedor dentro o fuera de la red que ofrezca el servicio por telesalud.	*Paga $0 por la visita al médico de atención primaria cubierta por Medicare.* *Paga $0 por la visita al médico especialista cubierta por Medicare.* *Opciones de punto de servicio (POS):* *Paga $0 por visitas a especialistas con proveedores no participantes.* *Cobertura dentro y fuera de la red para visitas a especialistas (ÚNICAMENTE) realizadas por un Doctor en Medicina (MD) o Doctor en Medicina Osteopática (DO).* ***No requiere autorización.***

Servicio cubierto	Lo que usted paga
○ *Puede utilizar un teléfono, una computadora, una tablet u otra tecnología de video.* • 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 • Consultas de su médico con otros médicos por teléfono, Internet o una evaluación de la historia clínica electrónica	

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Segunda opinión antes de la cirugía **Los servicios cubiertos por Medicaid incluyen:** • Servicios de atención primaria proporcionados en centros de salud calificados a nivel federal	
Servicios de podología Los servicios cubiertos incluyen: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolones en el talón) • Cuidado de rutina de los pies para afiliados con ciertas afecciones médicas en las extremidades inferiores • Tratamiento del daño nervioso relacionado con la diabetes Los servicios cubiertos por Medicaid incluyen: • El diagnóstico y tratamiento de afecciones que afectan el pie, el tobillo y 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	*Paga $0 por servicios de podología cubiertos por Medicare.* ***Se requiere autorización para los beneficios estándar de Medicare, pero no para el cuidado rutinario de los pies.*** Paga $0 por servicios de podología cubiertos por Medicaid. Paga $0 por cada visita complementaria de podología. La opción de punto de servicio (POS) no está disponible para servicios de podología
Profilaxis preexposición (PrEP) para la prevención del VIH Si usted no tiene VIH, pero su médico u otro profesional de la salud determina que tiene un mayor riesgo de contraer el VIH,	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio de PrEP.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
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. • Hasta 8 sesiones de asesoramiento individual (que incluyen evaluación del riesgo de VIH, reducción del riesgo de VIH y cumplimiento terapéutico) cada 12 meses • Hasta 8 pruebas de detección del VIH cada 12 meses • Prueba de detección del virus de la hepatitis B por única vez	**No requiere autorización.**
Servicios privados de enfermería Estos servicios consisten en la prestación de atención continua e individualizada en el hogar, a cargo de enfermeras autorizadas, centrada en una amplia gama de necesidades médicas y personales, con el objetivo de ayudar a los pacientes a mantener su independencia y calidad de vida en su propio hogar. Estos servicios pueden variar desde atención de enfermería especializada hasta asistencia con las actividades de la vida diaria.	Usted paga $0 por los servicios de enfermería privada cubiertos por Medicaid.
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	Paga $0 por dispositivos protésicos y suministros médicos cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
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. **Los servicios de suministro cubiertos por Medicaid incluyen:** • Una gama de productos y servicios especializados diseñados para ayudar a personas con necesidades médicas específicas relacionadas con el control de la vejiga o los intestinos, ostomías (aberturas quirúrgicas en el cuerpo) y tratamiento de heridas. • Equipos especializados, suministros y fórmulas nutricionales a personas que requieren ayuda con la alimentación debido a condiciones médicas. Estos servicios pueden prestarse en el hogar o en un entorno comunitario y están diseñados para garantizar una nutrición e hidratación adecuadas cuando la ingesta oral es insuficiente.	**Requiere autorización previa.** Usted paga $0 por los servicios de suministros cubiertos por Medicaid.
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 $0 por los servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.* ***Requiere autorización previa y derivación.***
Servicios reproductivos	Usted paga $0 por los servicios reproductivos cubiertos por Medicaid.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Una amplia gama de servicios médicos, quirúrgicos, de asesoramiento y educativos relacionados con el sistema reproductivo humano.	
Servicios de terapia y del sistema respiratorio • Atención médica centrada en el diagnóstico, tratamiento y control de afecciones que afectan los pulmones y la respiración. • La evaluación, el tratamiento y el manejo de pacientes con trastornos respiratorios y cardiopulmonares.	Usted paga $0 por los servicios de terapia y del sistema respiratorio cubiertos por Medicaid.
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.	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
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 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.	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
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.	
Servicios para tratar la enfermedad renal Las 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 seis sesiones de servicios de educación sobre la enfermedad renal de por vida • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando 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 (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**.**	Paga $0 por los servicios de Medicare para tratar la enfermedad renal. **Puede ser necesaria autorización previa.**
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)	

Servicio cubierto	Lo que usted paga
(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) • 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 entera 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, recibe atención en centros de enfermería especializada de la red. Sin embargo, bajo ciertas 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	*Paga $0 por atención en un centro de enfermería especializada.* ***Requiere autorización previa.***

Servicio cubierto	Lo que usted paga
(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	
Dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) El asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco está cubierto para pacientes ambulatorios y hospitalizados que cumplan con estos criterios: • 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).	No hay coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y consumir tabaco cubiertos por Medicare. **No requiere autorización.**
Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas *Los siguientes beneficios son beneficios complementarios especiales que se aplican a las siguientes enfermedades: Consumo crónico de alcohol y otros trastornos por abuso de sustancias (SUD); trastornos autoinmunitarios; cáncer; trastornos cardiovasculares; insuficiencia cardíaca crónica; demencia; diabetes mellitus; sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico; enfermedad gastrointestinal crónica; enfermedad renal crónica (ERC); trastornos hematológicos graves; VIH/SIDA; trastornos pulmonares crónicos; afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes; trastornos neurológicos; accidente cerebrovascular; cuidado posterior al trasplante de órganos; inmunodeficiencia y trastornos inmunosupresores; afecciones*	Paga $0 por estos beneficios.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
asociadas con deterioro cognitivo; afecciones con desafíos funcionales; afecciones crónicas que afectan la visión, la audición (sordera), el gusto, el tacto y el olfato; afecciones que requieren servicios de terapia continuos para que las personas mantengan o conserven el funcionamiento. No todos los afiliados califican. **Comidas preparadas en función de necesidades médicas** El beneficio incluye comidas congeladas adaptadas específicamente a las necesidades o restricciones de la dieta del afiliado por hasta 30 días (3 comidas por día, un total de 90 comidas al año). **Asistencia Alimentaria Saludable (SSBCI) **** El beneficio incluye los montos que se indican a continuación por mes para la compra de alimentos saludables en tiendas participantes. El beneficio no se transfiere de un mes a otro. Este beneficio se ofrece a través de una tarjeta de débito. Segmento: 001 | Segmento: 002 | Segmento: 003 $210.00 por mes | $185.00 por mes | $170.00 por mes **Apoyo General para la Vida (SSBCI)**** El beneficio incluye: los afiliados elegibles recibirán un subsidio mensual para servicios públicos, entregado a través de una tarjeta flexible prepagada emitida por el plan, que se puede aplicar al costo de los siguientes servicios públicos en el lugar de residencia principal del afiliado: servicios de electricidad, gas, agua y alcantarillado. El monto de la asignación es fijo cada mes y no se puede acumular, combinar con otras asignaciones del plan ni convertir en efectivo. Segmento: 001 | Segmento: 002 | Segmento: 003 $61.00 por mes | $56.00 por mes | $51.00 por mes	**Requiere autorización previa.**
Servicios terapéuticos especializados	**Usted paga $0 por los servicios terapéuticos**

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Una variedad de intervenciones diseñadas para abordar problemas específicos de salud mental, desarrollo o comportamiento.	**especializados cubiertos por Medicaid.**
Línea directa de enfermería disponible las 24 horas, los 7 días de la semana Este beneficio proporciona a los afiliados acceso a una línea de asesoramiento de enfermería disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, atendida por enfermeras tituladas y registradas. Este beneficio proporciona a los afiliados acceso telefónico a orientación clínica, educación sobre la salud y apoyo para el triaje en cualquier momento. Las enfermeras registradas ayudarán a los afiliados a evaluar los síntomas, determinar el nivel de atención adecuado (como una visita programada al médico, atención de urgencia o servicios de emergencia) y proporcionar información de salud basada en la evidencia. Las enfermeras también pueden brindar orientación sobre cuestiones relacionadas con la medicación, el manejo de enfermedades, las instrucciones posteriores al alta y la atención preventiva.	Usted paga $0 por el servicio de línea directa de enfermería disponible las 24 horas, los 7 días de la semana. **No requiere autorización.**
Terapia de ejercicio supervisado (SET) La terapia de ejercicio supervisado (SET) está cubierta para afiliados que tienen enfermedad arterial periférica sintomática (PAD) *y* una derivación por PAD del médico responsable de su tratamiento. 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 prestado por personal auxiliar calificado, capacitado en terapia de ejercicio para la enfermedad arterial periférica (EAP), cuya intervención sea necesaria para garantizar que los beneficios superen los riesgos.	Paga $0 por terapia de ejercicios cubierta por Medicare. **Requiere autorización previa y derivación.**

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• 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 básicas y avanzadas. Además de las 36 sesiones durante 12 semanas, se puede cubrir la SET para 36 sesiones adicionales durante un período prolongado si un proveedor de atención médica considera que es necesaria por razones médicas.	
Beneficio de transporte Este beneficio cubre viajes de ida y vuelta de rutina, que no sean de emergencia, a lugares relacionados con la salud aprobados por el plan, como consultorios de proveedores, instalaciones médicas y citas de audición y visión. Debe utilizar el proveedor de transporte aprobado por el plan y programar los viajes con 48 horas de anticipación (excluidos los fines de semana). Debe coordinar sus necesidades de transporte con Servicios para Afiliados al 1-833-FC2-PLAN (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Se permite un acompañante por viaje (el acompañante debe tener 18 años). En algunos viajes es posible que tengas que compartir el viaje con otros pasajeros. Los viajes son servicios de acera a acera. Puede solicitar con anticipación vans con acceso para sillas de ruedas. Se aplica un límite de kilometraje por viaje si se solicita un viaje a un lugar de servicio que supere las 100 millas de su hogar o residencia. Los modos de transporte aprobados pueden incluir: • Taxi • Servicios de viajes compartidos	Usted paga $0. **No requiere autorización.**

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Autobús o van Puede obtener más información llamando a Servicios para Afiliados cuando solicite ayuda para coordinar sus necesidades de transporte. Deberá proporcionar una hora aproximada de recogida para el viaje de ida y el de regreso. Se le emitirá un número para que pueda realizar el seguimiento de su viaje.	
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. Algunos ejemplos de servicios urgentes son los que recibe por 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.	*Paga $0 por los servicios de urgencia cubiertos por Medicare.* **No requiere autorización.**
Cuidado de la vista 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	*Paga $0 por cada examen cubierto por Medicare.* *Paga $0 por un examen ocular de rutina cada año.* *Paga $0 por anteojos cada año hasta el monto de la asignación.*

Servicio cubierto	Lo que usted paga
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 • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluye la inserción de una lente intraocular. Si tiene 2 operaciones de cataratas separadas, no puede guardar el beneficio después de la primera cirugía y comprar 2 anteojos después de la segunda cirugía Además del beneficio cubierto por Medicare, el plan cubre beneficios no cubiertos por Medicare Original: • $400.00 anuales (anteojos, lentes y marcos o lentes de contacto) • Un examen de rutina adicional	**No requiere autorización.**
Visita preventiva de bienvenida a Medicare Nuestro plan cubre la visita preventiva única de *Bienvenida 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 de *Bienvenida 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 de *Bienvenida a Medicare*.	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva de *bienvenida a Medicare*. **No requiere autorización.**

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

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

- Atención de acompañantes para adultos
- Atención médica diurna para adultos
- Vida asistida
- Cuidado de enfermería por acompañante
- Coordinación de atención o administración de casos
- Capacitación de cuidadores
- Adaptación/accesibilidad en el hogar
- Servicios de domésticos
- Enfermería especializada e intermitente
- Administración de medicamentos
- Control de medicamentos
- Evaluación nutricional o reducción de riesgo
- Cuidado personal
- Cuidado de relevo

SECCIÓN 4 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan

En esta sección se indican qué servicios están excluidos.

El siguiente cuadro enumera los servicios y artículos que no están cubiertos por nuestro plan bajo ninguna circunstancia o que están cubiertos por nuestro plan solo en determinadas condiciones.

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 si se apela la decisión sobre el servicio y se decide: una vez que se apeló que es un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que tomamos con respecto a no cubrir un servicio médico, consulte el Capítulo 9, Sección 6.3).

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 una 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)
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 no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en circunstancias específicas
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
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

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

Como reúne los requisitos para recibir Medicaid, también reúne los requisitos para recibir la Ayuda Adicional de Medicare y ya la está recibiendo para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. Como participa en el programa de Ayuda Adicional, parte de la información de esta Evidencia de cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplica a usted. 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 subsidio por bajos ingresos o Anexo LIS) que le brinda información sobre la cobertura de medicamentos. Si no tiene este documento, llame a Servicios para Afiliados al 1-844-740-0625 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pregunte por el Anexo LIS. (Los números de teléfono de Servicios para Afiliados están impresos en la contraportada de este documento).

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

Consulte 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.

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados están cubiertos por sus beneficios de Medicaid. La Lista de medicamentos recetados le indica cómo obtener información sobre su cobertura de medicamentos de Medicaid. 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 válida conforme a 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 su plan.
- Su medicamento debe estar en la Lista de Medicamentos de nuestro plan (Vaya a la Sección 3).
- Su medicamento debe administrarse por una indicación médica aceptada. (Una “indicación médicamente 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 detalles).

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 cubrimos las 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 los medicamentos 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 solicitar ayuda a 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 cuidados 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 centro de atención a largo plazo, 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 cuyo uso está restringido por la FDA a determinados lugares o que requieren un manejo especial, coordinación con el proveedor de atención médica o educación sobre su uso. Para buscar una farmacia

especializada, consulte su Directorio de farmacias, (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 usar el servicio de pedidos por correo de la red de nuestro plan. Por lo general, los medicamentos que se proporcionan a través del servicio de pedido por correo son medicamentos que toma regularmente para tratar una afección médica crónica o de larga duración.

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 indicaciones para los medicamentos que se entregan en su domicilio.

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

Nuevas recetas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico. La farmacia surtirá y entregará automáticamente las nuevas recetas que reciba de los proveedores de atención médica, sin consultarle primero, si se cumple alguna de las siguientes condiciones:

- 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 la farmacia no se comunicó con usted para confirmar si la quería antes de enviarla, es posible que reúna los requisitos para recibir un reembolso.

Si utilizó el servicio de pedidos por correo anteriormente y no desea que la farmacia surta y envíe automáticamente cada nueva receta, llame a Judi Rx al 1-844-740-0625 (TTY: 711) y siga las indicaciones para los medicamentos que se entregan en su domicilio.

Si nunca utilizó nuestro servicio de pedidos por correo o decide dejar de recibir el surtido automático de recetas nuevas, la farmacia se comunicará con usted cada vez que reciba una nueva receta de un proveedor de atención médica para preguntarle si desea que se surta y se envíe el medicamento de inmediato. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunique con usted para indicar si desea que envíe, demore o cancele la nueva receta.

Para dejar de recibir automáticamente las nuevas recetas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su proveedor de atención médica, llame a Judi Rx al

1-844-740-0625 (TTY: 711) y siga las indicaciones para los medicamentos que se entregan 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 virtud de este programa, comenzamos a procesar automáticamente el siguiente resurtido cuando nuestros registros indican que probablemente esté por quedarse sin el medicamento. La farmacia se comunicará con usted antes de enviar cada resurtido para confirmar que necesita más medicamento. Puede cancelar los resurtidos programados si tiene suficiente medicamento o si su tratamiento ha cambiado.

Si decide no utilizar nuestro programa de resurtido automático, pero desea que la farmacia de pedidos por correo le envíe los medicamentos recetados, comuníquese con la farmacia *14* días antes de que se le acabe el medicamento que está tomando. Esto garantizará que su pedido se envíe a tiempo.

Para dejar de participar en el programa de resurtido automático (Auto Refill), que prepara automáticamente los resurtidos por correo, llame a Judi Rx al *1-844-740-0625* (TTY: 711) y siga las indicaciones para los medicamentos que se entregan en su domicilio. Si recibe automáticamente por correo un resurtido que no desea, es posible que reúna los requisitos para recibir un reembolso.

Sección 2.3 Cómo obtener un suministro de medicamentos para un período prolongado

Cuando obtiene un suministro de medicamentos para un período prolongado, es posible que su costo compartido sea menor. Nuestro plan ofrece dos maneras de obtener un suministro de medicamentos de mantenimiento para un período prolongado (también llamado suministro extendido) incluidos en la Lista de medicamentos del plan. (Los medicamentos de mantenimiento son los que toma regularmente para una enfermedad crónica o de larga duración).

1. Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. En el Directorio de farmacias, fc2healthplan.com/find-a-provider/, se le indica qué farmacias de nuestra red pueden proporcionarle un suministro de medicamentos de mantenimiento para un período prolongado. 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 2.2 para obtener más información.

Sección 2.4 Uso de una farmacia que no pertenece a la red de nuestro plan

Por lo general, cubrimos medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red *solo* cuando no puede hacerlo en una farmacia de la red.También tenemos farmacias dentro de la red fuera de nuestra área de servicio donde puede surtir sus recetas como afiliado de nuestro plan. **Consulte primero con Servicios para Afiliados al 1-844-740-0625 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)** para averiguar si hay alguna farmacia de la red cerca de usted.

Cubrimos las recetas surtidas en una farmacia fuera de la red únicamente 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 a usted lo evacúan o sacan de su hogar debido a un aviso de desastre federal u otra declaración de emergencia de salud pública.
- Una vacuna o medicamento administrado en el consultorio de su médico.
- Incluso si cubrimos los medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red, es posible que pague más de lo que 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.
- En estas situaciones, verifique primero con Servicios para Afiliados si hay una farmacia de la red cerca. (Los números de teléfono de Servicios para Afiliados están impresos en la contraportada de este folleto). Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia de la red.

Si debe utilizar una farmacia fuera de la red, por lo general tendrá que pagar el costo total del medicamento al momento de surtir la receta. Puede solicitarnos un reembolso. (Consulte el Capítulo 7, Sección 2, para obtener información sobre cómo solicitar que nuestro plan le reembolse el dinero). 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 figurar 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.**

Los medicamentos incluidos en esta lista son seleccionados por nuestro plan 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 incluye únicamente los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare. Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados están cubiertos por los beneficios de Medicaid. La Lista de medicamentos le indica cómo averiguar qué cobertura de medicamentos tiene a través de Medicaid. Por lo general, cubrimos los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos de nuestro plan, siempre que usted cumpla las demás reglas de cobertura que se explican en este capítulo y utilice el

medicamento para una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es un uso del medicamento que cumple al menos una de las siguientes condiciones:

- Está aprobado por la FDA para el diagnóstico o la afección para la que se receta, o
- Está respaldado por determinadas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y Micromedex DRUGDEX Information System.

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 los 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, según la ley estatal, pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituir a los medicamentos de marca.

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

Medicamentos que no figuran 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 conseguir un medicamento que no esté en nuestra Lista de medicamentos. (Para más información, consulte el Capítulo 9).
- En algunos casos, los medicamentos excluidos por Medicare pueden estar cubiertos por su cobertura de medicamentos de Medicaid bajo ciertas condiciones. Para obtener más información, puede consultar la lista estatal de medicamentos recetados en el sitio web de AHCA en ahca.myflorida.com.

Sección 3.2 *Los 5 niveles de costo compartido de los medicamentos de la Lista de medicamentos*

Cada medicamento de la Lista de medicamentos de nuestro plan pertenece a uno de los 5 niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto sea el nivel, mayor será el costo del medicamento para usted:

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

- Nivel 2: Medicamentos genéricos: copago de $0
- Nivel 3: Medicamentos de marcas preferidas: copago de $0
- Nivel 4: Medicamentos no preferidos: copago de $0
- Nivel 5: Medicamentos especializados: copago de $0

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 figura en la Lista de medicamentos

Para saber si un medicamento figura 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). 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 (https://app.cap-rx.com/?client=FC2-Members para buscar medicamentos en la Lista de medicamentos, obtener una estimación de lo que pagará y consultar 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 nuestro 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 de menor costo y seguro puede ofrecer los mismos resultados médicos que uno más costoso, las reglas de nuestro plan están diseñadas para alentarlo a usted y a su proveedor de atención médica a utilizar la opción de menor costo.

Tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra Lista de medicamentos. Esto se debe a que un mismo medicamento puede presentarse en distintas concentraciones, cantidades o formas, según lo recetado por su proveedor de atención médica. Además, pueden aplicarse distintas restricciones o distintos costos compartidos a cada presentación (por ejemplo, 10 mg frente a 100 mg; una dosis al día frente a dos dosis al día; comprimidos frente a líquido).

Sección 4.2 Tipos de restricciones

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general 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 nuestro plan no cubra el medicamento. Puede consultar los criterios de autorización previa de nuestro plan 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 y el Medicamento A es menos costoso, nuestro plan puede requerir que primero pruebe el Medicamento A. Si el Medicamento A no funciona en su caso, entonces nuestro plan cubrirá el Medicamento B. Este requisito de probar un medicamento diferente primero se llama terapia escalonada. Puede consultar los criterios de terapia escalonada de nuestro plan 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 tiene la cobertura que usted desea

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 está sujeto a restricciones. Por ejemplo:

- Es posible que el medicamento no tenga ninguna cobertura. También puede ocurrir que esté cubierto un medicamento genérico, pero no la versión de marca que usted desea tomar.

- El medicamento está cubierto, pero existen reglas o restricciones adicionales para la cobertura.

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

- 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 las restricciones que se le aplican.

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 de nuestro plan o estar ahora sujeto a alguna restricción.**

- **Si es un afiliado nuevo,** cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante sus primeros **90 días** como afiliado de nuestro plan.
- **Si ya estaba afiliado a 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 su receta es para una cantidad de días menor, le permitiremos surtirla varias veces hasta completar un máximo de 30 días de medicamento. La receta debe surtirse en una farmacia dentro de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia del centro de cuidados a largo plazo puede proporcionar el medicamento en pequeñas cantidades a la vez para evitar el desperdicio).
- **Para los afiliados que llevan más de 90 días en nuestro plan, viven en un centro de cuidados 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 la receta está indicada para un período más corto. 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 cuidados a largo plazo), su médico o farmacia pueden solicitar un suministro temporal del medicamento. Este suministro temporal (hasta 30 días) le dará tiempo para hablar con su médico sobre el cambio en la cobertura.

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

Mientras utiliza un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor de atención médica para decidir qué hacer cuando se le acabe. Tiene dos opciones:

Opción 1. Puede cambiar por otro medicamento

Hable con su proveedor de atención médica para determinar si otro medicamento cubierto por nuestro plan puede ser igual de eficaz para usted. 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 traten 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 de atención médica pueden solicitar a nuestro plan una excepción para que cubra el medicamento de la manera que usted desea. Si su proveedor considera que existen razones médicas que justifican la solicitud de una excepción, puede ayudarle a solicitarla. Por ejemplo, puede pedirle a nuestro plan que cubra un medicamento aunque no figure en nuestra Lista de medicamentos. También puede pedirle a nuestro plan que haga una excepción para cubrir el medicamento sin restricciones.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9, Sección 7.4 para saber qué hacer. Allí se explican los procedimientos y los plazos establecidos por Medicare para garantizar que su solicitud se tramite de manera oportuna y justa.

SECCIÓN 6 Nuestra Lista de medicamentos puede cambiar durante el año

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

- **Agregar o eliminar medicamentos de la Lista de medicamentos**.
- **Agregar o eliminar una restricción en la cobertura de un medicamento**.
- **Reemplazar un medicamento de marca por una versión genérica del mismo medicamento.**
- Reemplazar un producto biológico original por una versión biosimilar intercambiable de ese 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.**
    - Podemos retirar de inmediato de la Lista de medicamentos un medicamento similar, trasladarlo a otro nivel de costo compartido, agregar nuevas restricciones o hacer ambas cosas. La nueva versión del medicamento tendrá las mismas restricciones o menos.
    - Realizaremos estos cambios inmediatos únicamente 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 de inmediato y notificárselo después, incluso si usted toma el medicamento que retiramos o modificamos. Si toma el medicamento similar en el momento en que realizamos el cambio, le informaremos sobre cualquier modificación específica 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 versión del medicamento que agreguemos tendrá las mismas restricciones o menos.
    - 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 las advertencias destacadas de la FDA o en 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 ha estado tomando. Para obtener más información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción, consulte el Capítulo 9.

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

Podemos hacer ciertos cambios en la Lista de medicamentos que no se describen anteriormente. En estos casos, el cambio no se aplicará a usted si está tomando el medicamento cuando se realice la modificación. Sin embargo, es probable que estos cambios le afecten a partir del 1 de enero del siguiente año del plan, si continúa afiliado al 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 ni Medicare ni Medicaid pagan estos medicamentos.

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). Si el medicamento está excluido, deberá pagarlo usted mismo.

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 referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y Micromedex DRUGDEX Information System. *Uso no aprobado* es cualquier uso del medicamento distinto al indicado en la etiqueta como lo aprobó la Administración de Alimentos y Medicamentos.

Además, conforme a la ley, Medicare y Medicaid no cubren las categorías de medicamentos que se enumeran a continuación: Sin embargo, algunos de estos medicamentos podrían estar cubiertos por su plan de medicamentos de Medicaid bajo ciertas condiciones. Para obtener más información sobre las exclusiones de Medicaid, puede consultar la Lista de medicamentos recetados del estado en el sitio web de AHCA en ahca.myflorida.com.

- 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 medicamentos recetados, 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 afiliado a nuestro plan (que figura en su tarjeta de afiliado) a la farmacia de la red que elija. La farmacia de la red facturará automáticamente a nuestro plan el costo de su medicamento. Deberá pagarle a la farmacia *su* parte del costo cuando retire sus medicamentos.

Si no tiene con usted sus datos de afiliado a nuestro plan, usted o la farmacia pueden llamar a nuestro plan para obtenerlos, o puede pedirle al personal de la farmacia que busque sus datos.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que deba pagar el costo total de la receta al retirar el medicamento.** Luego, puede **solicitarnos un reembolso.** 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 cuidados a largo plazo (LTC)

Habitualmente, un centro de cuidados 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 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 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 de cuidados a largo plazo 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 ayudarle a determinar cómo funcionará su cobertura actual de medicamentos recetados con nuestro plan.

En general, si tiene cobertura grupal para empleados o jubilados, la cobertura de medicamentos que 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 ¿Qué sucede 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 su proveedor de cuidados paliativos que indique que el medicamento no está relacionado para que nuestro plan pueda cubrirlo. Para evitar demoras en la recepción de estos medicamentos que debería cubrir nuestro plan, solicite a su proveedor de cuidados paliativos o profesional autorizado para recetar que envíe la 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

Hacemos revisiones de uso de medicamentos para ayudar a garantizar que nuestros afiliados reciban 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, coordinaremos con su proveedor para corregirlo.

Sección 10.1 Programa de Gestión 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 Gestión 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 en colaboración con sus profesionales autorizados para recetar determinamos que tomar opioides o benzodiazepinas recetados no es 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 mantenemos nuestra denegación de 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 de células falciformes, está recibiendo cuidados paliativos o atención para pacientes terminales o vive en un centro de cuidados a largo plazo.

Sección 10.2 Programa de Gestión de Terapias con Medicamentos (MTM) para ayudar a los afiliados con el manejo de sus medicamentos

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros afiliados que tienen necesidades complejas de salud. Nuestro programa se llama Programa de Gestión de Terapias con Medicamentos (MTM). Este programa es voluntario y gratis. 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 miembros del programa MTM recibirán información sobre la eliminación segura de medicamentos recetados que son sustancias controladas.

Es una buena idea hablar con su médico sobre 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, solo debe notificarnos y lo daremos de baja. Si tiene preguntas sobre este programa, llame a Servicios para Afiliados al 1-844-740-0625 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 11 En su Explicación de Beneficios de la Parte D aparece la etapa de pago en la que usted 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:** son los gastos que usted pagó. Esto incluye lo que pagó por un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago de sus medicamentos realizado por familiares o amigos, y cualquier pago de sus medicamentos realizado mediante la Ayuda Adicional de Medicare, planes de salud de empleadores o sindicatos, el 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 pagaron usted y otras personas en su nombre.
- **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.** En esta información se mostrará el precio total del medicamento, cambios en los precios desde el primer surtido por cada reclamo de medicamentos recetados por la misma cantidad.
- **Medicamentos recetados alternativos de menor costo disponibles.** Esto muestra información sobre otros medicamentos disponibles con costos compartidos más bajos para por 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 qué recetas 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 determinadas personas y organizaciones 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 a Servicios para Afiliados al 1-844-740-0625 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Asegúrese de guardar estos informes.

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

Usted no paga nada por los medicamentos de la Parte D cubiertos por nuestro plan.

CAPÍTULO 7: Cómo solicitarnos que paguemos una factura 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

Nuestros proveedores de la red facturan directamente al plan por los servicios y medicamentos cubiertos. Si recibe una factura por la atención médica o los medicamentos que recibió, debe enviárnosla para que la paguemos. Cuando nos envíe una factura, la analizaremos y decidiremos si se deben cubrir los servicios y los medicamentos. Si decidimos que deberían cubrirse, le pagaremos al proveedor directamente.

Si ya pagó por un servicio o artículo de Medicare cubierto por el plan, puede solicitarle al plan que le devuelva el dinero (esta devolución a menudo se denomina reembolso). Usted tiene derecho a que nuestro plan le haga un reembolso cuando haya pagado más por servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan. Puede haber fechas límite que debe cumplir para recibir el reembolso. Consulte la Sección 2 de este capítulo. Cuando nos envíe la factura que ya pagó, la analizaremos y decidiremos si se deben cubrir los servicios y los medicamentos. Si decidimos que deben cubrirse, le reembolsaremos los servicios o medicamentos.

Puede haber ocasiones en que reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que recibió o por más del costo compartido. Primero intente resolver la discrepancia en 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**
    - Puede recibir servicios de emergencia o de urgencia de cualquier proveedor, esté o no en nuestra red. En estos casos, solicite al proveedor que le facture a nuestro plan.
    - Si paga el monto total al momento de recibir la atención, debe solicitarnos un reembolso. 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 le corresponde. Envíenos esa factura, junto con la documentación de los pagos que realizó.
    - Si se le debe algo al proveedor, le pagaremos directamente a él.
    - Si usted ya pagó por el servicio, se lo reembolsaremos.

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 al plan directamente. Pero a veces cometen errores y le piden que pague más por sus servicios.

- Cuando reciba una factura de un proveedor de la red, envíenosla. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya pagó una factura a un proveedor de la red, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya hecho. Pídanos un reembolso por los servicios cubiertos.

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 solicitarnos un reembolso. 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 el reclamo directamente. Si esto sucede, deberá pagar el costo total de sus medicamentos con 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 un medicamento recetado 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 del medicamento recetado.

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 enviarnos su reclamo en un plazo de 12 meses** a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

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

Florida Complete Care - Claims Department
PO Box 21688
Eagan, MN 55121

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

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

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento está cubierto y usted siguió todas las reglas, pagaremos nuestra parte del costo del servicio o el medicamento. Si ya pagó el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo su reembolso de nuestra parte del costo. Si pagó el costo total de un medicamento, es posible que no le reembolsemos el monto total que pagó (por ejemplo, si surtió un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó por un medicamento es más alto que nuestro precio negociado). Si aún no 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 de la atención o del medicamento. 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 en 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 obrar con sensibilidad cultural

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 o sean de diversos orígenes culturales y étnicos. Algunos ejemplos de cómo nuestro plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la prestación de servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipo 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 recibir información de nuestra parte en el formato que le resulte más conveniente, llame a Servicios para Afiliados al 1-833-FC2-PLAN (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 oficiales) del 1 de abril al 30 de septiembre.

Nuestro plan debe brindar a las mujeres inscritas la opción de acceso directo a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para 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 encontrar proveedores fuera de la red que puedan proporcionarle la atención necesaria. En este caso, usted solo pagará el costo compartido por servicios 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 con el mismo costo compartido que si consultara a un profesional dentro de la red.

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, consultar especialistas en salud de la mujer o encontrar un

especialista de la red, llame para presentar una queja al 1-833-FC2-PLAN, 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 oficiales) del 1 de abril al 30 de septiembre. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

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 personas de diversas culturas y orígenes étnicos. Algunos 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 a la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

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

Usted 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. También tiene derecho a acudir a un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin una derivación.

Tiene derecho a conseguir citas y recibir 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 de un representante legal a quien le haya otorgado poder legal para tomar decisiones en su nombre.*
- 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, que en general exigen que no se comparta información que permita identificarlo.

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 sobre intercambio de información de salud en fc2healthplan.com/HealthInformationSharing. Allí encontrará información que le ayudará 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 un cargo por hacer copias. También tiene derecho a pedirnos que agreguemos datos o corrijamos su historia clínica. Si nos solicita que hagamos esto, coordinaremos 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). 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.

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

Usted, en su caracter de afiliado de Florida Complete Care-Duals VIP (HMO-POS D-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): 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.

- **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 expliquen odas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, independientemente del costo o la cobertura de 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 personalmente.
- **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 sus directivas anticipadas:

- **Obtenga el formulario.** Puede pedirle un formulario de directiva anticipada a su abogado, un trabajador social o en una tienda de artículos de oficina. A veces, se pueden obtener formularios de instrucciones anticipadas en organizaciones que brindan información sobre Medicare. Para solicitar los formularios, también puede llamar a Servicios para Afiliados al 1-833-FC2-PLAN (los usuarios de TTY puede llamar al 711). El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana (excepto Acción de Gracias y Navidad) del 1 de octubre al 31 de marzo y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (excepto feriados oficiales) 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 en su nombre 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 una directiva anticipada, **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 directiva anticipada (incluso si desea firmar uno si está en el hospital). Según la ley, nadie puede negarle atención ni discriminarlo por haber firmado o no instrucciones anticipadas.

Si no se siguen sus instrucciones

Si firmó una directiva anticipada y cree que un médico u hospital no la ha respetado, puede presentar una queja al programa SHINE del Departamento de Asuntos sobre la Vejez 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, como 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, estado de salud, origen étnico, credo (creencias), edad o nacionalidad, llame 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 a su 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 por las siguientes vías:

- **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 pueden 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: Medicare Rights & Protections)
    - Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048)

SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como afiliado de nuestro plan

A continuación se describe lo que usted debe hacer como afiliado del plan. Si tiene preguntas, llame a Servicios para Afiliados al 1-833-FC2-PLAN (los usuarios de TTY pueden 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 oficiales) del 1 de abril al 30 de septiembre.

- **Conocer sus servicios cubiertos y las reglas que debe seguir para obtenerlos.** Consulte 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.
- **Informarnos si tiene otra cobertura de seguro de salud o de medicamentos además de nuestro plan.** El capítulo 1 le informa cómo coordinar estos beneficios.
- **Informar a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan. Presente su tarjeta de afiliado del plan cada vez que reciba atención médica o medicamentos de la Parte D.**
- **Colaborar 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 conozcan 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.
- **Ser considerado.** 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.
- **Pagar lo que le corresponde.** Como afiliado del plan, usted es responsable de estos pagos:
  - Debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo afiliado de nuestro 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, no puede seguir siendo afiliado de nuestro plan.**
- **Si se muda, informe 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 los procesos para manejar problemas y preocupaciones: El proceso que utilice para solucionar su problema dependerá del tipo de problema que tenga:

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

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

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

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 que necesita, incluimos estos términos legales cuando le damos detalles para abordar situaciones específicas.

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. Hay dos organizaciones que pueden ayudarle:

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 ayudarle 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.

Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE) (Florida SHIP) - Información de contacto	
Llame al	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/

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

Puede obtener ayuda e información de Medicaid

Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud (Programa de 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 3 Cómo es el proceso de quejas y apelaciones de Medicare y Medicaid

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

En ocasiones, los procesos de Medicare y Medicaid no están combinados. En esas situaciones, se utiliza un proceso de Medicare para un beneficio cubierto por Medicare y un proceso de Medicaid para un beneficio cubierto por Medicaid. Estas situaciones se explican en **la Sección 6.4**.

SECCIÓN 4 Qué proceso se usa para su problema

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

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

Esto incluye problemas sobre si la atención médica (artículos 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 5, Guía para las determinaciones de cobertura y apelaciones.**

No.

Vea la **Sección 11, 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 5 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 relacionadas con la cobertura, por ejemplo, si algo está cubierto o no y cómo se cubre.

Solicitud de decisiones de cobertura antes de recibir servicios

Si desea saber si cubriremos un servicio de atención médica antes de recibirlo, 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 al que fue derivado nunca está cubierto bajo ninguna circunstancia. Usted o su médico pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico en particular o si se niega a brindarle la atención médica que usted cree que necesita.

En circunstancias limitadas se desestimará una decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuándo se desestimará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted solicita que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de 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 cada vez que decidimos qué está cubierto para usted y cuánto pagaremos. En algunos casos, podríamos decidir que el plan no cubre o dejó de cubrir su atención médica. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Presentar una apelación

Si tomamos una decisión de 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.

Hay algunas circunstancias en la que podemos desestimar una apelación de nivel 1, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuándo se desestimará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted pide que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de apelación de nivel 1, enviaremos un aviso explicando por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Si rechazamos toda o parte de su apelación de nivel 1 de atención médica, su apelación pasará automáticamente a una apelación de nivel 2, que procesa una organización de revisión independiente que no está relacionada con nosotros.

- No necesita hacer nada para iniciar una apelación de nivel 2. Las reglas de Medicare requieren que pasemos automáticamente su apelación de atención médica al nivel 2 si no estamos completamente de acuerdo con su apelación de nivel 1.
- Consulte la **Sección 6.4** de este capítulo para obtener más información sobre apelaciones de nivel 2 por atención médica.
- Las apelaciones de la Parte D se analizan con más detalle en la Sección 7 de este capítulo.

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

Sección 5.1 Para obtener ayuda para solicitar una decisión de cobertura o para 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 u otro proveedor de atención médica puede realizar 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 en FC2healthplan.com.
    - Para atención médica, su médico o otro profesional de atención médica puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de nivel 1 en su nombre. Si su apelación se rechaza en el nivel 1, se enviará automáticamente al nivel 2.
    - Si su médico u otro proveedor de salud solicita que usted continúe recibiendo un servicio o artículo que ya está recibiendo durante su apelación, **es posible**

que deba nombrar a su médico u otro profesional autorizado para recetar como su representante para que actúe en su nombre.

- 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.** Usted puede nombrar a otra persona para que actúe en su nombre como su representante para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.

Si desea que un amigo, familiar u otra persona sea su representante, llame a Servicios para Afiliados al 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526) (los usuarios de TTY pueden 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 en FC2healthplan.com. El formulario autoriza a esa persona a actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que desea que actúe en su nombre. Debe entregarnos una copia del formulario firmado.

- Podemos aceptar una solicitud de apelación de un representante sin el formulario, pero no podemos iniciar o 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 una organización de revisión independiente revise nuestra decisión de desestimar su apelación.

- **Tiene derecho a contratar un abogado.** Puede comunicarse con su abogado o averiguar el nombre de un abogado en el colegio de abogados local u otro servicio de derivaciones. También hay grupos que le brindarán servicios legales gratuitos si es elegible. Sin embargo, **no está obligado a contratar un abogado** para solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión.

Sección 5.2 Reglas y plazos para diferentes situaciones

Hay 4 situaciones diferentes relacionadas con las decisiones de cobertura y las apelaciones. Cada situación tiene diferentes reglas y plazos, damos los detalles de cada una de estas situaciones:

- **Sección 6:** “Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- **Sección 7:** “Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- **Sección 8:** “Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada si cree que le están dando de alta demasiado pronto”
- **Sección 9:** Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo determinados servicios médicos si cree que su cobertura 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). Puede obtener ayuda o información de organizaciones de SHIP.

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

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

Sus beneficios de atención médica se describen en el Capítulo 4, en el 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 recibe la atención médica que desea y cree que nuestro plan cubre esta atención. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.2:**
2. Nuestro plan se niega a aprobar la atención médica que su médico u otro proveedor de atención médica desean brindarle y usted cree que el plan cubre la atención. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.2:**
3. Recibió atención médica que cree que nuestro plan debería cubrir, pero dijimos que no pagaremos esta atención. **Presente una apelación. Sección 6.3:**
4. Recibió y pagó atención médica que considera que el plan debería cubrir y desea solicitarle a nuestro plan que le reembolse esta atención. **Envíenos la factura. Sección 6.5:**
5. Se le informa que la cobertura de determinada atención médica que ha estado recibiendo y aprobamos previamente se reducirá o suspenderá y cree que reducir o suspender esta atención podría dañar su salud. **Presente una apelación. Sección 6.3:**

   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 8 y 9. Se aplican reglas especiales a estos tipos de atención.

Sección 6.2 Cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales:

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

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

Paso 1: Determine 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 dentro de las 72 horas, para servicios médicos, y 24 horas para medicamentos de la Parte B.

- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si las fechas límite estándar podrían *causar daños graves a su salud o afectar su capacidad funcional.*
- **Si su médico nos informa que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente aceptaremos darle una decisión de cobertura rápida.**
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el apoyo de su médico, determinaremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que se explica lo siguiente:
    - que utilizaremos los plazos estándar.
    - que si su médico solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente tomaremos una decisión de cobertura rápida.
    - que usted 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.

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. En el Capítulo 2 puede ver 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 nuestras normas de autorización previa. Si el artículo o servicio médico que solicita no está sujeto a nuestras 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 decidimos demorar más días, 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 cree que *no deberíamos* demorar más días, puede presentar una queja rápida. Le daremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente al proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. (Para obtener información sobre quejas, consulte la Sección 11).

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 recopilar más información que puede beneficiarle, **podemos demorar hasta 14 días calendario**. Si decidimos demorar más días, 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 cree que *no* debemos demorar más días, puede presentar una queja rápida. (Para obtener información sobre quejas, consulte la Sección 11). Le llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Si no aceptamos todo o parte de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explica el 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 6.3 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 solicitud de **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 procesarse en 72 horas.

- Si apela una decisión que tomamos sobre la cobertura de atención, usted y/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 6.2.

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

- **Si solicita una apelación estándar, preséntela por escrito.** También puede solicitar una apelación llamándonos. En el Capítulo 2 puede ver 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 gratuita de la información sobre su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.**

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

- Si decidimos cambiar o suspender la cobertura de un servicio o artículo que recibe actualmente, le enviaremos un aviso antes de tomar la medida propuesta.
- Si no está de acuerdo con la acción, puede presentar una apelación de nivel 1. Continuaremos cubriendo el servicio o artículo si solicita una apelación de nivel 1 dentro de los 10 días calendario a partir de la fecha del matasellos en nuestra carta o antes de la fecha de vigencia prevista de la medida, lo que ocurra más tarde.
- Si cumple con este plazo, podrá seguir recibiendo el servicio o artículo sin cambios mientras su apelación de nivel 1 esté pendiente. También seguirá recibiendo todos los demás servicios o artículos (que no sean objeto de su apelación) sin cambios.

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

- Cuando revisamos 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 decidimos demorar más días, 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 6.4 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,** le enviaremos nuestra decisión por escrito y automáticamente pasaremos 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 informaremos nuestra decisión antes si su estado de salud lo requiere.
  - **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 decidimos demorar más días, 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 cree que *no deberíamos* demorar más días, puede presentar una queja rápida. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja dentro de las 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la **Sección 11**).
  - 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 6.4 se explica el proceso de apelación de nivel 2.
- **Si aceptamos todo o parte de lo que solicitó,** debemos autorizar o proporcionar la cobertura dentro de los **30 días calendario**, o **7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.

- **Si nuestro plan rechaza parte o la totalidad de su apelación, usted tiene derechos de apelación adicionales.**
- Si no aceptamos todo o parte de lo que solicitó, le enviaremos una carta.
    - Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, recibirá una carta donde le informamos que enviamos su caso a la organización de revisión independiente para una apelación de nivel 2.
    - Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, la carta le indicará cómo presentar usted mismo una apelación de nivel 2.

Sección 6.4 El proceso de apelación de nivel 2

Término legal:

El nombre formal de la organización revisora 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.

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

Si calificó para la continuación de los beneficios cuando presentó su apelación de nivel 1, sus beneficios por el servicio, artículo o medicamento en virtud de la apelación también pueden continuar durante el nivel 2. Vaya a la página *132* para obtener información sobre cómo mantener la continuidad de sus beneficios durante las apelaciones de nivel 1.

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

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

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

- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se llama **expediente del caso**. **Tiene derecho a solicitarnos una copia gratis del expediente de su caso**.
- Tiene derecho a proporcionar información adicional a la organización de revisión independiente para respaldar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

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

- 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 la organización de revisión independiente rechaza parte o la totalidad de su apelación**, significa que está de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica no debe 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.
- Si se rechaza su apelación de nivel 2 y cumple con los requisitos para continuar el proceso de apelaciones, debe decidir si desea pasar al nivel 3 y presentar una tercera apelación. Podrá ver los detalles sobre cómo hacerlo en el aviso por escrito que recibirá después de su apelación de nivel 2.
    - Un juez administrativo o un abogado mediador gestiona las apelaciones de nivel 3. La **Sección 10** de este capítulo explica el proceso para las apelaciones de niveles 3, 4 y 5.

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

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

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

    Agency for Health Care Administration Medicaid Fair Hearing Unit
    P.O. Box 60127
    Ft. Myers, FL 33906
    1-877-254-1055 (sin cargo)
    1-239-338-2642 (fax)
    MedicaidHearingUnit@ahca.myflorida.com

- Su solicitud por escrito de una audiencia imparcial con Medicaid debe incluir la siguiente información:
    - Su nombre
    - Su número de afiliado
    - Su número de identificación de Medicaid
    - Un número de teléfono adonde podamos comunicarnos con usted o con su representante
- También puede incluir la siguiente información, si la tiene:
    - Por qué cree que debería cambiarse la decisión
    - Los servicios que considera que necesita

Paso 2: La oficina de audiencia imparcial le da su respuesta.

La oficina de audiencia imparcial le informará su decisión por escrito y le explicará los motivos.

- **Si la oficina de audiencia imparcial acepta total o parcialmente una solicitud de un artículo o servicio médico,** debemos autorizar o proporcionar el servicio o artículo dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la decisión de la oficina de audiencia imparcial.
- **Si la organización rechaza parte o la totalidad de su apelación**, está de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica no debe aprobarse. (Esto se llama **ratificar la decisión** o **rechazar su apelación).**

Si la decisión es rechazar todo o parte de lo que solicité, ¿puedo presentar otra apelación?

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

En la carta que reciba de la oficina de audiencia imparcial se describirá esta próxima opción de apelación.

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

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

Si ya pagó por un servicio o artículo de Medicaid cubierto por nuestro plan, puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva el dinero (que le reembolse). Usted tiene derecho a que nuestro plan le haga un reembolso cuando haya pagado por servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan. Cuando nos envíe la factura que ya pagó, la analizaremos y

decidiremos si se deben cubrir los servicios y los medicamentos. Si decidimos que deben cubrirse, le reembolsaremos los servicios o medicamentos.

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 desea que le reembolsemos un servicio o artículo de **Medicare** o nos solicita que paguemos a un proveedor de atención médica por un servicio o artículo de Medicaid que usted pagó, solicítenos una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión de cobertura, verificaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto. También verificaremos si siguió todas las reglas para usar su cobertura de atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud:** Si la atención médica está cubierta y usted siguió todas las reglas, le enviaremos el pago 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 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 6.3. Para apelaciones relacionadas con reembolsos, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle nuestra respuesta en 30 días calendario después de recibir su solicitud de apelación.
- 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 de atención médica en 60 días calendario.

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

Sección 7.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos un medicamento de la Parte D

Sus beneficios incluyen cobertura para muchos medicamentos recetados. 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 olicitar la cobertura de un medicamento de la Parte D que no está en la lista de medicamentos de nuestro plan. **Solicite una excepción. Sección 7.2:**
- 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 7.2:**
- Solicitar aprobación previa para un medicamento. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 7.4:**
- Pagar un medicamento recetado que ya compró. **Puede pedirnos un reembolso. Sección 7.4:**

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 7.2 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 2 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.

Sección 7.3 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 opciones diferentes 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.

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 7.4 Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Término legal:

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

Paso 1: Determine 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 del certificado médico. **Las decisiones de cobertura rápidas** se toman en **las 24 horas** posteriores a la recepción del certificado médico.

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 en la que se explica lo siguiente:
    - que utilizaremos los plazos estándar.
    - Explica 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 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 de este capítulo 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.

- 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 apelación.
    - 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 7.5 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 7.4.

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.** En el Capítulo 2 puede ver la información de contacto.

- **Para apelaciones rápidas, presente su apelación por escrito o llámenos al** (*1-833-322-7526*). 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.

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. La Sección 7.6 brinda información sobre 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. La Sección 7.6 brinda información sobre 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 apelación.
    - 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 7.6 Cómo presentar una apelación de nivel 2

Término legal

El nombre formal de la organización revisora 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: 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. Esta información se llama **expediente del caso**. **Tiene derecho a solicitarnos una copia del expediente de su caso**.
- Tiene derecho a proporcionar información adicional a la organización de revisión independiente para respaldar su apelación.

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

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

Fechas límite para la apelación rápida

- Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida a la organización de revisión independiente.
- Si la organización de revisión independiente acepta darle una "apelación rápida", debe 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 la organización de revisión independiente 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** o **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 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. En la **Sección 10** se proporciona más información sobre el proceso de apelaciones de niveles 3, 4 y 5.

SECCIÓN 8 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 8.1 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 8.2 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, es importante que 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 todos los costos* de la atención hospitalaria que reciba después de su fecha de alta programada.

Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se comunicará con nosotros. 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. También puede obtener un aviso de muestra 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 hospitalarios cubiertos para pacientes internados mientras sean necesarios por razones médicas.**
- Usted 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 hospitalarios para pacientes internados finalizará** al mediodía del día **posterior** a la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de Calidad le dé su respuesta sobre la 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 Calidad le dé su respuesta sobre la apelación.

Paso 4: Si se rechaza su apelación de nivel 1, 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 8.3 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 solo 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.
- 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 mediador gestiona las apelaciones de nivel 3. En la **Sección 10** se proporciona más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo determinados servicios médicos si cree que su cobertura 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 su cobertura por esa atención, dejaremos de pagar por 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 9.1 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 informa:
   - 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.

Sección 9.2 Cómo presentar una apelación de nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo

Si desea pedirnos que cubramos su atención durante más tiempo, deberá seguir el proceso de apelación para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, es importante que 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. 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. Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.

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

Término legal:

Explicación detallada de 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 el servicio cubierto mientras sea necesario por razones médicas.**
- 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 se rechaza su apelación de nivel 1, 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 9.3 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 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 mediador gestiona las apelaciones de nivel 3. La Sección 10 de este capítulo brinda más información sobre el proceso de apelaciones de niveles 3, 4 y 5.

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

Sección 10.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 de solicitudes de servicios médicos

Esta sección 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 mediador 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 el 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 mediador 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 10.2 Apelaciones adicionales de Medicaid

También tiene otros derechos de apelación si su apelación es sobre servicios o artículos que Medicaid normalmente cubre. La carta que reciba de la oficina de audiencia imparcial le dirá qué hacer si desea continuar con el proceso de apelaciones.

Sección 10.3 Niveles de apelación 3, 4 y 5 de solicitudes de medicamentos

Esta sección 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 el juez del fuero administrativo o el abogado mediador 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, 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 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.

Presentar quejas

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

Sección 11.1 ¿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 conforme 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? • ¿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. • Cree que no cumplimos las fechas límite requeridas para enviar su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.

Sección 11.2 Cómo presentar una queja

Términos legales:

Una **queja** también se llama **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, deberá proporcionar la siguiente información:
    - 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 de “Designación de representante”. (El formulario está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMSForms/downloads/cms1696.pdf o en

nuestro sitio web, en la sección Designación de representante (FC2healthplan.com). El formulario autoriza a esa persona a actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que desea que actúe en su nombre. Debe entregarnos una copia del formulario firmado.

- Opción para una revisión rápida de su queja: 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.
- **Así decida llamar o escribirnos, comuníquese con el Servicio para Afiliados al 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526; los usuarios de TTY deben llamar al 711) de inmediato.** Usted puede presentar la queja en cualquier momento después de haber tenido el problema sobre el cual desea presentar su queja.

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 11.3 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. En el Capítulo 2 puede ver 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 11.4 También puede presentar su queja a Medicare y Medicaid

Puede enviar una queja sobre Florida Complete Care-Duals VIP directamente a Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, 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.

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

CAPÍTULO 10:
Cómo cancelar su cobertura con nuestro plan

SECCIÓN 1 Cómo darse de baja de nuestro plan

La cancelación de la cobertura de Florida Complete Care-Duals VIP puede ser voluntaria (por su propia decisión) o involuntaria (si no es su decisión):

- Podría cancelar la cobertura de nuestro plan porque quiere dejarlo. 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 cancelar su cobertura.

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 ¿En qué situaciones puede darse de baja como afiliado de nuestro plan?

Sección 2.1 Es posible que pueda cancelar su inscripción porque tiene Medicare y Medicaid

La mayoría de las personas que tienen Medicare pueden darse de baja como afiliados solo durante determinadas épocas del año. Como tiene Medicaid, puede darse de baja como afiliado de nuestro plan al elegir una de las siguientes opciones de Medicare en cualquier mes del año:

- Medicare Original con un plan separado de medicamentos recetados de Medicare.
- Si es elegible, un D-SNP integrado que le proporciona Medicare y la mayoría o todos sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

Nota: Si cancela su inscripción en una cobertura de medicamentos recetados de Medicare, deja de recibir Ayuda Adicional y se queda sin cobertura acreditable para medicamentos por 63 días o más seguidos, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. Si recibe Ayuda Adicional, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática.

- Comuníquese con la Oficina Estatal de Medicaid al 1-888-419-3456 para conocer sus opciones de planes de Medicaid.
- Otras opciones de planes de salud de Medicare están disponibles durante el Período de inscripción abierta. En la Sección 2.2 se proporciona más información sobre el Período de inscripción abierta.

- Por lo general, su cobertura finaliza el primer día del mes posterior al mes en que recibimos su solicitud de cambio de plan. Su inscripción en su nuevo plan también comenzará este día.

Sección 2.2 Puede dar de baja su cobertura durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Puede cancelar su cobertura durante el Período anual de inscripción abierta. Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y medicamentos y decida la cobertura para el próximo año.

- El Período de inscripción abierta es del 15 de octubre al 7 de diciembre.
- Puede optar por mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año. Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de cobertura:
    - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos
    - Medicare Original *con* un plan de medicamentos de Medicare separado
    - Medicare Original *sin* un plan de medicamentos de Medicare separado
    - Si es elegible, un D-SNP integrado que le proporciona Medicare y la mayoría o todos sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

Si recibe Ayuda Adicional de Medicare para pagar sus medicamentos recetados. Si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan separado de medicamentos recetados de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted se haya excluido de la inscripción automática.

Nota: Si se da de baja de una cobertura de medicamentos recetados de Medicare, deja de recibir Ayuda adicional y se queda sin cobertura acreditable para medicamentos por 63 días o más seguidos, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

- Su cobertura de nuestro plan terminar cuando comienza la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

Sección 2.3 Puede darse de baja como afiliado durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Puede hacer un cambio en su cobertura de salud durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage cada año.

- El período de inscripción abierta de Medicare Advantage es del 1 de enero al 31 de marzo y también, para los nuevos beneficiarios de Medicare que estén inscritos en un plan MA, desde el mes en que empiezan a ser elegibles para la Parte A y la Parte B, hasta el último día del tercer mes a partir de que se activa su elegibilidad.
- Durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage, usted puede:
    - Cambiar a otro plan Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos

- Darse de baja de nuestro plan y obtener cobertura a través de Medicare Original
  Si elige cambiarse a Medicare Original durante este período, puede inscribirse en un plan separado de medicamentos de Medicare al mismo tiempo.

- Su cobertura con nuestro plan finalizará el primer día del mes posterior a que se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente o recibamos su solicitud para cambiar a Medicare Original. Si también decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su cobertura del plan de medicamentos comenzará el primer día del mes posterior a que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.4 En determinadas situaciones, puede darse de baja como afiliado durante un Período de inscripción especial

En determinadas situaciones, usted puede ser elegible para cancelar su cobertura con nuestro plan en otros momentos del año. Esto se conoce como Período de Inscripción Especial.

Podría ser elegible para dar de baja su cobertura durante un período de inscripción especial si se aplica alguna de las siguientes situaciones a su caso. Estos son solo ejemplos. Para obtener la lista completa, póngase en contacto con nuestro plan, llame a Medicare o visite Medicare.gov.

- Generalmente, cuando se muda
- Si tiene Medicaid
- Si es elegible para recibir Ayuda Adicional para pagar su cobertura de medicamentos de Medicare
- Si incumplimos nuestro contrato con usted
- Si está recibiendo atención en una institución, como un hogar de ancianos o un hospital de cuidados a largo plazo (LTC)
- Si se inscribe en el Programa de Atención Integral para Personas Mayores (PACE)
- **Nota:** Si está en un programa de gestión de medicamentos, solo puede ser elegible para ciertos periodos de inscripción especiales. El Capítulo 5, Sección 10 le brinda más información sobre los programas de gestión de medicamentos.
- **Nota:** La Sección 2.1 le brinda más información sobre el período de inscripción especial para personas con Medicaid.

Los plazos de inscripción varían según su situación.

Para saber si es elegible para un período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su cobertura debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud como su cobertura de medicamentos de Medicare. Puede elegir:

- Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos,
- Medicare Original *con* un plan de medicamentos de Medicare separado

- Medicare Original *sin* un plan de medicamentos de Medicare separado
- Si es elegible, un D-SNP integrado que le proporciona Medicare y la mayoría o todos sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

Nota: Si se da de baja de una cobertura de medicamentos recetados de Medicare, deja de recibir Ayuda adicional y se queda sin cobertura acreditable para medicamentos por 63 días o más seguidos, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si recibe Ayuda adicional de Medicare para pagar sus medicamentos cubiertos: Si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan separado de medicamentos recetados de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted se haya excluido de la inscripción automática.

Por lo general, su cobertura finaliza el primer día del mes siguiente a la recepción de su solicitud de cambio de plan.

Nota: Las secciones 2.1 y 2.2 le brindan más información sobre el período de inscripción especial para personas con Medicaid y Ayuda Adicional.

Sección 2.5 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede 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 lo que debe hacer si desea dejar de ser afiliado de 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-Duals VIP finalizará 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. • Se le dará de baja de Florida Complete Care-Duals VIP automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
Medicare Original *sin* un plan separado de medicamentos de Medicare	• **Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción Visite nuestro sitio web para darse de baja en línea.** Llame a Servicios para Afiliados al 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526, o si es usuario de TTY, llame al 711) para obtener información adicional 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. • Se le dará de baja de Florida Complete Care-Duals VIP (HMO-POS D-SNP) cuando comience su cobertura en Medicare Original.

Nota: Si se da de baja de una cobertura de medicamentos recetados de Medicare, deja de recibir Ayuda adicional y se queda sin cobertura acreditable para medicamentos por 63 días o más seguidos, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Medicaid de Florida, llame a la Agencia para la Administración de la Atención Médica al 1-888-419-3456, TTY: 1-800-955-8771, de 8 am a 5 pm ET, de lunes a viernes. Pregunte si inscribirse en otro plan o regresar a Medicare Original afecta la forma en que obtiene su cobertura de Medicaid de Florida.

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

Hasta que finalice su cobertura y comience su nueva cobertura de Medicare y Medicaid, debe continuar recibiendo sus artículos y servicios médicos y sus 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 de pedido 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-Duals VIP debe cancelar su cobertura del plan en determinadas situaciones

Florida Complete Care-Duals VIP debe dar de baja su cobertura del plan si se presenta alguna de las siguientes situaciones:

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare
- Si ya no es elegible para Medicaid. Como se indica en el Capítulo 1, Sección 2.1, nuestro plan es para personas que son elegibles tanto para Medicare como para Medicaid.
- Los 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 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.
- Si lo encarcelan (va a prisión)
- Si deja de ser ciudadano o nacido en los Estados Unidos, o un no ciudadano elegible

- Si miente u oculta información sobre otro seguro que tiene y que proporciona cobertura de medicamentos
- 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 cobertura por este motivo, Medicare podría solicitar que el Inspector General investigue su caso.

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

¿Qué debe hacer si sucede esto?

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 cancelamos su cobertura de 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 cancelar su cobertura del plan.

CAPÍTULO 11: Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley aplicable

La ley principal que se aplica a este documento de Evidencia de Cobertura es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y otras regulaciones creadas en virtud de esta 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, llame a Servicios para Afiliados al 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526) (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Si tiene una queja, como un problema con el acceso en sillas de ruedas, Servicios para Afiliados puede ayudarlo.

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios cubiertos por Medicare por los cuales Medicare no es el pagador primario. De acuerdo con las regulaciones de los CMS en las secciones 422.108 y 423.462 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR), Florida Complete Care, como organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce el Secretario de conformidad con las regulaciones de los CMS, incisos B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las reglas establecidas en esta sección reemplazan cualquier ley estatal.

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.

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 le ingresan en un hospital o centro de enfermería especializada después de que finaliza un período de beneficios, comienza un nuevo 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 son parte de su equipo y 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 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 con 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 el plan pueda imponer antes de cubrir los medicamentos; (2) cualquier monto de copago fijo que un plan exija pagar al recibir un servicio o medicamento específico; o (3) cualquier monto de coseguro, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que un plan exija pagar 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 su 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 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 dejar de ser afiliado de 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 o todos los 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 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 ocurre cuando usted u otra persona prudente, con conocimientos promedios de salud y medicina, considera que tiene síntomas que requieren atención médica inmediata para evitar la muerte (y si usted es una mujer embarazada, la pérdida del bebé), la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad o la pérdida o la incapacidad grave de una función del cuerpo. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o una afección 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).

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.

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.

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.

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 de ajuste mensual relacionado con los ingresos (IRMAA): si su ingreso bruto ajustado modificado, según lo que 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 importe 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.

D-SNP Integrado: un D-SNP que cubre los servicios de Medicare y la mayoría o todos los servicios de Medicaid en un solo plan de salud para ciertos grupos de personas elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. A estas personas también se las conoce como personas con doble elegibilidad para beneficios completos.

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 y 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 cubiertos de la red de la Parte A y la Parte B. Los montos que usted paga por sus primas, 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. (**Nota**: Como que nuestros afiliados también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos afiliados alcanzan este monto máximo de gastos directos de bolsillo.

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 el uso de un medicamento según lo 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) un plan HMO, ii)

un plan 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 también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se denominan planes **Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados**.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios 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 de medicamentos 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 suplementario 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 y 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 beneficios, quejas y apelaciones como afiliado de nuestroplan.

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 obtener sus beneficios de medicamentos recetados. En la mayoría de

los casos, sus medicamentos recetados están cubiertos solo si los surte 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 organización integrada: una decisión que toma nuestro plan sobre si los artículos o servicios están cubiertos o cuánto debe pagar usted por los artículos o servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se 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 de 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. Si pierde la Ayuda adicional puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía si pasa 63 días o más seguidos sin la Parte D u otra cobertura de medicamentos acreditable.

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.

Médico 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 necesitan autorización previa están marcados en el cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario, y nuestros criterios se publican en nuestro sitio web.

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 medicamentos por razones de calidad, seguridad o utilización. Los límites pueden referirse a la cantidad del medicamento que cubrimos por receta o a un período definido.

“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.

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. Algunos ejemplos de servicios urgentes son los que recibe por enfermedades y lesiones inesperadas o brotes inesperados de enfermedades existentes. Las visitas de rutina al proveedor de atención médica 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 la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.

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

Método	Servicios para Afiliados – Información de contacto
Llame al	**1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526)** Las llamadas a este número son gratuitas. 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 gratuitas. 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
Llame al	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/

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.