Evidencia de Cobertura 2023

MedicareMax Plus (HMO D-SNP)

Llamada gratuita **1-800-407-9069,** TTY **711**
8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana

PCNhealth.com

PREFERRED CARE NETWORK
A UnitedHealthcare Company

Y0066_EOC_H5420_006_000_2023_SP_C

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2023

Evidencia de Cobertura

Sus Beneficios y Servicios de Salud y su Cobertura de Medicamentos con Receta de Medicare como miembro de nuestro plan

Este documento contiene los detalles de su cobertura de cuidado de la salud y de medicamentos con receta de Medicare del 1 de enero al 31 de diciembre de 2023.

Este es un documento legal importante. Consérvelo en un lugar seguro.
Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con Servicio al Cliente al 1-800-407-9069. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana.

Este plan, MedicareMax Plus (HMO D-SNP) , está asegurado a través de UnitedHealthcare Insurance Company o una de sus compañías afiliadas. (Siempre que encuentre las expresiones “nosotros”, “nos”, “para nosotros”, “nuestro” o “nuestra” en esta **Evidencia de Cobertura**, se refieren a UnitedHealthcare. Las expresiones “plan” o “nuestro plan” hacen referencia a MedicareMax Plus (HMO D-SNP) .)

UnitedHealthcare no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad en sus programas y actividades relacionados con la salud.

UnitedHealthcare ofrece servicios gratuitos para ayudarle a que se comunique con nosotros. Por ejemplo, documentos en otros idiomas, braille, en letra grande o en audio. O bien, usted puede pedir un intérprete. Comuníquese con nuestro número de Servicio al Cliente al 1-800-407-9069, para obtener información adicional (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana.

UnitedHealthcare provides free services to help you communicate with us such as documents in other languages, Braille, large print, audio, or you can ask for an interpreter. Please contact our Customer Service number at 1-800-407-9069 for additional information (TTY users should call 711). Hours are 8 a.m.-8 p.m. local time, 7 days a week.

Los beneficios, la prima, el deducible, los copagos o los coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2024.

El Formulario, la red de farmacias y la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando esto ocurra. Notificaremos sobre los cambios a los miembros que resulten afectados con al menos 30 días de anticipación.

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

- La prima de su plan y el costo compartido;
- Sus beneficios médicos y de medicamentos con receta;
- Cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento;
- Cómo comunicarse con nosotros si necesita ayuda; y

OMB Approval 0938-1051 (Expires: February 29, 2024)

☐ Otras protecciones requeridas por la ley de Medicare.

2023 Evidencia de Cobertura
Índice

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro 1

Sección 1 Introducción 2
Sección 2 ¿Qué requisitos debe cumplir para ser miembro del plan? 3
Sección 3 Materiales importantes sobre la membresía que recibirá 6
Sección 4 Los costos mensuales del plan 8
Sección 5 Más información sobre la prima mensual 11
Sección 6 Mantenga actualizado su registro de membresía del plan 13
Sección 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan 14

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes 16

Sección 1 Contactos de MedicareMax Plus (HMO D-SNP) (cómo comunicarse con nosotros, incluso con Servicio al Cliente) 17
Sección 2 Medicare (cómo recibir ayuda e información directamente del programa federal de Medicare) 22
Sección 3 Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare). 23
Sección 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad 25
Sección 5 Seguro Social 25
Sección 6 Medicaid 26
Sección 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos con receta 30
Sección 8 Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario 31
Sección 9 ¿Tiene "seguro de grupo" u otro seguro de salud de un empleador? 32

Capítulo 3: Cómo usar el plan para recibir sus servicios médicos 33

Sección 1 Cómo obtener su cuidado médico como miembro de nuestro plan ... 34
Sección 2 Uso de proveedores de la red del plan para obtener cuidado de la salud 35
Sección 3 Cómo recibir servicios cuando necesita cuidado de urgencia o de emergencia, o durante una catástrofe 39
Sección 4 ¿Qué debe hacer si le facturan directamente el costo total de sus servicios? 41

Sección 5 ¿Qué servicios médicos están cubiertos cuando participa en un ensayo clínico? 41
Sección 6 Reglas para recibir cuidado en una "institución religiosa no médica para servicios de salud" 43
Sección 7 Normas sobre la propiedad del equipo médico duradero 44

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (qué cubre el plan y qué paga usted) 46
Sección 1 Explicación de los gastos de su bolsillo por servicios cubiertos 47
Sección 2 Use la Tabla de Beneficios Médicos para saber los servicios que cubre el plan y lo que pagará usted 49
Sección 3 ¿Qué servicios están cubiertos fuera de MedicareMax Plus (HMO D-SNP) ? 122
Sección 4 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan? 122

Capítulo 5: Cómo usar la cobertura del plan para obtener medicamentos con receta de la Parte D 129
Sección 1 Introducción 130
Sección 2 Cómo surtir su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de medicamentos por correo que el plan ofrece 131
Sección 3 Sus medicamentos deben estar en la Lista de Medicamentos del plan 134
Sección 4 Restricciones en la cobertura de algunos medicamentos 136
Sección 5 Cuando sus medicamentos no están cubiertos en la forma que usted prefiere 138
Sección 6 Qué pasa si la cobertura de uno de sus medicamentos cambia 140
Sección 7 ¿Qué medicamentos no tienen cobertura del plan? 142
Sección 8 Cómo surtir una receta 143
Sección 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales 144
Sección 10 Programas sobre la seguridad de los medicamentos y el manejo de la medicación 145
Sección 11 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y en qué etapa de pago se encuentra usted 147

Capítulo 6: Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D 150

Capítulo 7: Cómo solicitar el pago de la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido por servicios médicos cubiertos o por medicamentos cubiertos..... 152

Sección 1 Situaciones en las que usted debe solicitarnos que paguemos por sus servicios o medicamentos cubiertos..... 153

Sección 2 Cómo solicitarnos un reembolso o el pago de una factura que ha recibido.....155

Sección 3 El plan revisará su solicitud de pago y la aceptará o la denegará..... 156

Capítulo 8: Derechos y responsabilidades..... 157

Sección 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan..... 158

Sección 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan..... 170

Capítulo 9: Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)..... 173

Sección 1 Introducción..... 174

Sección 2 Dónde obtener más información y ayuda personalizada.....174

Sección 3 ¿Qué proceso debe usar para resolver su problema?..... 175

Sección 4 Cómo resolver problemas relacionados con sus beneficios de Medicare.....176

Sección 5 Guía de los conceptos básicos de decisiones de cobertura y apelaciones..... 176

Sección 6 Su cuidado médico: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura..... 179

Sección 7 Sus medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación..... 188

Sección 8 Cómo solicitar cobertura para una estadía en el hospital como paciente hospitalizado más prolongada si piensa que el médico le da de alta demasiado pronto..... 197

Sección 9 Cómo solicitar que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si piensa que su cobertura terminará demasiado pronto.....205

Sección 10 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y a otros niveles superiores.....212

Sección 11 Cómo presentar una queja sobre la calidad del cuidado, los tiempos de espera, el Servicio al Cliente u otros problemas..... 215

Sección 12 Cómo resolver problemas relacionados con sus beneficios de Medicaid.....218

Capítulo 10: Cómo terminar su membresía en el plan..... 219

Sección 1 Introducción a cómo terminar su membresía en nuestro plan.....220

Sección 2 ¿Cuándo puede usted terminar su membresía en nuestro plan?.....220

Sección 3 ¿Cómo puede terminar su membresía en nuestro plan?.....223

Sección 4 Hasta que termine su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan..... 224

Sección 5 Debemos terminar su membresía en el plan en ciertas situaciones. 225

Capítulo 11: Avisos legales.....227

Sección 1 Aviso sobre las leyes vigentes.....228

Sección 2 Aviso sobre antidiscriminación.....228

Sección 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del Pagador Secundario de Medicare.....228

Sección 4 Responsabilidad civil ante terceros y subrogación.....228

Sección 5 Responsabilidad del miembro..... 229

Sección 6 Los servicios cubiertos por Medicare deben cumplir el requisito de ser razonables y necesarios.....230

Sección 7 No debe haber duplicación de beneficios con cobertura de Seguro de Automóvil, contra Accidentes o de Responsabilidad Civil..... 230

Sección 8 Hechos que escapan a nuestro control.....231

Sección 9 Los proveedores médicos y hospitales de la red contratantes son contratistas independientes..... 231

Sección 10 Evaluación de tecnologías.....231

Sección 11 Declaraciones del miembro.....232

Sección 12 Información disponible a solicitud..... 232

Sección 13 Comunicación de parte de un Miembro de Casos de Fraude y Abuso en el Año 2023.....232

Sección 14 Compromiso de las Decisiones de Cobertura.....233

Sección 15 Términos y Condiciones del programa Renew ActiveTM.....233

Sección 16 Términos y Condiciones de Fitbit®..... 235

Capítulo 12: Definición de palabras importantes..... 236

Capítulo 1

Primeros pasos como miembro

Sección 1 Introducción

Sección 1.1 Usted está inscrito en MedicareMax Plus (HMO D-SNP) , un Plan Medicare Advantage especializado (Plan para Personas con Necesidades Especiales)

Usted tiene cobertura tanto de Medicare como de Medicaid:

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

Usted eligió obtener su cobertura de cuidado de la salud y de medicamentos con receta de Medicare a través de nuestro plan, MedicareMax Plus (HMO D-SNP) . Estamos obligados a cubrir todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso a proveedores en este plan son diferentes a los de Medicare Original.

MedicareMax Plus (HMO D-SNP) es un plan Medicare Advantage especializado (un “Plan para Personas con Necesidades Especiales” [Special Needs Plan, SNP] de Medicare), lo que significa que los beneficios están diseñados para personas con necesidades de cuidado de la salud especiales. MedicareMax Plus (HMO D-SNP) está diseñado para personas que tienen Medicare y que también tienen derecho a recibir la asistencia de Medicaid.

Dado que usted recibe asistencia de Medicaid, pagará una cantidad menor, o nada, por algunos de los servicios de cuidado de la salud de Medicare. Es posible que Medicaid también le ofrezca otros beneficios al cubrir servicios para el cuidado de la salud y medicamentos con receta que, por lo general, Medicare no cubre. Además, recibirá el programa “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos con receta de Medicare. MedicareMax Plus (HMO D-SNP) administrará todos estos beneficios para que usted reciba los servicios para el cuidado de la salud y la ayuda con los pagos a los que tiene derecho.

MedicareMax Plus (HMO D-SNP) es administrado por una compañía privada. Al igual que todos los planes Medicare Advantage, este Plan para Personas con Necesidades Especiales tiene la aprobación de Medicare. El plan también tiene un contrato con el programa Florida Medicaid para coordinar los beneficios que recibe de Medicaid. Nos complace proporcionarle su cobertura de cuidado de la salud de Medicare y de Medicaid que incluye su cobertura de medicamentos con receta.

La cobertura de este Plan cumple los requisitos de una Cobertura de Salud que Califica (Qualifying Health Coverage, QHC), además de los de la responsabilidad individual compartida de la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act,

ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en: www.irs.gov/es/affordable-care-act/individuals-and-families para obtener más información.

Sección 1.2 ¿Qué información contiene la Evidencia de Cobertura?

Esta **Evidencia de Cobertura** le indica cómo recibir cuidado médico y medicamentos con receta de Medicare y Medicaid. Describe sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto, lo que usted paga como miembro del plan y cómo presentar una queja si no está satisfecho con una decisión o tratamiento.

Las palabras “cobertura” y “servicios cubiertos” se refieren al cuidado y los servicios médicos y a los medicamentos con receta que tiene a su disposición como miembro del plan.

Es importante informarse sobre las reglas del plan y los servicios disponibles para usted. Le recomendamos que dedique un tiempo para familiarizarse con esta **Evidencia de Cobertura**.

Si no comprende algo o tiene dudas o preguntas, comuníquese con Servicio al Cliente.

Sección 1.3 Información legal sobre la Evidencia de Cobertura

Esta **Evidencia de Cobertura** forma parte de nuestro contrato con usted sobre cómo el plan cubre su cuidado. Otras partes de este contrato incluyen su Solicitud de Inscripción, la **Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario),** y cualquier aviso que reciba de nosotros sobre cambios en su cobertura o en las condiciones que afectan a su cobertura. Estos avisos a veces reciben el nombre de “cláusulas adicionales” o “enmiendas”.

El contrato tiene vigencia durante todos los meses que usted esté inscrito en el plan entre el 1 de enero de 2023 y el 31 de diciembre de 2023.

Cada año calendario, Medicare nos permite hacer cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y los beneficios del plan después del 31 de diciembre de 2023. También podemos decidir cancelar el plan, u ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2023.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar nuestro plan cada año. Puede seguir recibiendo cada año la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre y cuando decidamos seguir ofreciendo el plan y Medicare renueve la aprobación del plan.

Sección 2 ¿Qué requisitos debe cumplir para ser miembro del plan?

Sección 2.1 Sus requisitos de participación

Usted cumple los requisitos para ser miembro de nuestro plan siempre y cuando:

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

- **– y –** viva en nuestra área geográfica de servicio (la Sección 2.4 a continuación describe nuestra área de servicio). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área geográfica de servicio, incluso si se encuentran físicamente en el lugar.
- **– y –** sea ciudadano estadounidense o residente legal en los Estados Unidos
- **– y –** cumpla los requisitos de participación especiales que se describen a continuación.

Requisitos de participación especiales de nuestro plan

Nuestro plan está diseñado para satisfacer las necesidades de las personas que reciben ciertos beneficios de Medicaid. (Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda a pagar los costos médicos de ciertas personas con ingresos y recursos limitados.) Para cumplir los requisitos de nuestro plan, usted debe cumplir los requisitos tanto de Medicare como de Medicaid.

Tenga en cuenta: Si deja de cumplir los requisitos de Medicaid, pero se puede esperar razonablemente que vuelva a cumplirlos en un plazo no mayor de 6 meses, seguirá cumpliendo los requisitos para ser miembro de nuestro plan (la Sección 2.1 del Capítulo 4 explica la cobertura durante un período en el que se considera que sigue cumpliendo los requisitos de participación).

Sección 2.2 ¿Qué es Medicaid?

Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda a pagar los costos médicos de ciertas personas que tienen ingresos y recursos limitados. Cada estado decide cuáles son las fuentes de ingresos y recursos que califican, quién cumple los requisitos, qué servicios tienen cobertura y cuánto cuestan los servicios. Los estados también pueden decidir cómo administrar sus programas siempre y cuando se sigan las pautas federales.

Además, existen programas ofrecidos a través de Medicaid que ayudan a los beneficiarios de Medicare a pagar sus costos de Medicare, por ejemplo las primas de Medicare. Estos “Programas de Ahorros de Medicare” ayudan a que las personas con ingresos y recursos limitados ahorren dinero cada año.

Usted puede inscribirse en este plan si está en una de las siguientes categorías de Medicaid:

- **Beneficiario Calificado de Medicare Plus (Qualified Medicare Beneficiary Plus, QMB+):** Usted recibe la cobertura de Medicaid de los costos compartidos de Medicare y también cumple los requisitos para recibir los beneficios completos de Medicaid. Medicaid paga sus primas de la Parte A y la Parte B, deducibles, coseguros y copagos de Medicare, por los servicios cubiertos por Medicare. Usted no paga nada, excepto sus copagos por medicamentos con receta de la Parte D (si corresponde).

- **Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB)**: Usted recibe la cobertura de Medicaid de los costos compartidos de Medicare, pero no cumple los requisitos para recibir los beneficios completos de Medicaid. Medicaid paga solamente sus primas de la Parte A y la Parte B, deducibles, coseguros y copagos de Medicare, por los servicios cubiertos por Medicare. Usted no paga nada, excepto sus copagos por medicamentos con receta de la Parte D (si corresponde).

- **Individuos Incapacitados y Empleados Calificados (Qualified Disabled and Working Individual, QDWI):** Medicaid paga solamente la prima de la Parte A. La Oficina Estatal de Medicaid no paga el costo compartido que le corresponde a usted. Usted no recibe los beneficios completos de Medicaid. Es posible que haya algunos servicios que no tienen un costo compartido para el miembro.

- **Individuos Calificados (Qualifying Individual, QI)**: Medicaid paga solamente la prima de la Parte B. La Oficina Estatal de Medicaid no paga el costo compartido que le corresponde a usted. Usted no recibe los beneficios completos de Medicaid. Usted paga los costos compartidos que se indican en la tabla a continuación. Es posible que haya algunos servicios que no tienen un costo compartido para el miembro. La Oficina Estatal de Medicaid no paga el costo compartido que le corresponde a usted. Usted no recibe los beneficios completos de Medicaid. Es posible que haya algunos servicios que no tienen un costo compartido para el miembro.

- **Beneficiario de Medicare de Bajos Ingresos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB+):** Medicaid paga la prima de la Parte B y proporciona beneficios completos de Medicaid. Usted cumple los requisitos para recibir los beneficios completos de Medicaid. En ciertos casos, es posible que usted también cumpla los requisitos para recibir ayuda limitada de la Agencia Estatal de Medicaid para pagar los costos compartidos de Medicare que le corresponden a usted. Por lo general, si el servicio está cubierto tanto por Medicare como por Medicaid, su costo compartido es 0%. Habrá situaciones en que tendrá que pagar el costo compartido si el servicio o beneficio no tiene cobertura de Medicaid.

- **Individuos con Elegibilidad Doble y Beneficios Completos (Full Benefits Dual Eligible, FBDE):** Es posible que Medicaid proporcione ayuda limitada con los costos compartidos de Medicare. Medicaid también proporciona beneficios completos de Medicaid. Usted cumple los requisitos para recibir los beneficios completos de Medicaid. En ciertos casos, es posible que usted también cumpla los requisitos para recibir ayuda limitada de la Oficina Estatal de Medicaid para pagar los costos compartidos de Medicare que le corresponden a usted. Por lo general, si el servicio está cubierto tanto por Medicare como por Medicaid, su costo compartido es 0%. Habrá situaciones en que tendrá que pagar el costo compartido si el servicio o beneficio no tiene cobertura de Medicaid.

Sección 2.3 Área de servicio del plan MedicareMax Plus (HMO D-SNP)

Nuestro plan está disponible solamente para las personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar viviendo en esta área de servicio del plan. A continuación se describe el área de servicio.

Nuestra área de servicio incluye estos condados de Florida: Broward, Miami-Dade.

Si planea mudarse fuera del área de servicio, no podrá seguir siendo miembro del plan. Comuníquese con Servicio al Cliente para saber si tenemos un plan en su nueva área.

Cuando se mude, tendrá un Período de Inscripción Especial que le permitirá cambiarse a Medicare Original o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare que esté disponible en su nueva localidad.

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

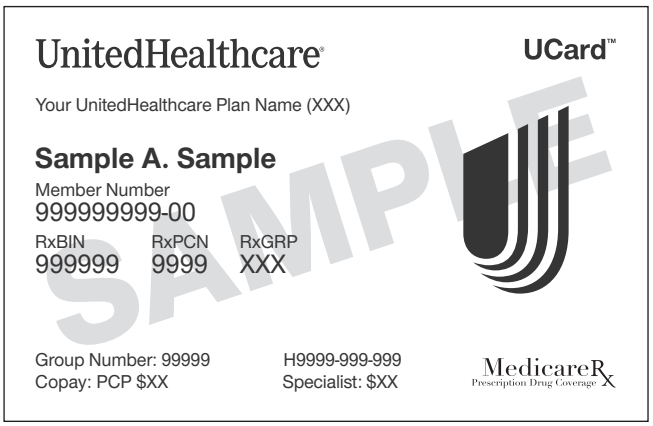
Sección 2.4 Ciudadanía Estadounidense o Residencia Legal

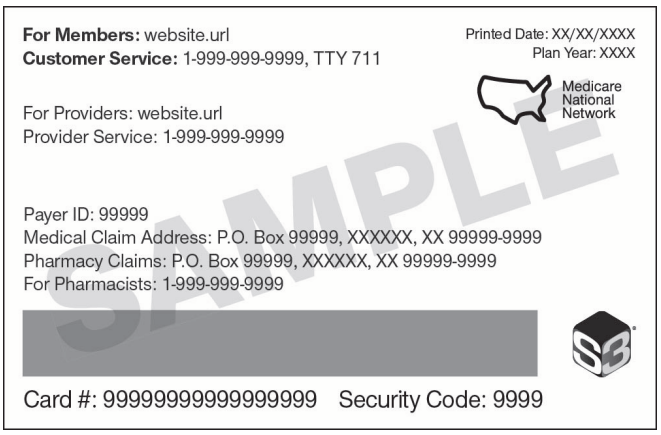
Los miembros de planes de salud de Medicare deben ser ciudadanos estadounidenses o residentes legales en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a MedicareMax Plus (HMO D-SNP) si usted no cumple los requisitos para seguir siendo miembro por esta razón. MedicareMax Plus (HMO D-SNP) debe cancelar su inscripción si usted no cumple este requisito.

Sección 3 Materiales importantes sobre la membresía que recibirá

Sección 3.1 Su tarjeta de ID de miembro del plan

Como miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de ID de miembro cada vez que reciba servicios cubiertos por este plan y medicamentos con receta que obtenga en farmacias de la red. IMPORTANTE – Si usted tiene Medicare y Florida Medicaid Agency for Health Care Administration (AHCA) (Medicaid), asegúrese de mostrar su tarjeta de ID de miembro cada vez que reciba servicios. Esto ayudará a que su proveedor facture correctamente. Esto es un ejemplo de la tarjeta de ID de miembro . La suya será muy parecida:





NO use su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de ID de miembro del plan, es posible que usted tenga que pagar el costo total de los servicios médicos. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Si necesita servicios hospitalarios, servicios para cuidados

paliativos, o si participa en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, también llamado “ensayo clínico”, es posible que le pidan que muestre su tarjeta de Medicare.

Si su tarjeta de ID de miembro del plan se le daña, se le pierde o se la roban, llame inmediatamente a Servicio al Cliente y le enviaremos una nueva tarjeta.

Sección 3.2 Directorio de Proveedores

El **Directorio de Proveedores** indica los proveedores de servicios y los distribuidores de equipo médico duradero de nuestra red. **Los proveedores de la red** son médicos y otros profesionales de cuidado de la salud, grupos médicos, distribuidores de equipo médico duradero, hospitales y otros centros de cuidado de la salud que han acordado con nosotros aceptar lo que pagamos, además del costo compartido que corresponda según el plan, como pago total.

Usted debe usar los proveedores de la red para recibir cuidado y servicios médicos. Si visita algún otro sitio sin la debida autorización, usted tendrá que pagar por todo. Las únicas excepciones son emergencias, servicios requeridos de urgencia cuando la red no está disponible (lo que significa, en situaciones cuando no es razonable o no es posible obtener los servicios dentro de la red), servicios de diálisis fuera del área de servicio y casos en los que nuestro plan autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

La lista más actualizada de proveedores y distribuidores está disponible en nuestro sitio web en PCNhealth.com.

Si no tiene una copia del **Directorio de Proveedores**, puede solicitar una copia a Servicio al Cliente.

Sección 3.3 Directorio de Farmacias

El directorio de farmacias indica las farmacias de nuestra red. **Las farmacias de la red** son todas las farmacias que han aceptado surtir los medicamentos con receta cubiertos de los miembros de nuestro plan. Puede consultar el Directorio de Farmacias para buscar la farmacia de la red que desee usar. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 3 para obtener información sobre cuándo puede usar las farmacias que no están en la red del plan.

Si no tiene el **Directorio de Farmacias**, puede solicitar una copia a Servicio al Cliente. También encontrará esta información en nuestro sitio web en PCNhealth.com.

Sección 3.4 La Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario) del plan

El plan tiene una **Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario).** Para abreviar, la llamamos “Lista de Medicamentos”. Indica los medicamentos con receta de la Parte D que están cubiertos por el beneficio de la Parte D que incluye nuestro plan. El plan selecciona los medicamentos de esta lista con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de Medicamentos del plan.

Además de los medicamentos cubiertos por la Parte D, algunos medicamentos con receta están cubiertos mediante sus beneficios de Medicaid.

La Lista de Medicamentos también indica si hay reglas que limiten la cobertura de sus medicamentos.

Le proporcionaremos una copia de la Lista de Medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre los medicamentos que tienen cobertura, puede visitar el sitio web del plan (PCNhealth.com) o llamar a Servicio al Cliente.

Sección 4 Los costos mensuales del plan

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del Plan (Sección 4.1)
- Prima de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Multa por Inscripción Tardía en la Parte D (Sección 4.3)
- Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso (Sección 4.4)

En algunas situaciones, la prima de su plan podría ser menor

El programa “Ayuda Adicional” ayuda a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. La Sección 7 del Capítulo 2 contiene más información sobre este programa. Si usted califica, la inscripción en el programa podría reducir la prima mensual de su plan.

Si **ya está inscrito** y recibe ayuda de este programa, **es posible que la información sobre las primas de esta Evidencia de Cobertura no se aplique en su caso**.

Las primas de la Parte B y de la Parte D de Medicare difieren entre personas con distintos ingresos. Si tiene preguntas sobre estas primas, consulte la sección titulada “Costos de Medicare 2023” del manual Medicare y Usted 2023. Si necesita una copia, puede descargarla en el sitio web de Medicare (es.medicare.gov). O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para pedir una copia impresa. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.1 La prima del plan

Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual del plan a menos que califique para el programa “Ayuda Adicional” para pagar los costos de sus medicamentos con receta. Si califica para el programa “Ayuda Adicional”, es posible que usted no tenga que pagar una prima mensual del Plan (la prima del plan de medicamentos con receta). Las personas que tienen Medicare y Medicaid califican automáticamente para el programa “Ayuda Adicional”. Para el año 2023, la prima mensual de nuestro plan es de $35.90.

Sección 4.2 Prima de la Parte B de Medicare

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Además de pagar la prima mensual del plan, algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Según se explica en la Sección 2 anterior, para cumplir los requisitos de nuestro plan, usted debe seguir cumpliendo los requisitos de Florida Medicaid Agency for Health Care Administration (AHCA) (Medicaid), además de tener tanto la Parte A como la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de MedicareMax Plus (HMO D-SNP) , Florida Medicaid Agency for Health Care Administration (AHCA) (Medicaid) paga la prima de la Parte A (si usted no califica para ella automáticamente) y la prima de la Parte B.

Si Medicaid no paga sus primas de Medicare, usted debe seguir pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan. Esto incluye la prima de la Parte B. También puede incluir una prima de la Parte A que afecta a los miembros que no cumplen los requisitos para recibir la Parte A sin pagar una prima.

Sección 4.3 Multa por Inscripción Tardía en la Parte D

Debido a que usted tiene elegibilidad doble, la multa por inscripción tardía no se aplica, siempre y cuando usted mantenga su estado de elegibilidad doble, pero si pierde el estado, se le puede cobrar la multa por inscripción tardía. Algunos miembros deben pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D. La multa por inscripción tardía en la Parte D es una prima adicional que se debe pagar por la cobertura de la Parte D si, en algún momento después de que termine su período de inscripción inicial, está durante un período de 63 días consecutivos o más sin otra cobertura de medicamentos con receta acreditable o de la Parte D. “Cobertura de medicamentos con receta acreditable” es la cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que pague como mínimo, en promedio, tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende del tiempo que estuvo sin otra cobertura de medicamentos con receta acreditable o de la Parte D. Tendrá que pagar esta multa durante todo el tiempo que tenga la cobertura de la Parte D.

La multa por inscripción tardía en la Parte D se agrega a su prima mensual. Cuando se inscribe en nuestro plan por primera vez, le informamos la cantidad de la multa.

Usted no tendrá que pagarla si:

- Recibe el programa “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta.
- Estuvo sin cobertura acreditable menos de 63 días consecutivos.
- Ha tenido una cobertura de medicamentos acreditable a través de otra fuente, como un empleador anterior, un sindicato, TRICARE o el Departamento de Asuntos de Veteranos. Su compañía de seguros o el Departamento de Recursos Humanos de su empleador le informará cada año si su cobertura de medicamentos es cobertura acreditable. Recibirá esta información por una carta o en un boletín del plan. Guarde esta información, porque tal vez la necesite si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.
  - **Nota:** Todo aviso debe indicar que usted tenía una cobertura de medicamentos con receta “acreditable” que pagaría tanto como el plan estándar de medicamentos con receta de Medicare.

- **Nota:** Los siguientes recursos **no** son cobertura de medicamentos con receta acreditable: tarjetas de descuento para medicamentos con receta, clínicas gratuitas y sitios web que ofrecen descuentos para medicamentos.

Medicare determina la cantidad de la multa. Funciona de la siguiente manera:

- Si estuvo 63 días consecutivos o más sin otra cobertura de medicamentos con receta acreditable o de la Parte D después de que comenzó a cumplir los requisitos para inscribirse en la Parte D, el plan contará la cantidad de meses completos durante los cuales estuvo sin cobertura. La multa es del 1% por cada mes en que estuvo sin cobertura acreditable. Por ejemplo, si usted estuvo 14 meses sin cobertura, su multa será del 14%.
- Después, Medicare determina la prima mensual promedio de los planes de medicamentos de Medicare en el país durante el año anterior. Para el año 2023, la prima promedio es de $32.74.
- Para calcular su multa mensual, multiplique la prima mensual promedio por el porcentaje de la multa; luego redondee el resultado a los 10 centavos más cercanos. En nuestro ejemplo, sería 14% por $32.74, lo que equivale a $4.58. Esto se redondea a $4.60. Esta cantidad se agregaría **a la prima mensual para una persona que tiene que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D.**

Hay tres puntos importantes que debe saber sobre esta multa mensual por inscripción tardía en la Parte D:

- Primero, **la multa puede cambiar cada año**, ya que la prima mensual promedio puede cambiar de un año a otro.
- Segundo, **usted seguirá pagando una multa** cada mes mientras esté inscrito en un plan que tenga beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- Tercero, si usted es menor de 65 años y actualmente recibe beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía en la Parte D se reiniciará cuando cumpla los 65 años. Después de cumplir los 65 años, su multa por inscripción tardía en la Parte D se basará solamente en los meses en que no tuvo cobertura después del período de inscripción inicial que utilizó para su transición a Medicare.

Si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía en la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión. Por lo general, debe solicitar esta revisión **en un plazo no mayor de 60 días** después de la fecha de la primera carta en que le informe que debe pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si estaba pagando una multa antes de inscribirse en nuestro plan, es posible que no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de esa multa por inscripción tardía.

Sección 4.4 Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso

Es posible que algunos miembros tengan que pagar un cargo adicional, conocido como el Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso de la Parte D, que también se le llama IRMAA (Income Related Monthly Adjustment Amount). El cargo adicional se calcula en función de sus ingresos brutos ajustados y modificados, según lo informado en su declaración de impuestos ante el

Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) de los últimos 2 años. Si son superiores a cierta cantidad, pagará la prima estándar y, además, el Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso adicional. Para obtener más información sobre la cantidad adicional que podría tener que pagar según sus ingresos, visite es.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans.

Si tiene que pagar una cantidad adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta para indicarle cuánto será la cantidad adicional. La cantidad adicional se retendrá de su cheque de beneficios del Seguro Social, de la Junta de Retiro Ferroviario o de la Oficina de Administración de Personal, sin importar de qué manera usted pague normalmente la prima de su plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir la cantidad adicional a pagar. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir la cantidad adicional, usted recibirá una factura de Medicare. Usted debe pagar la cantidad adicional al gobierno. No puede pagarla con la prima mensual de su plan. Si no paga la cantidad adicional, se cancelará su inscripción en el plan y perderá su cobertura de medicamentos con receta.

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

Sección 5 Más información sobre la prima mensual

Sección 5.1 Métodos de pago de la prima del plan

Usted cuenta con cuatro maneras de pagar la prima de su plan.

Opción 1: Pagar con cheque

Le enviaremos una factura mensual por la prima mensual de su plan. Haga su pago pagadero a UnitedHealthcare. En la factura encontrará la dirección postal y otra información. Incluya su número de ID de miembro en su cheque o giro postal. Si desea realizar un pago para más de un miembro, incluya un talón de pago por cada miembro. Incluya el número de ID de miembro por cada miembro en el cheque o giro postal. Todos los pagos se deben recibir antes de o en la fecha de vencimiento que se indica en la factura mensual. Si necesita que se reemplace su factura mensual, llame a Servicio al Cliente.

Opción 2: Transferencia Electrónica de Fondos

En lugar de pagar con cheque, puede pedir que el pago de la prima mensual de su plan se deduzca automáticamente de su cuenta de cheques. El pago mensual se deducirá de su cuenta aproximadamente el día 5 de cada mes. Si desea inscribirse en el servicio de Transferencia Electrónica de Fondos (Electronic Funds Transfer, EFT), siga las instrucciones de su factura mensual o llame a Servicio al Cliente.

Opción 3: Pagar con tarjeta de crédito

En lugar de pagar con cheque, puede pagar la prima mensual de su plan con su tarjeta de crédito. Si desea inscribirse para usar su tarjeta de crédito para pagar la prima mensual de su plan, llame a Servicio al Cliente.

Opción4: Pedir que el pago de la prima del plan se deduzca de su cheque mensual del Seguro Social

Cambiar el método de pago de la prima. Si decide cambiar el método de pago de la prima puede tardar hasta tres meses para que se aplique el nuevo método de pago. Mientras procesamos su solicitud de un nuevo método de pago, usted es responsable de pagar la prima del plan a tiempo. Comuníquese con Servicio al Cliente para indicar el método que prefiere para pagar la prima o si desea cambiar su método actual. (Encontrará el número de teléfono en la portada de esta guía.)

Qué debe hacer si tiene problemas para pagar la prima del plan

El pago de la prima del plan debe ser recibido en nuestra oficina a más tardar el primer día del mes. Si no recibimos el pago a más tardar el primer día del mes, le enviaremos un aviso de morosidad. Además, tenemos derecho a cobrarle las primas que usted adeude.

Si tiene problemas para pagar la prima a tiempo, comuníquese con Servicio al Cliente para determinar si es posible remitirle a algún programa que pueda ayudarle con sus pagos.

Si cancelamos su membresía por falta de pago de la prima del plan, tendrá cobertura de salud mediante Medicare Original. Seguirá teniendo cobertura de medicamentos de la Parte D mientras reciba el programa “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos con receta. Medicare le inscribirá en un nuevo plan de medicamentos con receta para su cobertura de la Parte D.

Al momento en que cancelemos su membresía, es posible que aún adeude las primas que no nos haya pagado. Tenemos derecho a cobrarle las primas que usted adeude. Si usted solicita la inscripción en uno de nuestros planes y tiene primas impagas en un plan actual o anterior nuestro, nosotros tenemos derecho a exigirle el pago de cualquier prima que adeude, antes de permitirle que se inscriba.

Si usted piensa que la cancelación de su membresía fue una equivocación, puede presentar una queja (también se llama queja formal); consulte el Capítulo 9 que indica cómo presentar una queja. Si se presentó una situación de emergencia fuera de su control, la cual produjo el incumplimiento del pago de las primas del plan dentro de nuestro período de gracia, puede presentar una queja. Para quejas, revisaremos nuestra decisión otra vez. La Sección 11 del Capítulo 9 de este documento indica cómo presentar una queja o puede llamarnos al 1-800-407-9069 , 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Debe presentar su solicitud a más tardar 60 días después de la fecha en que termine su membresía.

Sección 5.2 ¿Podemos cambiar la prima mensual del plan durante el año?

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

Sin embargo, en algunos casos la parte de la prima que usted debe pagar puede cambiar durante el año. Esto sucede si, durante el año, usted comienza a cumplir los requisitos del programa "Ayuda Adicional" o si deja de cumplir los requisitos de dicho programa. Si un miembro califica para el programa "Ayuda Adicional" para pagar los costos de sus medicamentos con receta, el programa pagará el total o una parte de la prima mensual del plan de este miembro. Si Medicare paga solo una parte de la prima, le enviaremos una factura por la cantidad que Medicare no cubre. Si un miembro deja de cumplir los requisitos durante el año, tendrá que comenzar a pagar la prima mensual completa. Puede encontrar más información sobre el programa "Ayuda Adicional" en la Sección 7 del Capítulo 2.

Sección 6 Mantenga actualizado su registro de membresía del plan

Su registro de membresía tiene la información de su solicitud de inscripción, que incluye su dirección y número de teléfono. También indica la cobertura específica de su plan, incluido su Proveedor de Cuidado Primario.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red del plan necesitan información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red usan su registro de membresía para saber los servicios y medicamentos que tienen cobertura, además del costo compartido que le corresponde a usted**. Por esta razón, es muy importante que usted nos ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos de estos cambios:

- Cambios en su nombre, su dirección o su número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que tenga (de su empleador, del empleador de su cónyuge, de Seguro de Accidentes Laborales o de Medicaid).
- Si tiene reclamos por responsabilidad civil, como reclamos debido a un accidente de automóvil.
- Si ha sido admitido en un asilo de convalecencia.
- Si recibe cuidado en una sala de emergencias o en un hospital fuera del área de servicio o fuera de la red.
- Si cambia su tercero responsable designado (como un cuidador).
- Si está participando en un estudio de investigación clínica. (Nota: Usted no está obligado a informarle a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que tiene la intención de participar, pero le recomendamos que lo haga)

Si alguno de estos datos cambia, llame a Servicio al Cliente para informarnos.

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

Sección 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Otros seguros

Medicare nos exige que recopilemos información suya sobre cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que tenga. Esto es porque debemos coordinar cualquier otra cobertura que usted tenga con los beneficios de nuestro plan. A esto se le llama Coordinación de los Beneficios.

Una vez al año, le enviaremos una carta que indique cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos de las que tenemos conocimiento. Lea detenidamente esta información. Si es correcta, no tiene que hacer nada. Si la información está equivocada, o si tiene otra cobertura que no incluimos, llame a Servicio al Cliente. Es posible que sea necesario dar su número de ID de miembro del plan a sus otras compañías de seguros (una vez que haya confirmado cuáles son estas compañías) para que las facturas se paguen correcta y puntualmente.

Si usted tiene otro seguro (como una cobertura de salud de grupo del empleador), existen reglas establecidas por Medicare para determinar si paga primero nuestro plan o su otro seguro. El seguro que paga primero se llama “pagador primario” y paga hasta los límites de la cobertura. El seguro que paga en segundo término, el “pagador secundario”, solo paga si quedaron costos que la cobertura primaria no cubrió. Es posible que el pagador secundario no pague todos los costos que quedaron sin cubrir. Si tiene otro seguro, infórmeles a su médico, hospital y farmacia.

Las siguientes reglas se aplican a la cobertura de los planes de salud de empleadores o sindicatos:

- Si tiene cobertura para jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud de grupo se basa en su empleo actual o en el de un familiar, se determina quién es el pagador primario según su edad, el número de empleados de su empleador y si usted tiene Medicare debido a su edad, discapacidad o Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD):
  - Si es menor de 65 años y está discapacitado, y usted o el familiar aún trabajan, su plan de salud de grupo paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados, o si hay al menos un empleador en un plan de varios empleadores que tiene más de 100 empleados.
  - Si es mayor de 65 años y usted o su cónyuge aún trabajan, su plan de salud de grupo paga primero si el empleador tiene 20 o más empleados, o si hay al menos un empleador en un plan de varios empleadores que tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare debido a que tiene Enfermedad Renal en Etapa Terminal, su plan de salud de grupo pagará primero durante los primeros 30 meses después de la fecha en que usted comience a cumplir los requisitos de Medicare.

Por lo general, los siguientes tipos de cobertura son los pagadores primarios de servicios relacionados a ellos:

- Seguro Sin Culpa (incluso el Seguro de Automóvil)
- Seguro de Responsabilidad Civil (incluso el Seguro de Automóvil)
- Beneficios por antracosis

- Seguro de accidentes laborales

Ni Florida Medicaid Agency for Health Care Administration (AHCA) (Medicaid) ni TRICARE son los pagadores primarios de los servicios cubiertos por Medicare. Solamente pagan después de que hayan pagado Medicare o los planes de salud de grupo del empleador.

Capítulo 2

Números de teléfono y recursos importantes

Sección 1 Contactos de MedicareMax Plus (HMO D-SNP) (cómo comunicarse con nosotros, incluso con Servicio al Cliente)

Cómo comunicarse con el Servicio al Cliente de nuestro plan

Para recibir ayuda con reclamos, facturación o tarjetas de ID de miembro , llame o escriba a Servicio al Cliente de nuestro plan. Nos complacerá ayudarle.

Método	Servicio al Cliente - Información de Contacto
Llame al	**1-800-407-9069** Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana El Servicio al Cliente también ofrece servicios gratuitos de intérpretes de idiomas para personas que no hablan inglés.
TTY	**711** Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana
Escriba a	Preferred Care Network Customer Service Department P.O. Box 30769, Salt Lake City, UT 84130-0769
Sitio Web	**PCNhealth.com**

Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura o apelación relacionada con su cuidado médico

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos relacionada con sus beneficios y su cobertura o con la cantidad que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos con receta de la Parte D. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones relacionadas con su cuidado médico o sus medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]).

Puede llamarnos si tiene preguntas sobre nuestro proceso para decisiones de cobertura.

Método	Decisiones de Cobertura Relacionadas con el Cuidado Médico – Información de Contacto
Llame al	**1-800-407-9069** Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana

Método	Decisiones de Cobertura Relacionadas con el Cuidado Médico – Información de Contacto
TTY	**711** Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana
Envíe un Fax al	**1-888-950-1170**
Escriba a	Preferred Care Network Customer Service Department P.O. Box 30769, Salt Lake City, UT 84130-0769
Sitio Web	**PCNhealth.com**

Método	Apelaciones Relacionadas con el Cuidado Médico – Información de Contacto
Llame al	**1-800-407-9069** Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana Para presentar apelaciones rápidas relacionadas con el cuidado médico: **1-877-262-9203** Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana
TTY	**711** Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana
Envíe un Fax al	Para presentar apelaciones rápidas solamente: **1-866-373-1081**
Escriba a	Preferred Care Network Appeals and Grievance Department P.O. Box 6106, MS CA124-0187, Cypress, CA 90630-0016
Sitio Web	**PCNhealth.com**

Método	Decisiones de Cobertura Relacionadas con los Medicamentos con Receta de la Parte D – Información de Contacto
Llame al	**1-800-407-9069**

Método	Decisiones de Cobertura Relacionadas con los Medicamentos con Receta de la Parte D – Información de Contacto
	Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana
TTY	**711** Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana
Envíe un Fax al	**1-844-403-1028**
Escriba a	OptumRx Prior Authorization Department P.O. Box 25183, Santa Ana, CA 92799
Sitio Web	**PCNhealth.com**

Método	Apelaciones Relacionadas con los Medicamentos con Receta de la Parte D – Información de Contacto
Llame al	**1-800-407-9069** Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana Para presentar apelaciones rápidas relacionadas con los medicamentos con receta de la Parte D: **1-800-595-9532** Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana
TTY	**711** Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana
Envíe un Fax al	Para presentar apelaciones estándar relacionadas con los medicamentos con receta de la Parte D: **1-866-308-6294** Para presentar apelaciones rápidas relacionadas con los medicamentos con receta de la Parte D: **1-866-308-6296**
Escriba a	Preferred Care Network Part D Appeal and Grievance Department P.O. Box 6106, MS CA124-0197, Cypress, CA 90630-0016

Método	Apelaciones Relacionadas con los Medicamentos con Receta de la Parte D – Información de Contacto
Sitio Web	**PCNhealth.com**

Cómo comunicarse con nosotros para presentar una queja sobre su cuidado médico

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre uno de los proveedores o farmacias de nuestra red, incluso una queja sobre la calidad del cuidado que ha recibido. Este tipo de queja no incluye disputas sobre la cobertura o el pago de servicios. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su cuidado médico, consulte el Capítulo 9 **(Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]).**

Método	Quejas sobre el Cuidado Médico – Información de Contacto
Llame al	**1-800-407-9069** Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana Para presentar quejas rápidas sobre el cuidado médico: **1-877-262-9203** Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana
TTY	**711** Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana
Envíe un Fax al	Para presentar quejas rápidas solamente: **1-866-373-1081**
Escriba a	Preferred Care Network Appeals and Grievance Department P.O. Box 6106, MS CA124-0187, Cypress, CA 90630-0016
Sitio Web de Medicare	Puede presentar su queja sobre MedicareMax Plus (HMO D-SNP) directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare en Internet, visite **es.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.**

Método	Quejas sobre los Medicamentos con Receta de la Parte D – Información de Contacto
Llame al	**1-800-407-9069** Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana

Método	Quejas sobre los Medicamentos con Receta de la Parte D – Información de Contacto
	Para presentar quejas rápidas sobre los medicamentos con receta de la Parte D: **1-800-595-9532** Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana
TTY	**711** Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana
Envíe un Fax al	Para presentar quejas estándar sobre los medicamentos con receta de la Parte D: **1-866-308-6294** Para presentar quejas rápidas sobre los medicamentos con receta de la Parte D: **1-866-308-6296**
Escriba a	Preferred Care Network Part D Appeal and Grievance Department P.O. Box 6106, MS CA124-0197, Cypress, CA 90630-0016
Sitio Web de Medicare	Puede presentar una queja sobre MedicareMax Plus (HMO D-SNP) directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare en Internet, visite **es.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.**

A dónde debe enviar su solicitud para pedirnos que paguemos nuestra parte del costo del cuidado médico o de un medicamento que usted recibió.

Si ha recibido una factura o ha pagado los servicios (como, por ejemplo, una factura del proveedor) que usted cree que nosotros deberíamos pagar, es posible que necesite pedirnos el reembolso o el pago de la factura del proveedor. Consulte el Capítulo 7 **(Cómo solicitar el pago de nuestra parte del costo de los servicios médicos o los medicamentos cubiertos)**.

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

Método	Solicitudes de Pago – Información de Contacto
Llame al	**1-800-407-9069** Las llamadas a este número son gratuitas.

Método	Solicitudes de Pago – Información de Contacto
	Horario de atención: 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana
TTY	**711** Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana
Escriba a	Solicitudes de pago de reclamos médicos: Preferred Care Network P.O. Box 30448, Salt Lake City, UT 84130-0448 Solicitudes de pago de medicamentos con receta de la Parte D: OptumRx P.O. Box 650287, Dallas, TX 75265-0287
Sitio Web	**PCNhealth.com**

Sección 2 Medicare (cómo recibir ayuda e información directamente del programa federal de Medicare)

Medicare es el programa federal de seguro de salud para personas mayores de 65 años, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas con una Enfermedad Renal en Etapa Terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

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

Método	Medicare – Información de Contacto
Llame al	**1-800-MEDICARE,** o **1-800-633-4227** Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	**1-877-486-2048** Este número requiere un equipo telefónico especial y está habilitado solo para personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas.
Sitio Web	**es.medicare.gov** Este es el sitio web oficial del gobierno para Medicare. Le ofrece información actualizada sobre Medicare y asuntos actuales de Medicare. También tiene información sobre hospitales, asilos de convalecencia, médicos, agencias de asistencia médica a domicilio y centros de diálisis.

Método	Medicare – Información de Contacto
	Incluye documentos que usted puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado. El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre sus requisitos de participación y opciones de inscripción en Medicare mediante las siguientes herramientas: • **Herramienta para Determinar si Cumple los Requisitos de Medicare:** Proporciona información sobre los requisitos de Medicare que usted cumple. • **Buscador de Planes de Medicare:** Ofrece información personalizada sobre los planes de medicamentos con receta de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas Medigap (Seguro Complementario de Medicare) disponibles en el área donde usted vive. Estas herramientas le ofrecen un **cálculo aproximado** de los gastos de su bolsillo que tendría en diferentes planes de Medicare. También puede usar el sitio web para presentar ante Medicare cualquier queja que tenga sobre MedicareMax Plus (HMO D-SNP) : • **Informe a Medicare sobre su queja:** Puede presentar una queja sobre MedicareMax Plus (HMO D-SNP) directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, visite es.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas con mucha seriedad y usa esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare. Si no tiene computadora, en su biblioteca o centro para adultos de edad avanzada local posiblemente le permiten usar una computadora para visitar este sitio web. O puede llamar a Medicare y pedirles la información que necesita. Buscarán la información en el sitio web y la revisarán con usted. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227], las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.)

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

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. En el estado donde usted reside, el programa SHIP se llama Florida Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE).

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud es un programa estatal independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni con ningún plan de salud) que recibe fondos del gobierno federal para proporcionar asesoramiento local gratuito sobre el seguro de salud a los beneficiarios de Medicare.

Los asesores del Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud pueden ayudarle a comprender sus derechos en Medicare, a presentar quejas sobre su cuidado o tratamiento médico y a resolver problemas con sus facturas de Medicare. Los asesores del Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud también pueden ayudarle a responder sus preguntas o resolver problemas relacionados con Medicare, así como ayudarle a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas si desea cambiar de plan.

Método para acceder al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud y otros recursos

• Visite es.medicare.gov
• Haga clic en “Hablar con Alguien” en la parte central de la página de inicio
• Ahora usted tiene las siguientes opciones
  ○ Opción # 1: Usted puede tener una conversación en vivo con un representante de 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)
  ○ Opción # 2: Puede seleccionar su ESTADO en el menú desplegable y hacer clic en IR. Este enlace le llevará a una página con los números de teléfono y recursos específicos en su estado.

Método	**Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) – Información de Contacto** **Florida** **Florida Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE)**
Llame al	**1-800-963-5337**
TTY	**1-800-955-8770** Este número requiere un equipo telefónico especial y está habilitado solo para personas con dificultades para oír o hablar.
Escriba a	4040 Esplanade Way, STE 270, Tallahassee, FL 32399-7000
Sitio Web	**www.floridashine.org**

Sección 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad

En cada estado, hay una Organización para el Mejoramiento de la Calidad designada que atiende a los beneficiarios de Medicare. En Florida, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama KEPRO.

La Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado tiene un grupo de médicos y otros profesionales de cuidado de la salud que reciben pago de Medicare para verificar y mejorar la calidad del cuidado que reciben los beneficiarios de Medicare. La Organización para el Mejoramiento de la Calidad de un estado en particular es una organización independiente y no está relacionada con nuestro plan.

Debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado en las siguientes situaciones:

- Tiene una queja sobre la calidad del cuidado que ha recibido.
- Piensa que la cobertura de su estadía en el hospital termina demasiado pronto.
- Piensa que su cobertura de cuidado de asistencia médica a domicilio, cuidado en un centro de enfermería especializada, o servicios en un Centro para Rehabilitación Integral de Pacientes Ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) termina demasiado pronto.

Método	Organización para el Mejoramiento de la Calidad: Información de contacto Florida KEPRO
Llame al	**1-888-317-0751** **9 a.m. a 5 p.m., hora local, de lunes a viernes; 11 a.m. a 3 p.m., hora local, los fines de semana y días festivos**
TTY	**711** Este número requiere un equipo telefónico especial y está habilitado solamente para personas con dificultades para oír o hablar.
Escriba a	5201 W Kennedy BLVD, STE 900, Tampa, FL 33609
Sitio Web	**www.keproqio.com**

Sección 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar si las personas cumplen los requisitos de inscripción de Medicare y también se encarga de administrarlo. Los ciudadanos estadounidenses y residentes permanentes legales mayores de 65 años, o que tienen una discapacidad o

Enfermedad Renal en Etapa Terminal y cumplen ciertas condiciones, cumplen los requisitos de Medicare. Si usted ya recibe cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si usted no recibe cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. Si usted desea inscribirse en Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar su oficina local del Seguro Social.

El Seguro Social también es responsable de determinar quiénes deben pagar una cantidad adicional por su cobertura de medicamentos de la Parte D debido a que tienen ingresos más altos. Si recibió una carta del Seguro Social informándole que tiene que pagar la cantidad adicional y si tiene preguntas sobre la cantidad o si sus ingresos se disminuyeron debido a un acontecimiento que ha cambiado su vida, puede llamar al Seguro Social y solicitar una reconsideración.

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

Método	Seguro Social - Información de Contacto
Llame al	**1-800-772-1213** Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes. Puede usar el sistema telefónico automatizado del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas operaciones las 24 horas del día.
TTY	**1-800-325-0778** Este número requiere un equipo telefónico especial y está habilitado solo para personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes.
Sitio Web	**www.ssa.gov**

Sección 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda a pagar los costos médicos de ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Como miembro de este plan, usted califica para Medicare y Medicaid. Según sea el estado donde usted viva y los requisitos que cumpla, es posible que Medicaid pague servicios domésticos, cuidado personal y otros servicios que no paga Medicare.

Los programas ofrecidos a través de Medicaid ayudan a los beneficiarios de Medicare a pagar sus costos de Medicare, por ejemplo las primas de Medicare. Estos “Programas de Ahorros de Medicare” ayudan a que las personas con ingresos y recursos limitados ahorren dinero cada año. Usted puede inscribirse en este plan si está en una de las siguientes categorías de Medicaid:

- **Beneficiario Calificado de Medicare Plus (Qualified Medicare Beneficiary Plus, QMB+):** Usted recibe la cobertura de Medicaid de los costos compartidos de Medicare y también cumple los requisitos para recibir los beneficios completos de Medicaid. Medicaid paga sus primas de la Parte A y la Parte B, deducibles, coseguros y copagos de Medicare por los servicios cubiertos por Medicare. Usted no paga nada, excepto sus copagos por medicamentos con receta de la Parte D (si corresponde).

- **Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** Usted recibe la cobertura de Medicaid de los costos compartidos de Medicare, pero no cumple los requisitos para recibir los beneficios completos de Medicaid. Medicaid paga solamente sus primas de la Parte A y la Parte B, deducibles, coseguros y copagos de Medicare por los servicios cubiertos por Medicare. Usted no paga nada, excepto sus copagos por medicamentos con receta de la Parte D (si corresponde).

- **Individuos Incapacitados y Empleados Calificados (Qualified Disabled and Working Individual, QDWI):** Medicaid paga solamente la prima de la Parte A. La Oficina Estatal de Medicaid no paga el costo compartido que le corresponde a usted. Usted no tiene los beneficios completos de Medicaid. Es posible que haya algunos servicios que no tienen un costo compartido para el miembro.

- **Individuos Calificados (Qualifying Individual, QI):** Medicaid paga solamente la prima de la Parte B. La Oficina Estatal de Medicaid no paga el costo compartido que le corresponde a usted. Usted no tiene los beneficios completos de Medicaid. Usted paga los costos compartidos que se indican en la tabla a continuación. Es posible que haya algunos servicios que no tienen un costo compartido para el miembro. La Oficina Estatal de Medicaid no paga el costo compartido que le corresponde a usted. Usted no tiene los beneficios completos de Medicaid. Es posible que haya algunos servicios que no tienen un costo compartido para el miembro.

- **Beneficiario de Medicare de Bajos Ingresos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB+):** Medicaid paga la prima de la Parte B y proporciona beneficios completos de Medicaid. Usted cumple los requisitos para recibir los beneficios completos de Medicaid. En ciertos casos, es posible que usted también cumpla los requisitos para recibir ayuda limitada de la Agencia Estatal de Medicaid para pagar los costos compartidos de Medicare que le corresponden a usted. Por lo general, si el servicio está cubierto tanto por Medicare como por Medicaid, su costo compartido es 0%. Habrá situaciones en que tendrá que pagar el costo compartido si el servicio o beneficio no tiene cobertura de Medicaid.

- **Beneficiario de Medicare de Bajos Ingresos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** Medicaid paga solamente la prima de la Parte B. La Oficina Estatal de Medicaid no paga el costo compartido que le corresponde a usted. Usted no tiene los beneficios completos de Medicaid. Es posible que haya algunos servicios que no tienen un costo compartido para el miembro.

- **Individuos con Elegibilidad Doble y Beneficios Completos (Full Benefits Dual Eligible, FBDE):** Es posible que Medicaid proporcione ayuda limitada con los costos compartidos de Medicare. Medicaid también proporciona beneficios completos de Medicaid. Usted cumple los requisitos para recibir los beneficios completos de Medicaid. En ciertos casos, es posible que usted también cumpla los requisitos para recibir ayuda limitada de la Oficina Estatal de Medicaid para pagar los costos compartidos de Medicare que le corresponden a usted. Por lo general, si el servicio está cubierto tanto por Medicare como por Medicaid, su costo compartido es 0%. Habrá situaciones en que tendrá que pagar el costo compartido si el servicio o beneficio no tiene cobertura de Medicaid.

Si tiene alguna pregunta sobre la ayuda que recibe de Medicaid, comuníquese con Florida Medicaid Agency for Health Care Administration (AHCA) (Medicaid).

Método	**Programa Estatal de Medicaid – Información de Contacto** **Florida** **Florida Medicaid Agency for Health Care Administration (AHCA)**
Llame al	**1-888-419-3456** **8 a.m. a 5 p.m., hora del Este, de lunes a viernes**
TTY	**1-800-955-8771** Este número requiere un equipo telefónico especial y está habilitado solo para personas con dificultades para oír o hablar.
Escriba a	2727 Mahan DR, MS 6, Tallahassee, FL 32308
Sitio Web	**https://ahca.myflorida.com/**

Método	**Oficina estatal de Medicaid (para saber si cumple los requisitos):** **Información de contacto** **Florida** **Florida Medicaid Agency for Health Care Administration (AHCA)**
Llame al	**1-888-419-3456** **8 a.m. a 5 p.m., hora del Este, de lunes a viernes**
TTY	**1-800-955-8771** Este número requiere un equipo telefónico especial y está habilitado únicamente para personas con dificultades para oír o hablar.
Escriba a	2727 Mahan DR, MS 6, Tallahassee, FL 32308
Sitio web	**https://ahca.myflorida.com/**

Método	**Oficina estatal de Medicaid (para obtener información sobre cobertura y servicios): Información de contacto** **Florida** **Florida Medicaid Agency for Health Care Administration (AHCA)**
Llame al	**1-888-419-3456** **8 a.m. a 5 p.m., hora del Este, de lunes a viernes**
TTY	**1-800-955-8771** Este número requiere un equipo telefónico especial y está habilitado únicamente para personas con dificultades para oír o hablar.
Escriba a	2727 Mahan DR, MS 6, Tallahassee, FL 32308
Sitio web	**https://ahca.myflorida.com/**

El programa del Defensor del Afiliado ayuda a las personas inscritas en Medicaid con problemas en el servicio o de facturación. También pueden ayudarle a presentar quejas formales o apelaciones ante el plan.

Método	**Programa Estatal del Defensor del Afiliado: Información de contacto** **Florida** **Florida Department of Financial Services - Division of Consumer Services**
Llame al	**1-877-693-5236** **8 a.m. a 5 p.m., hora local, de lunes a viernes**
TTY	**711** Este número requiere un equipo telefónico especial y está habilitado únicamente para personas con dificultades para oír o hablar.
Escriba a	200 E Gaines ST, Tallahassee, FL 32399-0322
Sitio web	**http://www.myfloridacfo.com/division/consumers/**

El Programa del Defensor del Afiliado en casos de cuidado a largo plazo ayuda a estas personas a obtener información sobre asilos de convalecencia. También ayuda a resolver problemas entre los asilos de convalecencia y sus residentes o sus familiares.

Método	**Programa Estatal del Defensor del Afiliado en casos de cuidado a largo plazo** **Florida** **Long-Term Care Ombudsman Program (LTCOP)**
Llame al	**1-850-414-2377** **8 a.m. a 5 p.m., hora local, de lunes a viernes**

Método	**Programa Estatal del Defensor del Afiliado en casos de cuidado a largo plazo** **Florida** **Long-Term Care Ombudsman Program (LTCOP)**
TTY	**1-850-414-2001** Este número requiere un equipo telefónico especial y está habilitado únicamente para personas con dificultades para oír o hablar.
Escriba a	4040 Esplanade Way Suite 380, Tallahassee, FL 32399-7000
Sitio web	**https://ombudsman.elderaffairs.org/**

Sección 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos con receta

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

Programa “Ayuda Adicional” de Medicare

Debido a que usted cumple los requisitos de Medicaid, usted califica para, y está recibiendo, el programa “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos con receta. No necesita hacer nada más para recibir el programa “Ayuda Adicional”.

Si tiene preguntas sobre el programa “Ayuda Adicional”, llame:

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

Si usted cree que está pagando una cantidad incorrecta de costo compartido cuando obtiene su medicamento con receta en una farmacia, nuestro plan tiene un proceso que le permite solicitar ayuda para obtener un comprobante de su nivel de copago correcto o, si ya tiene el comprobante, proporcionárnoslo.

- Llame al número de Servicio al Cliente que se encuentra en la Sección 1 del Capítulo 2. Nuestros Representantes de Servicio al Cliente pueden ayudarle a corregir su copago.
- Cuando recibamos el comprobante que indique su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el copago correcto cuando obtenga su medicamento con receta en la farmacia la próxima vez. Si paga más de lo que debería de copago, le reembolsaremos la diferencia. Le enviaremos un cheque por la cantidad del sobrepago o le compensaremos dicha

cantidad en copagos futuros. Si la farmacia no le ha cobrado el copago y lo procesa como una cantidad que usted adeuda, es posible que realicemos el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en nombre de usted, es posible que realicemos el pago directamente al estado. Si tiene preguntas, comuníquese con Servicio al Cliente.

¿Qué sucede si tiene cobertura de un Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida (ADAP)?

¿Qué es el Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida (ADAP)?

El Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a las personas que cumplen los requisitos del programa ADAP y que viven con el VIH o SIDA a tener acceso a medicamentos para el VIH que salvan la vida. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están en el formulario del Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida califican para recibir ayuda con los costos compartidos de los medicamentos con receta. **Nota:** Para cumplir los requisitos del Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida de su Estado, las personas deben cumplir ciertos criterios, que incluyen contar con comprobantes de residencia en el Estado, de diagnóstico de VIH, de bajos ingresos según lo define el Estado y de no tener seguro o tener un seguro insuficiente.

Si cambia de plan, notifique al trabajador de inscripciones de su Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida local para que pueda seguir recibiendo asistencia. Para obtener información sobre los criterios de participación, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame a la oficina del Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida de su estado que se indica a continuación.

Método	Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida (ADAP) - Información de contacto Florida Department of Health ADAP
Llame al	1-800-352-2437 8 a.m. a 9 p.m., hora local, de lunes a viernes
Sitio Web	http://www.floridahealth.gov/diseases-and-conditions/aids/adap/index.html

Sección 8 Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario

La Junta de Retiro Ferroviario es una agencia federal independiente que administra programas de beneficios integrales para los empleados ferroviarios del país y sus familias. Si usted recibe Medicare a través de la Junta de Retiro Ferroviario, es importante que les informe si se muda o cambia de dirección postal. Si tiene preguntas sobre los beneficios que recibe de la Junta de Retiro Ferroviario, comuníquese con la agencia.

Método	Junta de Retiro Ferroviario – Información de Contacto
Llame al	1-877-772-5772

Método	Junta de Retiro Ferroviario – Información de Contacto
	Las llamadas a este número son gratuitas. Si oprime el “0”, puede hablar con un representante de la Junta de Retiro Ferroviario (Railroad Retirement Board, RRB), de 9:00 a.m. a 3:30 p.m., los lunes, martes, jueves y viernes; y de 9:00 a.m. a 12:00 p.m. los miércoles. Si oprime el “1”, puede acceder a la Línea de Ayuda de la Junta de Retiro Ferroviario automatizada con información grabada, las 24 horas del día, incluso los fines de semana y días festivos.
TTY	**1-312-751-4701** Este número requiere un equipo telefónico especial y está habilitado solo para personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número **no** son gratuitas.
Sitio Web	**rrb.gov/**

Sección 9 ¿Tiene “seguro de grupo” u otro seguro de salud de un empleador?

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

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

Capítulo 3

Cómo usar el plan para recibir sus servicios médicos

Sección 1 Cómo obtener su cuidado médico como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que debe saber sobre cómo usar el plan para obtener cobertura de su cuidado médico. Contiene definiciones de términos y explica las reglas que deberá seguir para recibir tratamientos médicos, servicios, equipos, medicamentos con receta, y otro cuidado médico cubiertos por el plan.

Para los detalles del tipo de cuidado de la salud que cubre nuestro plan y la cantidad que usted paga al obtener estos servicios, use la Tabla de Beneficios del Capítulo 4 **(Tabla de Beneficios Médicos, qué cubre el plan y qué paga usted).**

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

- **“Proveedores”** son médicos y otros profesionales de cuidado de la salud con licencia del estado para proporcionar cuidado y prestar servicios médicos. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de cuidado de la salud.
- **“Proveedores de la red”** son los médicos y otros profesionales del cuidado de la salud, grupos médicos, proveedores de equipos médicos duraderos, hospitales e instalaciones de cuidados de la salud que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar pagos de nuestra parte y el costo compartido que a usted le corresponda como el pago total por los servicios que proveen. Nosotros hemos llegado a un acuerdo para que estos proveedores proporcionen los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red facturan sus servicios directamente al plan. Cuando visita a un proveedor de la red, usted paga solamente la parte del costo que le corresponde por los servicios cubiertos
- **Los “servicios cubiertos”** incluyen todo el cuidado médico, los servicios para el cuidado de la salud, suministros, equipos y medicamentos con receta cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos de cuidado médico aparecen en la tabla de beneficios del Capítulo 4. Los servicios cubiertos de medicamentos con receta se explican en el Capítulo 5.

Sección 1.2 Normas básicas para obtener cobertura de cuidado de la salud de parte del plan

Como un plan de salud de Medicare y Medicaid, MedicareMax Plus (HMO D-SNP) debe cubrir todos los servicios que proporciona la cobertura Medicare Original y puede ofrecer otros servicios adicionales a aquellos cubiertos por Medicare Original, según se describe en el capítulo 4

En general, este plan cubrirá sus cuidados de la salud, siempre y cuando:

- **El cuidado que usted reciba esté incluido en la Tabla de Beneficios Médicos del plan** (esta tabla aparece en el Capítulo 4 de este documento).
- **El cuidado que reciba se considere médicamente necesario**. “Médicamente necesario” significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición médica y que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

- **Usted cuenta con un proveedor de cuidado primario de la red que provee y supervisa su cuidado.** Como miembro del plan, usted debe escoger un proveedor de cuidado primario dentro de la red (para más información, consulte la Sección 2.1 de este Capítulo).
  - El proveedor de cuidado primario de la red del plan debe dar su aprobación anticipada para que usted pueda usar otros proveedores de la red del plan. Esto se llama “una referencia”. Para más información, consulte la Sección 2.3 de este Capítulo.
  - No requerirá una referencia de su proveedor de cuidado primario para obtener cuidado de emergencia o servicios requeridos de urgencia. Existen también otros tipos de cuidados para los que no necesita la aprobación anticipada de su proveedor de cuidado primario (para más información, consulte la Sección 2.2 de este Capítulo).
- **Usted debe recibir cuidado de un proveedor de la red** (para obtener más información, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, el cuidado que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan) no estará cubierto. Esto significa que usted tendrá que pagarle al proveedor por completo por los servicios prestados. **Las siguientes son tres excepciones:**
  - El plan cubre el cuidado de emergencia o los servicios requeridos de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y para las definiciones de cuidado de emergencia o servicios requeridos de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
  - Si usted necesita cuidado médico que Medicare exige que nuestro plan cubra pero no hay especialistas en nuestra red que le proporcionen ese cuidado, usted puede recibirlo de un proveedor fuera de la red por el mismo costo compartido que normalmente paga dentro de la red. En este caso, cubriremos los servicios como si los hubiera recibido de un proveedor de la red. Usted debe obtener nuestra aprobación antes de comenzar a recibir cuidado de un proveedor fuera de la red. Comuníquese con Servicio al Cliente, o pídale a su proveedor de cuidado primario o al proveedor fuera de la red que nos llame para obtener la aprobación (los números de teléfono aparecen en la portada de esta guía).
  - El plan cubre los servicios de diálisis renal que usted reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando el proveedor que presta el servicio no está a su disposición ni accesible temporalmente. El costo compartido que usted le paga al plan por servicios de diálisis nunca puede exceder el costo compartido de Medicare Original. Si usted se encuentra fuera del área de servicio del plan y obtiene los servicios de diálisis de un proveedor que no forma parte de la red del plan, su costo compartido no puede exceder el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si el proveedor dentro de la red que suele prestarle los servicios de diálisis no está a su disposición temporalmente y usted decide recibir los servicios dentro del área de servicio, de un proveedor fuera de la red del plan, el costo compartido por los servicios de diálisis puede ser más alto.

Sección 2 Uso de proveedores de la red del plan para obtener cuidado de la salud

Sección 2.1 Usted debe elegir un proveedor de cuidado primario (PCP) para proporcionar y supervisar su cuidado médico

¿Qué es un proveedor de cuidado primario y qué hace por usted?

Proveedor de cuidado primario

El proveedor de cuidado primario es el médico de la red que usted elige para proporcionar y coordinar los servicios cubiertos que usted recibe.

Qué médicos pueden ser proveedor de cuidado primario

Por lo general, los proveedores de cuidado primario son médicos especializados en medicina interna, medicina familiar o medicina general.

Función del proveedor de cuidado primario

La relación con su proveedor de cuidado primario es importante ya que este médico es responsable de sus cuidados de la salud habituales, de coordinar todos los servicios cubiertos, de mantener su expediente médico y de asegurar la continuidad de sus cuidados. Si necesita una cita con un especialista o con otro proveedor de la red distinto a su proveedor de cuidado primario, debe obtener una referencia de parte de este.

Cómo elegir a su proveedor de cuidado primario

Usted debe elegir un proveedor de cuidado primario del **Directorio de Proveedores** al momento de su inscripción.

Debido a que su acceso a los especialistas de la red está basado en la elección de su proveedor de cuidado primario, si hay algún médico u otro proveedor específico que quiera usar, confirme, como parte de su proceso de elección, si el proveedor de cuidado primario elegido puede darle la referencia necesaria para esos proveedores.

Para obtener una copia del **Directorio de Proveedores** más actualizado y elegir un proveedor de cuidado primario, llame a Servicio al Cliente o visite el sitio web indicado en el Capítulo 2 de esta guía. Así obtendrá la información más actualizada de los proveedores de nuestra red.

Si no elige un proveedor de cuidado primario al momento de inscribirse, nosotros lo seleccionaremos por usted. Usted puede cambiar de proveedor de cuidado primario cuando lo desee. Consulte la sección “Cómo cambiar de proveedor de cuidado primario” enseguida.

Cómo cambiar de Proveedor de Cuidado Primario

Puede cambiar de Proveedor de Cuidado Primario por cualquier motivo, en cualquier momento. Además, es posible que su Proveedor de Cuidado Primario deje la red de proveedores de nuestro plan y que usted tenga que buscar un nuevo Proveedor de Cuidado Primario.

Si desea cambiar de Proveedor de Cuidado Primario, llame a Servicio al Cliente o visite en Internet. Si el Proveedor de Cuidado Primario está aceptando más miembros del plan, el cambio entrará en vigencia el primer día del mes siguiente. Usted recibirá una nueva tarjeta de ID de miembro de UnitedHealthcare que incluirá este cambio.

Sección 2.2 ¿Qué tipos de cuidado médico puede recibir sin una referencia de su proveedor de cuidado primario?

Puede recibir los servicios que se indican a continuación sin obtener la preaprobación de su proveedor de cuidado primario.

- Cuidado de la salud de la mujer de rutina, que incluye exámenes de senos, mamografías de detección (radiografías de los senos), pruebas de Papanicolau y exámenes pélvicos, siempre y cuando usted los reciba de un proveedor de la red.
- Vacunas antigripales, vacunas contra la COVID-19, vacunas contra la hepatitis B y vacunas contra la pulmonía.
- Servicios para emergencias de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red.
- Servicios requeridos de urgencia son servicios cubiertos que no sean servicios requeridos de emergencia, prestados cuando los proveedores de la red no están a su disposición ni accesibles temporalmente o cuando el miembro se encuentra fuera del área de servicio. Por ejemplo, usted necesita cuidado inmediato durante el fin de semana. Los servicios deben ser médicamente necesarios y de inmediato.
- Servicios de diálisis renal que usted reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan. (Si es posible, llame a Servicio al Cliente antes de salir del área de servicio para que podamos hacer los arreglos necesarios para que usted reciba diálisis de mantenimiento mientras está lejos.)
- Para todos los demás servicios, consulte el Capítulo 4, Tabla de Beneficios Médicos, para saber si necesita una referencia previa de parte de su proveedor de cuidado primario.

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

Un especialista es un médico que proporciona servicios de cuidados de la salud para una enfermedad o parte del cuerpo específica. Existen varios tipos de especialistas, por ejemplo:

- Oncólogos: especialistas en el tratamiento de pacientes con cáncer.
- Cardiólogos: especialistas en el tratamiento de enfermedades cardíacas.
- Ortopedistas: especialistas en el tratamiento de pacientes con ciertos trastornos de los huesos, las articulaciones o los músculos.

Si el especialista de la red pide que usted regrese para tratamiento adicional, asegúrese de que estos servicios sean servicios cubiertos. Para ello, verifique primero con su proveedor de cuidado primario que la referencia se hará extensiva al tratamiento adicional.

Ni el plan ni Medicare pagarán los servicios, suministros, tratamientos, cirugías o terapias con medicamentos para los cuales se requiere una referencia, si esta no se obtuvo de su proveedor de cuidado primario o de nuestra parte, salvo los servicios de emergencia, servicios requeridos de urgencia, diálisis fuera del área de servicio y servicios de cuidados posestabilización, o si usted tiene una preautorización para ver a un proveedor fuera de la red.

Para más información sobre los servicios que requieren preautorización consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4.

Consulte el **Directorio de Proveedores** para ver el listado de especialistas del plan disponibles a través de su red o, si prefiere, consulte el **Directorio de Proveedores** disponible a través de internet en el sitio web que se indica en el Capítulo 2 de esta guía.

Cuando usted elige a su proveedor de cuidado primario es importante recordar que este médico seleccionará al especialista de la red al que lo referirá en base al método que utiliza para dar referencias y los hospitales a los que está afiliado. La existencia en este directorio de un especialista de la red en particular no quiere decir que su proveedor de cuidado primario le dará una referencia para verlo.

¿Qué debe hacer si un especialista u otro proveedor de la red dejan de prestar servicios a nuestro plan?

Tenga en cuenta que podemos hacer cambios a la lista de hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Si su médico o especialista deja el plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare nos exige que le ofrezcamos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos todo lo posible para avisarle al menos 30 días antes de que su proveedor deje nuestro plan para que usted tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor.
- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado para seguir administrando sus necesidades de cuidado de la salud.
- Si usted está bajo tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo, y colaboraremos con usted para asegurarnos de que así sea.
- Si nuestra red no tiene un especialista calificado para prestar un servicio cubierto por el plan, debemos cubrir ese servicio a un costo compartido igual que si se tratara de uno dentro de la red.
- Si usted cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su cuidado no se está administrando adecuadamente, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad del cuidado ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, una queja formal sobre la calidad del cuidado ante el plan, o ambas. Consulte el Capítulo 9.
- Si se entera que su médico o especialista dejará su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a buscar un nuevo proveedor para administrar su cuidado.

Para obtener ayuda, puede llamar a Servicio al Cliente al número indicado en el Capítulo 2 de esta guía.

Algunos servicios requieren la preautorización del plan para tener cobertura. El Proveedor de Cuidado Primario o el proveedor tratante tienen la responsabilidad de obtener la preautorización. Los servicios y artículos que requieren preautorización se indican en la Tabla de Beneficios Médicos de la Sección 2.1 del Capítulo 4.

Sección 2.4 Cómo obtener cuidados de la salud de proveedores fuera de la red

El cuidado que reciba de proveedores fuera de la red no tendrá cobertura, a menos que cumpla con una de las tres excepciones descritas en la Sección 1.2 de este Capítulo. Para información sobre cómo obtener cuidado fuera de la red en caso de una emergencia médica o necesidad urgente de cuidado de la salud, consulte la Sección 3 de este Capítulo.

Sección 3 Cómo recibir servicios cuando necesita cuidado de urgencia o de emergencia, o durante una catástrofe

Sección 3.1 Cómo recibir cuidado si tiene una emergencia médica

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

Una **"emergencia médica"** se da cuando usted, o cualquier persona prudente con conocimientos promedio de salud y medicina, creen que usted tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir la muerte (y, si se trata de una mujer embarazada, la pérdida de un feto), la pérdida de una extremidad o la funcionalidad de una extremidad o la pérdida de, o una limitación grave en, una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor grave o una condición médica que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo antes posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o vaya a la sala de emergencias o al hospital más cercano. Llame a una ambulancia si es necesario. **No** necesita obtener primero la aprobación ni una referencia de su proveedor de cuidado primario. No necesita utilizar a un médico de la red. Usted puede recibir cuidado médico de emergencia cubierto cuando lo necesite, en cualquier parte del mundo.

¿Qué está cubierto si tiene una emergencia médica?

Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones en que llegar a la sala de emergencias por cualquier otro medio podría poner en peligro su salud. Cubrimos también servicios médicos durante la emergencia.

Los médicos que le prestan el cuidado de emergencia decidirán en qué momento su condición se ha estabilizado y ha pasado la emergencia médica.

Una vez que haya pasado la emergencia, usted tiene derecho a recibir cuidado médico de seguimiento para confirmar que su condición continúa siendo estable. Los médicos continuarán con el tratamiento hasta que se comuniquen con nosotros y hagan planes para el cuidado adicional. Nuestro plan cubrirá su cuidado médico de seguimiento. Si su cuidado de emergencia es proporcionado por proveedores fuera de la red, trataremos de hacer los arreglos necesarios para que sean proveedores de la red quienes se encarguen de su cuidado, tan pronto como su condición médica y las circunstancias lo permitan.

Casos que no eran una emergencia médica

En ocasiones, es difícil saber si se trata de una emergencia médica. Por ejemplo, usted podría acudir en busca de cuidado de emergencia, porque piensa que su salud corre grave peligro, pero

el médico determina que no se trata de una emergencia médica después de todo. Si resulta que no se trataba de una emergencia, y siempre y cuando usted haya pensado razonablemente que su salud estaba en grave peligro, cubriremos el cuidado.

Sin embargo, una vez que el médico determine que **no** se trataba de una emergencia, cubriremos el cuidado adicional ú**nicamente** si lo obtiene en una de las siguientes dos formas:

- Usted visita a un proveedor de la red para obtener el cuidado adicional.
- **O bien**, si el cuidado adicional que obtiene se considera "cuidado requerido de urgencia" y usted sigue las normas para obtenerlo. (Para más información, consulte la Sección 3.2 más abajo).

Sección 3.2 Cómo recibir cuidado si necesita servicios de urgencia

¿Qué son "servicios requeridos de urgencia"?

Un servicio requerido de urgencia se presta en una situación que no es de emergencia pero que requiere cuidado médico inmediato, pero debido a sus circunstancias, no es posible ni razonable recibir esos servicios de un proveedor de la red. El plan debe cubrir los servicios requeridos de urgencia que se prestan fuera de la red. Algunos ejemplos de servicios requeridos de urgencia son: i) un dolor de garganta grave que ocurra durante el fin de semana o ii) el agravamiento inesperado de una condición que ya se sabe que usted tiene cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio.

Siempre debe tratar de recibir servicios requeridos de urgencia de proveedores de la red. Sin embargo, si los proveedores no están a su disposición ni accesibles temporalmente, y no es razonable esperar para obtener cuidado de su proveedor de la red hasta que la red vuelva a estar disponible, cubriremos los servicios requeridos de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red. Consulte el **Directorio de Proveedores** para obtener una lista de Centros de Cuidado de Urgencia de la red.

Nuestro plan cubre servicios para emergencias y servicios requeridos de urgencia fuera de los Estados Unidos, en todo el mundo, en las siguientes circunstancias: servicios para emergencias, incluso el cuidado de emergencia o el cuidado requerido de urgencia, además del transporte en ambulancia de emergencia desde el sitio de la emergencia hasta el centro de tratamiento médico más cercano. El transporte de regreso a los Estados Unidos desde otro país no tiene cobertura. Los procedimientos preprogramados o los tratamientos planificados de antemano (incluso diálisis para una condición continua) y los procedimientos electivos no tienen cobertura.

Sección 3.3 Obtención de cuidados durante un desastre

Si el Gobernador de su estado, el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o el Presidente de los Estados Unidos declara la zona geográfica en la que usted reside un área de desastre o en estado de emergencia, también tiene derecho a recibir cuidados del plan.

Visite el sitio web: PCNhealth.com donde encontrará información sobre cómo obtener los cuidados que necesite durante un desastre.

Si no puede usar un proveedor de la red durante una catástrofe, su plan le permitirá recibir cuidado de proveedores fuera de la red igual que si se tratara de proveedores dentro de la red. Si no puede usar una farmacia de la red durante una catástrofe, es posible que pueda surtir sus medicamentos con receta en una farmacia fuera de la red. Para obtener más información, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5.

Sección 4 ¿Qué debe hacer si le facturan directamente el costo total de sus servicios?

Sección 4.1 Puede pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos

Si usted ha pagado más que el costo compartido de su plan por los servicios cubiertos, o si ha recibido una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 **(Cómo solicitar el pago de nuestra parte del costo de los servicios médicos o los medicamentos cubiertos)** para obtener información sobre lo que debe hacer.

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

Nuestro plan cubre todos los servicios médicamente necesarios que aparecen en la Tabla de Beneficios Médicos del Capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios que no están cubiertos por nuestro plan o servicios que se obtuvieron fuera de la red y no fueron autorizados, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios. Sin embargo, antes de pagar el costo del servicio, comuníquese con nosotros para saber si el servicio tiene cobertura a través de sus beneficios de Medicaid.

Por los servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, usted también paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de haber agotado su beneficio por ese tipo de servicio cubierto. Por ejemplo, si su plan cubre un examen médico de rutina por año y usted se realiza ese examen médico de rutina pero decide hacerse otro examen médico de rutina adicional en el mismo año, usted paga el costo total del segundo examen médico de rutina. Lo que usted pague después de haber alcanzado el límite de beneficios no se toma en cuenta para alcanzar el máximo anual de gastos de su bolsillo. (Consulte el Capítulo 4 para obtener más información sobre el máximo de gastos de su bolsillo que establece su plan.)

Sección 5 ¿Qué servicios médicos están cubiertos cuando participa en un ensayo clínico?

Sección 5.1 ¿Qué es un “estudio de investigación clínica”?

Un estudio de investigación clínica (también llamado “ensayo clínico”) es un método utilizado por médicos y científicos para poner a prueba nuevos métodos de cuidado médico, por ejemplo, la eficacia de un nuevo medicamento para tratar el cáncer. Ciertos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare suelen reclutar voluntarios para participar en el estudio.

Una vez que Medicare apruebe el estudio de investigación y usted manifieste su interés, alguien que trabaje en dicho estudio se comunicará con usted para informarle más sobre el estudio y verificar si usted cumple los requisitos establecidos por los científicos que llevan a cabo la investigación. Puede participar en el estudio siempre y cuando cumpla los requisitos del estudio **y** comprenda y acepte plenamente lo que implica su participación en el estudio.

Si usted participa en un estudio aprobado por Medicare, Medicare Original paga la mayoría de los costos de los servicios cubiertos que usted reciba como parte del estudio. Si nos informa que participa en un ensayo clínico aprobado, usted solamente es responsable del costo compartido dentro de la red por los servicios en ese ensayo. Si usted pagó más, por ejemplo, si ya pagó el costo compartido de Medicare Original, le reembolsaremos la diferencia entre lo que ya pagó y el costo compartido dentro de la red. Sin embargo, tendrá que presentar la documentación apropiada que muestre cuánto pagó. Si participa en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y seguir recibiendo los demás servicios para su cuidado (no relacionados con el estudio) a través de nuestro plan.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, **no** necesita informarnos ni obtener nuestra aprobación o la de su Proveedor de Cuidado Primario. **No** es necesario que los proveedores que le prestan el cuidado como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red de proveedores de nuestro plan.

Aunque no necesite obtener la autorización de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, le recomendamos que nos informe con anticipación si decide participar en un ensayo clínico aprobado por Medicare.

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

Sección 5.2 Si usted participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga cada costo?

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

- Habitación y comida durante una estadía en el hospital por la que Medicare pagaría incluso si usted no participara en el estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si forma parte del estudio de investigación.
- El tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones del nuevo cuidado.

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 el costo compartido dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará la misma cantidad por los servicios que reciba como parte del estudio que pagaría si recibiera estos servicios de nuestro plan. Sin embargo, tiene la obligación de presentar documentación que muestre cuánto costo compartido ha pagado. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre cómo presentar las solicitudes de pago.

El siguiente es un ejemplo de cómo funciona el costo compartido: Supongamos que le realizan una prueba de laboratorio que cuesta $100 como parte del estudio de investigación.

Supongamos también que su costo compartido por esta prueba es de $20 con Medicare Original, pero que sería de $10 con los beneficios de nuestro plan. En ese caso, Medicare Original pagaría $80 por la prueba y usted pagaría $20 de copago requerido por Medicare Original. Luego, usted tendría que notificarle al plan que recibió un servicio de ensayo clínico aprobado y presentar la documentación apropiada, como por ejemplo, una factura del proveedor al plan. El plan le pagaría directamente a usted $10. Por lo tanto, usted paga $10, que es la misma cantidad que pagaría según los beneficios de nuestro plan. Tenga en cuenta que para recibir el pago de su plan, usted debe presentarle al plan la documentación necesaria, como por ejemplo, una factura del proveedor.

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

- Por lo general, Medicare **no** pagará el nuevo artículo o servicio que se prueba en el estudio, excepto si Medicare cubriría el artículo o servicio incluso aunque usted **no** participara en el estudio.
- Los artículos o servicios que se proporcionan solo para recopilar datos y que no se usan en el cuidado directo de su salud. Por ejemplo, Medicare no pagaría tomografías computarizadas (computerized tomography, CT) mensuales que se realicen como parte del estudio si su condición médica normalmente requeriría solo una tomografía computarizada.

¿Desea saber más?

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

Sección 6 Reglas para recibir cuidado en una “institución religiosa no médica para servicios de salud”

Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa no médica para servicios de salud?

Una institución religiosa no médica para servicios de salud es un centro que proporciona cuidado para una condición que normalmente se trataría en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Si recibir el cuidado en un hospital o un centro de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, cubriremos el cuidado en una institución religiosa no médica para servicios de salud. Este beneficio se proporciona solamente para los servicios para pacientes hospitalizados de la Parte A (servicios para el cuidado de la salud no médicos).

Sección 6.2 Recibir Cuidado de una Institución Religiosa No médica para Servicios de Salud

Para obtener cuidados de una institución religiosa no médica para servicios de salud, usted debe firmar un documento legal en el que declara que, en pleno uso de sus facultades mentales, se opone a un tratamiento médico no excluyente.

- El cuidado o tratamiento médico no excluyente es todo cuidado o tratamiento médico de carácter **voluntario** y **no obligatorio** en virtud de ninguna ley federal, estatal o local.
- El tratamiento médico excluyente es un tipo de cuidado o tratamiento médico recibido que **no** es voluntario ni tampoco **es obligatorio** conforme a la ley federal, estatal o local.

Para recibir cobertura de este plan, el cuidado que obtiene de una institución religiosa no médica para servicios de salud debe cumplir con las siguientes condiciones:

- El centro que provee el cuidado debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de servicios que recibe de este plan se limita a los aspectos **no religiosos** del cuidado de la salud.
- Si recibe servicios de esta institución prestados en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
  - Debe tener una condición de salud que le permita recibir servicios cubiertos en un hospital o en un centro de enfermería especializada como paciente hospitalizado.
  - **Además** debe obtener la aprobación anticipada de nuestro plan antes de ser admitido en el centro. De lo contrario, su estadía no será cubierta.

Usted tiene cobertura para un número de días ilimitado en el hospital, siempre y cuando su hospitalización cumpla con las normas de cobertura de Medicare. Los límites de cobertura se describen en el apartado **Cuidado para Pacientes Hospitalizados** en la Tabla de Beneficios Médicos del Capítulo 4.

Sección 7 Normas sobre la propiedad del equipo médico duradero

Sección 7.1 ¿Quién es el propietario del equipo médico duradero después de haber realizado un número determinado de pagos mediante nuestro plan?

Equipo médico duradero (durable medical equipment, DME) incluye artículos como equipo y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones motorizados, muletas, suministros para la diabetes, dispositivos para la generación del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital que un proveedor indique para uso en el domicilio. El miembro siempre es el propietario de ciertos artículos, como las prótesis. En esta sección, se explican otros tipos de equipo médico duradero que usted debe alquilar.

En Medicare Original, las personas que alquilan ciertos tipos de equipo médico duradero adquieren la propiedad del equipo una vez que pagaron copagos por el artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de nuestro plan, generalmente no adquirirá la propiedad de los artículos de equipo médico duradero alquilados, sin importar la cantidad de copagos que realice por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan, aunque haya realizado hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de equipo médico duradero en Medicare Original antes de inscribirse en nuestro plan. En ciertas circunstancias limitadas, transferiremos la propiedad del artículo de equipo médico duradero. Llame a Servicio al Cliente para obtener más información.

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

Si no adquirió la propiedad del artículo de equipo médico duradero mientras estuvo en nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de cambiarse a Medicare Original para adquirir la propiedad del artículo. Los pagos realizados mientras usted estuvo inscrito en nuestro plan no se toman en cuenta.

Ejemplo 1: Usted realizó 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Medicare Original y luego se inscribe en nuestro plan. Los pagos realizados a Medicare Original no se toman en cuenta.

Ejemplo 2: Usted realizó 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Medicare Original y luego se inscribe en nuestro plan. Usted estaba en nuestro plan pero nunca adquirió la propiedad mientras estuvo en nuestro plan. Luego, se regresa a Medicare Original. Usted tendrá que realizar 13 nuevos pagos consecutivos para adquirir la propiedad del artículo una vez que se inscriba en Medicare Original otra vez. Todos los pagos anteriores (realizados a nuestro plan o a Medicare Original) no se toman en cuenta.

Sección 7.2 Reglas para equipo de oxígeno, suministros y mantenimiento

¿Cuáles son los beneficios de oxígeno a que tiene derecho?

Si usted califica para la cobertura de equipo de oxígeno de Medicare, nuestro plan cubrirá:

- Alquiler de equipo de oxígeno
- Entrega de oxígeno y el contenido de oxígeno
- Tubos y accesorios relacionados para el suministro de oxígeno y contenidos de oxígeno
- Mantenimiento y reparación de equipo de oxígeno

Si usted deja nuestro plan o médicamente no necesita el equipo de oxígeno, entonces el equipo de oxígeno debe ser devuelto.

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

Medicare Original requiere que un proveedor de oxígeno le preste sus servicios por cinco años. Durante los primeros 36 meses, usted alquila el equipo. Durante los 24 meses restantes, el proveedor le proporciona el equipo y mantenimiento (usted seguirá siendo responsable de los copagos por oxígeno). Después de cinco años, usted decide si se queda con la misma compañía o si se cambia a otra compañía. En este momento, el ciclo de cinco años comienza otra vez, aunque usted siga con la misma compañía, y tendrá que pagar los copagos por los primeros 36 meses. Si usted se inscribe en o deja nuestro plan, el ciclo de cinco años comienza de nuevo.

Capítulo 4

Tabla de Beneficios Médicos (qué cubre el plan y qué paga usted)

Sección 1 Explicación de los gastos de su bolsillo por servicios cubiertos

Este capítulo le proporciona una Tabla de Beneficios Médicos que indica sus servicios cubiertos y cuánto pagará usted por cada servicio cubierto como miembro de MedicareMax Plus (HMO D-SNP) . Más adelante en este capítulo, encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También explica los límites de ciertos servicios.

Sección 1.1 Gastos de su bolsillo que podría pagar por sus servicios cubiertos

Para comprender la información sobre pagos de este capítulo, debe conocer los gastos de su bolsillo que usted podría pagar por sus servicios cubiertos.

- Un "**copago**" es la cantidad fija que usted paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. Usted paga un copago al momento de recibir el servicio médico. (La Tabla de Beneficios Médicos de la Sección 2 le ofrece más información sobre sus copagos.)
- El "**coseguro**" es el porcentaje que usted paga del costo total de ciertos servicios médicos. Usted paga un coseguro al momento de recibir el servicio médico. (La Tabla de Beneficios Médicos de la Sección 2 le ofrece más información sobre sus coseguros.)

Miembros clasificados como Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB) - usted no pagará ningún costo por los servicios cubiertos por Medicare, excepto los copagos por sus medicamentos con receta, si está inscrito en Medicare como Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) y también en Florida Medicaid Agency for Health Care Administration (AHCA) (Medicaid) . **Florida Medicaid Agency for Health Care Administration (AHCA) (Medicaid) paga sus coseguros, deducibles y copagos (excepto por los medicamentos con receta de la Parte D).**

Miembros no clasificados como Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB) - es posible que deba pagar algunos costos si Florida Medicaid Agency for Health Care Administration (AHCA) (Medicaid) no cubre el costo compartido de los miembros no clasificados como Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB). Sus costos pueden incluir primas, deducibles, copagos y coseguros.

Muestre su tarjeta de ID de miembro de UnitedHealthcare cuando reciba servicios para el cuidado de la salud. Estas tarjetas les ayudarán a sus proveedores de cuidado de la salud a coordinar el pago de los servicios.

Llame a Servicio al Cliente al número de teléfono indicado en el Capítulo 2 de esta guía si:

- le piden que usted pague los servicios cubiertos,
- el proveedor le niega atención, o
- si tiene alguna pregunta

Si recibe un aviso de que su cobertura de Florida Medicaid Agency for Health Care Administration (AHCA) (Medicaid) ha vencido, llame a la oficina de Medicaid inmediatamente para volver a solicitar la asistencia. El número de teléfono de la Agencia de Medicaid se encuentra en el Capítulo

2 de esta guía. Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente al número que se encuentra en el Capítulo 2 de esta guía.

Período de Gracia

Miembros clasificados como Beneficiarios Calificados de Medicare (Qualified Medicare Beneficiaries, QMB) o que reciben beneficios completos de Medicaid - si usted deja de cumplir los requisitos de Florida Medicaid Agency for Health Care Administration (AHCA) (Medicaid), puede seguir inscrito en este plan de Medicare hasta un máximo de 6 meses. Debe reinscribirse en Medicaid antes de que termine el período de 6 meses para poder mantener sus beneficios de Medicare con este plan. Durante el período de 6 meses, si usted visita a su proveedor, tendrá gastos de su bolsillo que su plan de Medicare no cubrirá; y usted será responsable de esos costos hasta que vuelva a cumplir los requisitos de Medicaid. Los gastos de su bolsillo pueden incluir deducibles, copagos y coseguros del plan de Medicare, hasta alcanzar las cantidades indicadas por Medicare Original, que se pueden encontrar en es.medicare.gov. Además, usted tendrá que pagar la prima del plan que previamente cubría Florida Medicaid Agency for Health Care Administration (AHCA) (Medicaid) . Si recibe servicios durante este período, usted será responsable de hasta $500 por los servicios cubiertos por Medicare que correspondan. Para obtener información adicional relacionada con los gastos de su bolsillo durante el período de gracia, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la portada de esta guía).

Si no se reinscribe en Florida Medicaid Agency for Health Care Administration (AHCA) (Medicaid) durante el período de 6 meses, se cancelará su inscripción en nuestro plan. Se le inscribirá en Medicare Original.

Miembros no clasificados como Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB) - el costo compartido que le corresponde no cambiará durante el período de 6 meses. Es posible que tenga gastos de su bolsillo si Florida Medicaid Agency for Health Care Administration (AHCA) (Medicaid) no cubre el costo compartido de los miembros no clasificados como Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB). Los gastos de su bolsillo pueden incluir primas, deducibles, copagos y coseguros.

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

Tenga en cuenta: Debido a que nuestros miembros también reciben ayuda de Florida Medicaid Agency for Health Care Administration (AHCA) (Medicaid), muy pocos miembros alcanzan este máximo de gastos de su bolsillo.

Debido a que está inscrito en un Plan Medicare Advantage, existe un límite en lo que usted tiene que pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos dentro de la red que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. A este límite se le llama el máximo de gastos de su bolsillo por servicios médicos. Para el año calendario 2023, esta cantidad es $500.

Lo que usted paga como copagos y coseguros por los servicios cubiertos dentro de la red se toma en cuenta para alcanzar este máximo de gastos de su bolsillo. Lo que usted paga por la prima de su plan además de lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D no se toma en cuenta para alcanzar el máximo de gastos de su bolsillo. Además, lo que usted paga por ciertos servicios tampoco se toma en cuenta para alcanzar el máximo de gastos de su bolsillo. Estos servicios se indican con un asterisco en la Tabla de Beneficios Médicos.) Si usted ya alcanzó

el máximo de gastos de su bolsillo de $500, ya no tendrá que pagar ningún gasto de su bolsillo durante el resto del año por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B dentro de la red. Sin embargo, usted debe seguir pagando la prima de su plan y la prima de la Parte B de Medicare (a menos que la pague Florida Medicaid Agency for Health Care Administration (AHCA) (Medicaid) u otro tercero).

Sección 1.3 Nuestro plan no permite que los proveedores de la red le “facturen el saldo”

Como miembro de MedicareMax Plus (HMO D-SNP) , y si tiene elegibilidad doble completa o es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB), nunca debería recibir una factura por los servicios cubiertos. Una protección importante para usted es que solamente tiene que pagar el costo compartido que le corresponde cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden agregar cargos adicionales por separado, lo que se llama "facturación de saldo". Esta protección se aplica incluso si nosotros le pagamos al proveedor menos de lo que este cobra por un servicio, e incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

A continuación se explica cómo funciona esta protección.

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad fija, por ejemplo, $15.00) usted paga solamente esa cantidad por cualquier servicio cubierto que reciba de un proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje del cargo total), usted nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor al que consulte:
  - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor dentro de la red, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por el valor del reembolso de parte del plan (según lo acordado en el contrato entre el proveedor y el plan).
  - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa en Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de pago de Medicare correspondiente a los proveedores participantes. (Recuerde que el plan cubre los servicios de proveedores fuera de la red solamente en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando usted obtiene una referencia o para emergencias o servicios requeridos de urgencia.)
  - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por el Tarifa de pago de Medicare correspondiente a los proveedores no participantes. (Recuerde que el plan cubre los servicios de proveedores fuera de la red solamente en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando usted obtiene una referencia o para emergencias o servicios requeridos de urgencia.)
- Si usted cree que un proveedor le “facturó el saldo”, llame a Servicio al Cliente.

Sección 2 Use la Tabla de Beneficios Médicos para saber los servicios que cubre el plan y lo que pagará usted

Sección 2.1 Sus beneficios médicos y costos como miembro del plan

La Tabla de Beneficios Médicos de las páginas siguientes indica los servicios que cubre MedicareMax Plus (HMO D-SNP) y lo que paga usted de su bolsillo por cada servicio. El Capítulo 5 explica la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D. Los servicios indicados en la Tabla de Beneficios Médicos están cubiertos solamente cuando se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios que tienen cobertura de Medicare deben prestarse según las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Los servicios que reciba (que incluyen cuidado, servicios, suministros y equipos médicos y medicamentos con receta de la Parte B) **deben** ser médicamente necesarios. “Médicamente necesario” significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición médica y que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- Usted recibe cuidado de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, no se cubrirá el cuidado que reciba de un proveedor fuera de la red, a menos que se trate de cuidado de urgencia o de emergencia, o a menos que su plan o un proveedor de la red le haya dado una referencia. Esto significa que usted tendrá que pagarle al proveedor por completo por los servicios prestados.
- Usted tiene un proveedor de cuidado primario (PCP) que proporciona y supervisa su cuidado. En la mayoría de las situaciones, el proveedor de cuidado primario debe darle su preaprobación antes de que usted consulte a otros proveedores de la red del plan. A esto se le llama una “referencia”.
- Algunos de los servicios indicados en la Tabla de Beneficios Médicos solamente están cubiertos si su médico u otro proveedor de la red obtienen nuestra preaprobación (a veces llamada “preautorización”).
  - Los servicios cubiertos que posiblemente requieren preaprobación para tener cobertura como servicios dentro de la red aparecen en letra cursiva en la Tabla de Beneficios Médicos.
  - Los proveedores de la red han acordado, según contrato, obtener una preautorización de parte del plan y aceptan no facturarle el saldo a usted.

Otros puntos importantes que debe saber sobre nuestra cobertura:

- Usted tiene cobertura tanto de Medicare como de Medicaid. Medicare cubre cuidado de la salud y medicamentos con receta. Medicaid cubre el costo compartido de los servicios de Medicare. Medicaid también cubre los servicios que Medicare no cubre, como el cuidado a largo plazo y los servicios a domicilio y en la comunidad.
- Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. (Si desea saber más sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte el manual **Medicare y Usted 2023.** El manual está disponible en Internet en es.medicare.gov o puede pedir una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.)
- También cubrimos sin costo para usted todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo en Medicare Original. Sin embargo, si durante la visita en la que recibe el servicio

preventivo también recibe tratamiento o le observan debido a una condición médica existente, se aplicará un copago al cuidado recibido por la condición médica existente.

- Si Medicare agrega cobertura de cualquier servicio nuevo durante el año 2023, Medicare o nuestro plan cubrirá esos servicios.
- Si usted se encuentra dentro del período de 6 meses de nuestro plan en el que se considera que sigue cumpliendo los requisitos de participación, continuaremos proporcionando todos los beneficios cubiertos del plan Medicare Advantage que correspondan. Sin embargo, durante este período, no seguiremos cubriendo los beneficios de Medicaid que estén incluidos en el Plan Estatal de Medicaid, tampoco pagaremos las primas de Medicare ni los costos compartidos que sean responsabilidad del estado.
- Medicare aprobó a MedicareMax Plus (HMO D-SNP) para que proporcione estos beneficios y copagos o coseguros más bajos como parte del programa de Seguros Basados en Valores. Este programa le permite a Medicare poner en práctica maneras nuevas de mejorar los planes Medicare Advantage.
- Información Importante sobre los Beneficios para Miembros que Participan en Servicios de Planificación de Cuidado de la Salud y Bienestar (Wellness and Health Care Planning, WHP)
- Debido a que el plan MedicareMax Plus (HMO D-SNP) participa en el beneficio de crédito para alimentos, productos de venta sin receta (over-the-counter, OTC) y facturas de servicios públicos/programa RX Cost-Share Buy Down, usted cumplirá los requisitos para los siguientes servicios de Planificación de Cuidado de la Salud y Bienestar, incluso los servicios de planificación del cuidado por anticipado (advance care planning, ACP):
- ¿Qué son los servicios de planificación del cuidado por anticipado?
  En ocasiones, las personas no pueden tomar decisiones sobre el cuidado de la salud por sí mismas debido a accidentes o enfermedades graves. Usted tiene derecho a indicar lo que desea que se haga si se encontrara en esta situación. Esto significa que, **si usted lo desea,** puede:
  - Llenar un formulario por escrito para dar **a alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** si en algún momento usted no puede tomarlas por sí mismo.
  - **Proporcionar a sus médicos instrucciones por escrito** sobre el manejo de su cuidado médico si en algún momento usted no puede tomar decisiones por sí mismo.
  - Para obtener ayuda con la planificación del cuidado por anticipado, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la portada de esta guía).
- Información Importante sobre los Beneficios para Miembros que Califican para el Programa Ayuda Adicional:
- Si usted recibe el programa Ayuda Adicional para pagar los costos de su programa de medicamentos con receta de Medicare, tales como las primas, los deducibles y los coseguros, es posible que cumpla los requisitos para otros beneficios complementarios específicos o una reducción en los costos compartidos.
- Para obtener más información detallada, consulte la sección Crédito para Alimentos, Productos de Venta Sin Receta (OTC) y facturas de servicios públicos en la Tabla de Beneficios Médicos en el Capítulo 4.
- Los miembros califican para la eliminación de su costo compartido para medicamentos de la Parte D. Para obtener más detalles, consulte el Capítulo 5.

La manzana indica los servicios preventivos en la Tabla de Beneficios.

Médicamente Necesario - significa servicios para el cuidado de la salud, suministros o medicamentos necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su enfermedad o lesión que cumplen todos los siguientes criterios, según lo determinemos nosotros mismos o nuestros designados y a nuestro criterio exclusivo:

- Según los **Estándares Generalmente Aceptados de la Práctica Médica**.
- Son los más apropiados, en cuanto a su tipo, frecuencia, alcance, sitio y duración, y se consideran eficaces para tratar su enfermedad o lesión.
- No son principalmente para su conveniencia o la de su médico u otro proveedor de cuidado de la salud.
- Satisfacen, pero no exceden, su necesidad médica, son al menos tan beneficiosos como una alternativa médicamente apropiada existente y disponible, y se prestan de la manera más eficiente en costo pero de manera segura y eficaz.

Los **Estándares Generalmente Aceptados de la Práctica Médica** se basan en evidencia científica confiable publicada en literatura médica revisada por colegas, que son generalmente reconocidos por la comunidad médica pertinente y se basan principalmente en ensayos clínicos controlados o, si estos no están disponibles, en estudios de observación de más de una institución que sugieren una relación causal entre el servicio o el tratamiento y los resultados médicos.

Si no existe evidencia científica confiable, es posible que se tomen en cuenta los estándares basados en las recomendaciones de la asociación pertinente de especialistas médicos o los estándares profesionales del cuidado de la salud. Nos reservamos el derecho a consultar la opinión de expertos para determinar si los servicios para el cuidado de la salud son Médicamente Necesarios. La decisión de aplicar las recomendaciones de la asociación pertinente de especialistas médicos, la elección de expertos y la determinación de cuándo hacer uso de dicha opinión de expertos, quedará a nuestro criterio exclusivo.

Tabla de Beneficios Médicos

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
Costo Compartido de Medicare Los beneficios cubiertos por Medicare Original incluyen: Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal Acupuntura para el dolor lumbar crónico Servicios de ambulancia Visita de bienestar anual Medición de masa ósea Examen de detección de cáncer de seno (mamografías) Servicios para la rehabilitación cardíaca Visita de reducción de riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para enfermedad cardiovascular) Exámenes de detección de enfermedades cardiovasculares Pruebas de detección de cáncer del cuello uterino y de la vagina Servicios quiroprácticos Examen de detección de cáncer colorrectal Evaluación de depresión Pruebas de detección de la diabetes Capacitación para el automanejo de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes Equipo médico duradero y suministros relacionados Cuidado de emergencia Servicios para la Audición Prueba de detección del VIH Cuidado de una agencia de asistencia médica a domicilio Terapia de infusión a domicilio Cuidados paliativos	En el caso de los servicios cubiertos por Medicare, usted paga: $0 si está inscrito en Medicaid como un Beneficiario Calificado de Medicare (QMB). $0 si está inscrito en Medicaid con beneficios completos pero no es un Beneficiario Calificado de Medicare (QMB), excepto por servicios que no cubre el programa estatal de Medicaid. Algunos de los servicios cubiertos por Medicare señalados en la tabla a continuación indican un rango de ayuda con los Costos Compartidos de Medicare (por ejemplo, $0 de copago - 20% de coseguro). Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB) o los miembros no clasificados como Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) que reciben beneficios completos de Medicaid pagan $0 de copago. Si no recibe beneficios completos de Medicaid o si no es un Beneficiario Calificado de Medicare (QMB), es posible que no califique para obtener

Algunos servicios cubiertos por Medicare indican un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB) o los miembros no clasificados como Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) que reciben beneficios completos de Medicaid pagan $0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta el máximo en el rango de costos compartidos, incluso deducibles, copagos y coseguros.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
Vacunas Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados Cuidado de salud mental para pacientes hospitalizados Terapia de nutrición clínica Programa para la Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP) Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare Evaluación diagnóstica de la obesidad y terapia para promover la pérdida de peso sostenida Servicios de Tratamiento Relacionado con Opiáceos Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios Cuidado de salud mental para pacientes ambulatorios Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios Servicios para pacientes ambulatorios por abuso de sustancias Cirugía para pacientes ambulatorios realizada en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y en centros de cirugía ambulatoria Servicios para hospitalización parcial Servicios de un médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio médico Servicios de podiatría Exámenes de detección de cáncer de próstata Prótesis y suministros relacionados	ayuda con los Costos Compartidos de Medicare y que deba pagar hasta el máximo en el rango, incluso deducibles, copagos y coseguros, como se indica a continuación. Consulte la Sección 6 del Capítulo 2 para obtener más información sobre Medicaid.

Algunos servicios cubiertos por Medicare indican un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB) o los miembros no clasificados como Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) que reciben beneficios completos de Medicaid pagan $0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta el máximo en el rango de costos compartidos, incluso deducibles, copagos y coseguros.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
Servicios para la rehabilitación pulmonar Evaluación y asesoramiento para reducir el uso indebido de alcohol Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) Pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (STI) y asesoramiento para prevenirlas Servicios para tratar enfermedades y condiciones renales Cuidado en un centro de enfermería especializada (SNF) Tratamiento del tabaquismo (asesoramiento para dejar de fumar o de usar tabaco) Terapia de Ejercicios Supervisada (SET) Servicios Requeridos de Urgencia Cuidado de la vista Visita Preventiva “Bienvenido a Medicare”	
Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal Una ecografía que se realiza una sola vez (una vez en la vida), con fines de detección, en personas con factores de riesgo. El plan cubre este examen de detección solo si usted tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene una referencia de un médico, un asistente médico, una enfermera especialista o una enfermera clínica especialista.	No hay coseguro, copago, ni deducible para los miembros que cumplen los requisitos para este examen de detección preventivo.

Algunos servicios cubiertos por Medicare indican un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB) o los miembros no clasificados como Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) que reciben beneficios completos de Medicaid pagan $0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta el máximo en el rango de costos compartidos, incluso deducibles, copagos y coseguros.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
Acupuntura para el dolor lumbar crónico Los servicios cubiertos incluyen: Hasta 12 visitas en 90 días tienen cobertura para los beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias: Para este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como: • Persistente por 12 semanas o más; • no específico, lo que significa que no tiene una causa sistémica identificable (por ejemplo, no asociado con enfermedades metastásicas, inflamatorias, infecciosas, etc.); • no asociado con una cirugía; y • no asociado con el embarazo. Ocho sesiones adicionales estarán cubiertas para aquellos pacientes que muestren una mejoría. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura anualmente. El tratamiento se debe discontinuar si el paciente no mejora o si empeora. Requisitos del Proveedor: Los médicos (según se define en 1861[r][1] de la Ley del Seguro Social [la Ley]) pueden proporcionar acupuntura según los requisitos estatales correspondientes. Los asistentes médicos (physician assistant, PA), las enfermeras especialistas (nurse practitioner, NP) o los especialistas en enfermería clínica (clinical nurse specialist, CNS) (como se identifican en 1861[aa][5] de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales correspondientes y cuentan con:	Usted pagará el costo compartido que corresponda a los servicios para el cuidado primario o a los servicios de un médico especialista (según se indica en “Servicios de un Médico/Profesional, incluidas las Visitas al Consultorio Médico”) dependiendo de si recibe servicios de un médico de cuidado primario o de un especialista. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización*. *Se requiere una referencia*.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
una maestría o un doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine (ACAOM); y, una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un estado, territorio o estado libre asociado (por ejemplo, Puerto Rico) de los Estados Unidos o del District of Columbia. El beneficio no tiene cobertura cuando lo proporciona únicamente un acupunturista independiente. El personal auxiliar que proporcione acupuntura debe estar bajo el nivel apropiado de supervisión de un médico, un asistente médico (PA), una enfermera especialista (NP) o un especialista en enfermería clínica (CNS) requerido por nuestras normas en 42 CFR §§ 410.26 y 410.27.	
Servicios de Ambulancia • Los servicios de ambulancia que tienen cobertura incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea, en avión o helicóptero, hasta el centro adecuado más cercano que pueda proporcionar el cuidado, pero solo si estos servicios los autoriza el plan o se prestan a un miembro cuya condición médica es tal que el uso de otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona. • El transporte en ambulancia que no es de emergencia es apropiado si se documenta que la condición del miembro es tal que el uso de otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.	$0 de copago por cada viaje terrestre en una sola dirección cubierto por Medicare. $0 de copago por cada viaje aéreo en una sola dirección cubierto por Medicare. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización para el transporte que no es de emergencia.*

Algunos servicios cubiertos por Medicare indican un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB) o los miembros no clasificados como Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) que reciben beneficios completos de Medicaid pagan $0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta el máximo en el rango de costos compartidos, incluso deducibles, copagos y coseguros.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
Examen Médico de Rutina Anual Incluye un examen médico completo y una evaluación del estado de enfermedades crónicas. No incluye pruebas de laboratorio, pruebas de radiodiagnóstico o pruebas de diagnóstico no radiológicas. Como se indica en cada servicio incluido en esta Tabla de Beneficios Médicos, es posible que se aplique un costo compartido adicional a las pruebas de laboratorio o de diagnóstico que se realicen durante la visita. No es necesario programar las visitas del Examen Médico de Rutina Anual con una separación de 12 meses entre sí, pero el límite es de una visita por cada año calendario.	$0 de copago por un examen médico de rutina cada año.
Visita de Bienestar Anual Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede tener una visita de bienestar anual para formular o actualizar un plan de prevención personalizado basado en su estado de salud actual y en sus factores de riesgo. Tiene cobertura una vez cada 12 meses. No incluye pruebas de laboratorio, pruebas de radiodiagnóstico o pruebas de diagnóstico no radiológicas. Como se indica en cada servicio incluido en esta Tabla de Beneficios Médicos, es posible que se aplique un costo compartido adicional a las pruebas de laboratorio o de diagnóstico que se realicen durante la visita. **Tenga en cuenta**: Su primera visita de bienestar anual tiene que realizarse al menos 12 meses después de su visita preventiva “Bienvenido a Medicare”. Sin embargo, si ha tenido la Parte B por 12 meses, no es necesario tener una visita “Bienvenido a Medicare” para que sus visitas de bienestar anuales tengan cobertura.	No hay coseguro, copago ni deducible por la visita de bienestar anual.

Algunos servicios cubiertos por Medicare indican un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB) o los miembros no clasificados como Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) que reciben beneficios completos de Medicaid pagan $0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta el máximo en el rango de costos compartidos, incluso deducibles, copagos y coseguros.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
Medición de Masa Ósea Las personas que califican (generalmente, esto significa personas con riesgo de perder masa ósea o con riesgo de osteoporosis) tienen cobertura de los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si son médicamente necesarios: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar pérdida ósea o determinar calidad ósea, además de la interpretación de los resultados por parte de un médico.	No hay coseguro, copago ni deducible por la medición de masa ósea cubierta por Medicare.
Examen de Detección de Cáncer de Seno (Mamografías) Los servicios cubiertos incluyen: • Una mamografía basal, de referencia, para mujeres entre los 35 y 39 años de edad • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años de edad o mayores • Exámenes clínicos de los senos una vez cada 24 meses	No hay coseguro, copago ni deducible por las mamografías de detección cubiertas.
Servicios para la Rehabilitación Cardíaca Los programas integrales de servicios para la rehabilitación cardíaca, que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento, tienen cobertura para los miembros que cumplen ciertas condiciones y que cuentan con una orden del médico. El plan también cubre programas para la rehabilitación cardíaca intensiva que generalmente son más rigurosos o intensos que los programas para la rehabilitación cardíaca.	$0 de copago por cada visita de rehabilitación cardíaca cubierta por Medicare. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.*

Algunos servicios cubiertos por Medicare indican un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB) o los miembros no clasificados como Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) que reciben beneficios completos de Medicaid pagan $0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta el máximo en el rango de costos compartidos, incluso deducibles, copagos y coseguros.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
Visita de reducción de riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para enfermedad cardiovascular) Cubrimos una visita por año con su médico de cuidado primario para ayudarle a reducir su riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante esta visita, su médico puede discutir el uso de aspirina (si fuera pertinente), revisar su presión arterial y darle consejos para comer sano.	No hay coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo de enfermedades cardiovasculares.
Exámenes de Detección de Enfermedades Cardiovasculares Los análisis de sangre para detectar enfermedades cardiovasculares (o anormalidades asociadas con un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares) están cubiertos una vez cada 5 años (60 meses).	No hay coseguro, copago ni deducible para los exámenes de detección de enfermedades cardiovasculares que tienen cobertura una vez cada cinco años.
Pruebas de Detección de Cáncer del Cuello Uterino y de la Vagina Los servicios cubiertos incluyen: • Para todas las mujeres: Las pruebas de Papanicolau y los exámenes pélvicos tienen cobertura una vez cada 24 meses • Tiene cobertura para pruebas de Papanicolau cada 12 meses si tiene un alto riesgo de padecer de cáncer del cuello uterino o de la vagina, o si está en edad de procrear y ha tenido una prueba de Papanicolau anormal en los últimos 3 años • Para mujeres que no muestran síntomas de cáncer entre los 30 y 65 años de edad: Prueba de detección de HPV una vez cada 5 años, cuando se realiza junto con la prueba de Papanicolau	No hay coseguro, copago ni deducible por las pruebas de Papanicolau y los exámenes pélvicos preventivos que están cubiertos por Medicare.

Algunos servicios cubiertos por Medicare indican un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB) o los miembros no clasificados como Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) que reciben beneficios completos de Medicaid pagan $0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta el máximo en el rango de costos compartidos, incluso deducibles, copagos y coseguros.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
Servicios Quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen: • Manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación (cuando uno o más de los huesos de la columna vertebral están fuera de posición). • Cualquier servicio distinto a la manipulación manual para el tratamiento de una subluxación está excluido de la cobertura de Medicare.	$0 de copago por cada visita cubierta por Medicare. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.*
Examen de Detección de Cáncer Colorrectal Para personas de 45 años y mayores, los siguientes servicios están cubiertos: • Sigmoidoscopia flexible (o un enema de bario de detección como alternativa) cada 48 meses Una de las siguientes pruebas cada 12 meses: • Análisis de sangre oculta en la materia fecal basado en guayacol (gFOBT) • Prueba inmunoquímica fecal (FIT) Examen colorrectal basado en ADN cada 3 años Para personas con alto riesgo de tener cáncer colorrectal, cubrimos: • Colonoscopia de detección (o un enema de bario de detección como alternativa) cada 24 meses Para personas que no están en alto riesgo de tener cáncer colorrectal, cubrimos: • Colonoscopia de detección cada 10 años (120 meses), pero no durante el lapso de 48 meses después de una sigmoidoscopia de detección	No hay coseguro, copago ni deducible por el examen de detección de cáncer colorrectal y una colonoscopia con cobertura de Medicare. No hay coseguro, copago ni deducible por cada enema de bario cubierto por Medicare.

Algunos servicios cubiertos por Medicare indican un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB) o los miembros no clasificados como Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) que reciben beneficios completos de Medicaid pagan $0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta el máximo en el rango de costos compartidos, incluso deducibles, copagos y coseguros.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
Colonoscopia de diagnóstico para pacientes ambulatorios	No hay coseguro, copago ni deducible por cada colonoscopia de diagnóstico cubierta por Medicare. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización*.
Beneficios Dentales de Rutina	
Las visitas de rutina al consultorio, con fines preventivos, incluyen: • Exámenes bucales, 2 por año • Limpiezas de rutina, una cada 6 meses • Serie completa de radiografías de rutina, cada año • Aplicación tópica de fluoruro, una vez al año	$0 de copago por una visita preventiva al consultorio
Servicios dentales integrales: • Servicios restaurativos (Los empastes dentales se limitan a dos (2) por año para 1, 2, 3 o 4 superficies.) D2140 – Amalgama: una superficie, primarios o permanentes D2150 – Amalgama: dos superficies, primarios o permanentes D2160 – Amalgama: tres superficies, primarios o permanentes D2161 - Amalgama: cuatro superficies, primarios o permanentes	$0 de copago por los servicios cubiertos completos

Algunos servicios cubiertos por Medicare indican un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB) o los miembros no clasificados como Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) que reciben beneficios completos de Medicaid pagan $0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta el máximo en el rango de costos compartidos, incluso deducibles, copagos y coseguros.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
D2330 - Compuesto de resina: una superficie, anterior D2331 - Compuesto de resina: dos superficies, anterior D2332 - Compuesto de resina: tres superficies, anterior D2335 - Compuesto de resina: cuatro o más superficies o que implique el ángulo incisivo (anterior) D2391 - Compuesto de resina: una superficie, posterior D2392 - Compuesto de resina: dos superficies, posterior D2393 - Compuesto de resina: tres superficies, posterior D2394 - Compuesto de resina: cuatro o más superficies, posterior • Prostodoncia (extraíble) (El reemplazo de dentaduras postizas se limita a una [1] vez cada cinco [5] años consecutivos.) D5110 - Dentadura postiza completa: maxilar D5120 - Dentadura postiza completa: mandibular D5130 - Dentadura postiza inmediata: maxilar D5140 - Dentadura postiza inmediata: mandibular D5211 - Dentadura postiza parcial maxilar: base de resina (incluye ganchos, apoyos y dientes convencionales) D5212 - Dentadura postiza parcial mandibular: base de resina (incluye ganchos, apoyos y dientes convencionales) D5213 - Dentadura postiza parcial maxilar: estructura de metal fundido con bases de resina (incluye ganchos, apoyos y dientes convencionales) D5214 - Dentadura postiza parcial mandibular: estructura de metal fundido con dentadura postiza de resina D5730 - Rebase de dentadura postiza completa maxilar (en el consultorio)	

Algunos servicios cubiertos por Medicare indican un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB) o los miembros no clasificados como Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) que reciben beneficios completos de Medicaid pagan $0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta el máximo en el rango de costos compartidos, incluso deducibles, copagos y coseguros.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
D5731 - Rebase de dentadura postiza completa mandibular (en el consultorio) D5740 - Rebase de dentadura postiza parcial maxilar (en el consultorio) D5741 - Rebase de dentadura postiza parcial mandibular (en el consultorio) • Cirugía Bucal/Extracciones D7140 - Extracción, diente brotado o raíz expuesta (elevación o extracción con fórceps) D7210 - Extracción quirúrgica de diente brotado que hace necesaria la elevación del colgajo mucoperióstico y la extracción ósea o seccional del diente Las limitaciones, las restricciones y los copagos por los servicios dentales integrales y preventivos pueden variar. Comuníquese con Servicio al Cliente para obtener más información. Puede obtener más información sobre este beneficio consultando la Hoja de Información sobre Proveedores en PCNhealth.com o llamando a Servicio al Cliente y pedir que le envíen una copia impresa.	
Evaluación de Depresión Cubrimos una evaluación por año para el diagnóstico de la depresión. La evaluación debe hacerse en un centro de cuidado primario que pueda proporcionar tratamiento de seguimiento o referencias.	No hay coseguro, copago ni deducible por una visita anual para evaluación de depresión.

Algunos servicios cubiertos por Medicare indican un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB) o los miembros no clasificados como Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) que reciben beneficios completos de Medicaid pagan $0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta el máximo en el rango de costos compartidos, incluso deducibles, copagos y coseguros.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
Pruebas de Detección de la Diabetes Cubrimos estas pruebas de detección (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si usted tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), historial de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o un historial de un alto nivel de glucosa en la sangre (glucemia). Es posible que estas pruebas también tengan cobertura si usted cumple otros requisitos, como por ejemplo, tener exceso de peso o un historial familiar de diabetes. Según sean sus resultados de estas pruebas, es posible que cumpla los requisitos para tener dos pruebas de detección de la diabetes cada año del plan.	No hay coseguro, copago ni deducible por las pruebas de detección de la diabetes cubiertas por Medicare.
Capacitación para el automanejo de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes Para todas las personas que tienen diabetes (independientemente de que usen o no insulina). Los servicios cubiertos incluyen:	
• Suministros para medir el nivel de glucosa en la sangre: Medidor de glucosa en la sangre, tiras para medir la glucosa, lancetas y dispositivos para lancetas y soluciones de control de la glucosa para comprobar la precisión de los medidores y las tiras para medir la glucosa. MedicareMax Plus (HMO D-SNP) cubre todos los medidores de glucosa en la sangre y las tiras para medir la glucosa indicados en esta lista. Generalmente no cubrimos otras marcas a menos que su médico u otro proveedor nos	$0 de copago por cada suministro para el control de la diabetes cubierto por Medicare. Cubrimos solamente las marcas Accu-Chek® y OneTouch®. Entre los medidores de glucosa con cobertura se incluyen: OneTouch Verio Flex®,

Algunos servicios cubiertos por Medicare indican un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB) o los miembros no clasificados como Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) que reciben beneficios completos de Medicaid pagan $0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta el máximo en el rango de costos compartidos, incluso deducibles, copagos y coseguros.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
indique que el uso de otra marca es médicamente necesario para su situación específica. Si usted es un nuevo miembro de MedicareMax Plus (HMO D-SNP) y usa una marca de medidores de glucosa en la sangre y de tiras para medir la glucosa que no está en nuestra lista, comuníquese con nosotros en un plazo no mayor de los primeros 90 días de su inscripción en el plan para solicitar un suministro temporal de esa otra marca mientras consulta a su médico o a otro proveedor. Durante este tiempo, hable con su médico para decidir si algunas de las marcas preferidas son médicamente apropiadas para usted. Si usted o su médico creen que es médicamente necesario para usted seguir usando otra marca, puede solicitar una excepción de cobertura para que MedicareMax Plus (HMO D-SNP) siga cubriendo un producto no preferido hasta el final del año de beneficios. Si no existe una excepción de cobertura aprobada, los productos no preferidos no estarán cubiertos después de los primeros 90 días del año de beneficios. Si no están de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, usted (o su proveedor) pueden presentar una apelación. Usted también puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor con respecto a la marca o el producto que es adecuado para su condición médica. (Para obtener más información sobre apelaciones, consulte el Capítulo 9, Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas].)	OneTouch Verio Reflect®, OneTouch® Verio, OneTouch®Ultra 2, Accu-Chek® Guide Me y Accu-Chek® Guide. Tiras para medir la glucosa: OneTouch Verio®, OneTouch Ultra®, Accu-Chek® Guide, Accu-Chek® Aviva Plus y Accu-Chek® SmartView. Su plan no cubre otras marcas. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización*. $0 de copago por cada Medidor Continuo de Glucosa y sus suministros cubiertos por Medicare, según las pautas de Medicare. No existen limitaciones de marcas para los Medidores Continuos de Glucosa. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización*. Para saber el costo compartido de insulina y jeringas, consulte el Capítulo 6 - Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D.

Algunos servicios cubiertos por Medicare indican un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB) o los miembros no clasificados como Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) que reciben beneficios completos de Medicaid pagan $0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta el máximo en el rango de costos compartidos, incluso deducibles, copagos y coseguros.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
• Si se trata de personas que sufren diabetes y que tienen una enfermedad grave de pie diabético: Un par por cada año calendario de zapatos terapéuticos moldeados a medida (incluye las plantillas que vienen con los zapatos) y dos pares de plantillas adicionales, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas (sin incluir las plantillas extraíbles estándar que vienen con esos zapatos). La cobertura incluye el ajuste.	$0 de copago por cada par de zapatos terapéuticos cubiertos por Medicare. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización*.
• La capacitación para el automanejo de la diabetes tiene cobertura bajo ciertas condiciones. Limitada a 20 visitas de 30 minutos por año, lo que equivale a un máximo de 10 horas en el primer año. La capacitación de seguimiento en los años subsiguientes está limitada a 4 visitas de 30 minutos, lo que equivale a un máximo de 2 horas por año.	$0 de copago por los beneficios cubiertos por Medicare.
Equipo Médico Duradero (DME) y Suministros Relacionados (Para una definición de “equipo médico duradero”, consulte el Capítulo 12 así como la Sección 7 del Capítulo 3 de este documento.) Entre los artículos cubiertos se incluye: sillas de rueda, muletas, sistemas de colchones motorizados, suministros para la diabetes, camas de hospital que un proveedor indique para uso en el domicilio, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todo equipo médico duradero que sea médicamente necesario y que tenga cobertura de Medicare Original. Si nuestro proveedor en su área no vende una	$0 de copago por los beneficios cubiertos por Medicare. Su costo compartido por la cobertura de equipo de oxígeno de Medicare es $0 de copago, cada vez que usted reciba equipo o suministros cubiertos. Su costo compartido no cambiará después de estar inscrito por 36 meses. Si antes de inscribirse en nuestro plan usted pagó 36 meses de alquiler por la cobertura de equipo de oxígeno, su costo compartido

Algunos servicios cubiertos por Medicare indican un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB) o los miembros no clasificados como Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) que reciben beneficios completos de Medicaid pagan $0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta el máximo en el rango de costos compartidos, incluso deducibles, copagos y coseguros.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
marca o fabricante específicos, pídale si haría un pedido especial para usted. Hable con su médico para obtener un producto que sea médicamente apropiado para usted mediante nuestro proveedor preferido.	en nuestro plan es $0 de copago. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.*
Cuidado de Emergencia El cuidado de emergencia se refiere a los servicios que son: • Prestados por un proveedor calificado para prestar servicios para emergencias, y • Necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia. Una emergencia médica se da cuando usted, o cualquier persona prudente con conocimientos promedio de salud y medicina, creen que usted tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir la muerte (y, si se trata de una mujer embarazada, la pérdida de un feto), la pérdida de una extremidad o de la funcionalidad de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor grave o una condición médica que empeora rápidamente. El costo compartido por los servicios necesarios para emergencias prestados fuera de la red es el mismo que para dichos servicios prestados dentro de la red.	$0 de copago - $90 de copago por cada visita a la sala de emergencias. Usted no paga esta cantidad si es admitido en el hospital por la misma condición en un plazo no mayor de 24 horas. Si se le admite a un hospital, usted pagará los costos compartidos que se indican en la sección “Cuidado Hospitalario para Pacientes Hospitalizados” de esta Tabla de Beneficios. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo.
Cobertura mundial de servicios prestados en departamentos de emergencias fuera de los Estados Unidos. Esto incluye el cuidado de emergencia o el cuidado requerido de urgencia, además del transporte en	$0 de copago por la cobertura mundial de servicios para emergencias fuera de los Estados Unidos. Consulte la Sección 1.1 del Capítulo 7 para

Algunos servicios cubiertos por Medicare indican un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB) o los miembros no clasificados como Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) que reciben beneficios completos de Medicaid pagan $0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta el máximo en el rango de costos compartidos, incluso deducibles, copagos y coseguros.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
ambulancia de emergencia desde el sitio de la emergencia hasta el centro de tratamiento médico más cercano. El transporte de regreso a los Estados Unidos desde otro país no tiene cobertura. Los procedimientos preprogramados o los tratamientos planificados de antemano (incluso diálisis para una condición continua) y los procedimientos electivos no tienen cobertura. Los servicios prestados por un dentista no tienen cobertura.	todo lo relacionado con el reembolso de gastos por servicios mundiales. Si recibe cuidado de emergencia en un hospital fuera de la red y si, después de la estabilización de su condición de emergencia, necesita cuidado como paciente hospitalizado, debe cambiarse a un hospital dentro de la red para que su cuidado siga teniendo cobertura. De otra manera su cuidado para pacientes hospitalizados en un hospital fuera de la red debe ser autorizado por el plan y su costo es el costo compartido que usted pagaría en un hospital dentro de la red.
Programa de Acondicionamiento Físico Programa Renew Active® de UnitedHealthcare® El programa Renew Active de UnitedHealthcare es el programa de referencia de acondicionamiento físico para el cuerpo y la mente de Medicare. Está disponible para usted sin costo adicional e incluye: • Una membresía gratuita a un gimnasio, acceso a nuestra red nacional de centros de acondicionamiento físico y gimnasios, un plan de acondicionamiento físico personalizado, además de miles de videos de ejercicios a	Proporcionado por: programa Renew Active® $0 de copago Proporcionado por: Fitbit® $0 de copago

Algunos servicios cubiertos por Medicare indican un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB) o los miembros no clasificados como Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) que reciben beneficios completos de Medicaid pagan $0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta el máximo en el rango de costos compartidos, incluso deducibles, copagos y coseguros.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
pedido y clases de acondicionamiento físico en vivo por Internet. • Un programa para la agudeza mental por Internet con contenido exclusivo para los miembros del programa Renew Active de AARP® Staying Sharp. • Actividades sociales en clases y eventos locales de salud y bienestar. • Comunidad Fitbit® en Internet para Renew Active. No es necesario tener un dispositivo Fitbit. • 1 dispositivo Fitbit cada 2 años. Solamente ciertos modelos tienen cobertura. Visite fitbit.com/global/us/store/UHC para obtener información detallada. • 1 kit de ejercicios para el hogar para miembros que viven a una distancia de 15 millas o más de un centro de acondicionamiento físico participante. Puede obtener más información consultando la Hoja de Información sobre Proveedores en PCNhealth.com o llamando a Servicio al Cliente y pedir que le envíen una copia impresa.	
Servicios para la Audición Las evaluaciones diagnósticas de la audición y del equilibrio que realice su proveedor para determinar si usted necesita tratamiento médico están cubiertas como cuidado para pacientes ambulatorios si las presta un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado.	$0 de copago por cada examen cubierto por Medicare. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización*.
Servicios para la Audición - Examen de Audición de Rutina Este beneficio cubre 1 examen cada año.	Proporcionado por: Proveedores de la red del plan en su área de servicio. $0 de copago

Algunos servicios cubiertos por Medicare indican un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB) o los miembros no clasificados como Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) que reciben beneficios completos de Medicaid pagan $0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta el máximo en el rango de costos compartidos, incluso deducibles, copagos y coseguros.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
Servicios para la Audición - Aparatos Auditivos: A través de UnitedHealthcare Hearing, puede elegir de una amplia selección de aparatos auditivos de marca, o la marca Relate™ de UnitedHealthcare Hearing, con programación personalizada a su pérdida de audición. Los aparatos auditivos se pueden adaptar en persona con un proveedor de la red o se pueden entregar directamente a su domicilio con cuidado médico de seguimiento virtual (modelos selectos). Este beneficio se limita a 2 aparatos auditivos cada año. Los accesorios para aparatos auditivos y servicios opcionales están disponibles a la venta, pero no están cubiertos por el plan. Para acceder al beneficio de aparatos auditivos y ponerse en contacto con un proveedor de la red, debe comunicarse con UnitedHealthcare Hearing al 1-877-704-3384, TTY 711, o PCNhealth.com. Los aparatos auditivos que se compren fuera de UnitedHealthcare Hearing no tienen cobertura.	Proporcionado por: UnitedHealthcare Hearing La asignación para aparatos auditivos es de $2,000 Usted debe obtener una preautorización de UnitedHealthcare Hearing. Se pueden aplicar cargos adicionales por las visitas de seguimiento opcionales.
Prueba de Detección del VIH En el caso de personas que solicitan una prueba de detección del VIH o que tienen un factor alto de riesgo de infección del VIH, cubrimos: • Una prueba de detección cada 12 meses Si se trata de mujeres que están embarazadas, cubrimos: • Hasta tres pruebas de detección durante el embarazo	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros que cumplen los requisitos para la prueba de detección preventiva del VIH cubierta por Medicare.
Cuidado de una Agencia de Asistencia Médica a Domicilio	$0 de copago por todas las visitas de asistencia médica a domicilio proporcionadas por una agencia de asistencia

Algunos servicios cubiertos por Medicare indican un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB) o los miembros no clasificados como Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) que reciben beneficios completos de Medicaid pagan $0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta el máximo en el rango de costos compartidos, incluso deducibles, copagos y coseguros.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
Antes de recibir servicios de asistencia médica a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita estos servicios e indicará que se los preste una agencia de asistencia médica a domicilio. Usted debe estar recluido en su domicilio, lo que significa que salir de su casa implica un gran esfuerzo. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios intermitentes, o de tiempo parcial, de enfermería especializada o de un auxiliar de asistencia médica a domicilio (para tener cobertura mediante el beneficio de cuidado de asistencia médica a domicilio, sus servicios combinados de enfermería especializada y del auxiliar de asistencia médica a domicilio deben sumar un total de menos de 8 horas por día y 35 horas por semana) • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipo y suministros médicos	médica a domicilio de la red, siempre y cuando se cumplan los criterios de Medicare. Se pueden aplicar otros copagos o coseguros (Consulte la sección Equipo Médico Duradero y Suministros Relacionados para saber los copagos o coseguros correspondientes). *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.*
Terapia de Infusión a Domicilio La terapia de infusión a domicilio implica la administración por vía intravenosa o subcutánea de medicamentos o de productos biológicos a una persona en su domicilio. Los componentes necesarios para realizar una infusión a domicilio 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: □ Los servicios profesionales, incluso servicios de enfermería, prestados según el plan de cuidado	Usted pagará el costo compartido que corresponda a los servicios para el cuidado primario, los servicios de un médico especialista o Asistencia Médica a Domicilio (según se indica en “Servicios de un Médico/Profesional incluidas las Visitas al Consultorio Médico” o "Cuidado de una Agencia de Asistencia Médica a Domicilio”) según el lugar donde usted

Algunos servicios cubiertos por Medicare indican un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB) o los miembros no clasificados como Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) que reciben beneficios completos de Medicaid pagan $0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta el máximo en el rango de costos compartidos, incluso deducibles, copagos y coseguros.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
☐ La capacitación y educación del paciente que, de otra manera, no están cubiertos mediante el beneficio de equipo médico duradero ☐ Monitoreo remoto ☐ Los servicios de monitoreo para la provisión de terapia de infusión a domicilio y los medicamentos de infusión a domicilio proporcionados por un proveedor calificado de terapia de infusión a domicilio	recibió la administración o los servicios de monitoreo. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.* *Es posible que se requiera una referencia.* Consulte "Equipo Médico Duradero" anteriormente en esta tabla para ver los costos compartidos correspondientes a equipo y suministros relacionados con la Terapia de Infusión a Domicilio. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.* Consulte "Medicamentos con Receta de la Parte B de Medicare" más adelante en esta tabla para ver los costos compartidos correspondientes a los medicamentos relacionados con la Terapia de Infusión a Domicilio. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.*

Algunos servicios cubiertos por Medicare indican un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB) o los miembros no clasificados como Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) que reciben beneficios completos de Medicaid pagan $0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta el máximo en el rango de costos compartidos, incluso deducibles, copagos y coseguros.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
Cuidados Paliativos Usted cumple los requisitos para recibir el beneficio de cuidados paliativos cuando su médico y el director médico de cuidados paliativos le han dado un pronóstico terminal certificando que tiene una enfermedad terminal con una expectativa de vida de 6 meses o menos si su enfermedad sigue su curso normal. Puede recibir cuidados de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Su plan tiene la obligación de ayudarle a buscar programas de cuidados paliativos certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos aquellos que la organización MA posee, controla o en los que tiene un interés financiero. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor dentro o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos para controlar los síntomas y aliviar el dolor • Relevo del cuidador a corto plazo • Cuidado a domicilio Cuando usted es admitido en un centro de cuidados paliativos, tiene derecho a seguir en su plan; si decide seguir en su plan, debe continuar pagando las primas del plan. **Si se trata de servicios para cuidados paliativos o de servicios que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que están relacionados con su pronóstico terminal:** Medicare Original (en vez de nuestro plan) pagará al proveedor de cuidados paliativos por sus servicios para cuidados paliativos y todos los demás servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal. Mientras usted sea parte de un programa de cuidados	Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, sus servicios para cuidados paliativos y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal son pagados por Medicare Original, no por MedicareMax Plus (HMO D-SNP) .

Algunos servicios cubiertos por Medicare indican un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB) o los miembros no clasificados como Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) que reciben beneficios completos de Medicaid pagan $0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta el máximo en el rango de costos compartidos, incluso deducibles, copagos y coseguros.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
paliativos, su proveedor de cuidados paliativos facturará a Medicare Original los servicios que le corresponde pagar a Medicare Original. Se le facturará a usted el costo compartido de Medicare Original. **Si se trata de servicios que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no están relacionados con su pronóstico terminal:** Si necesita servicios que no son de emergencia ni requeridos de urgencia que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no están relacionados con su pronóstico terminal, su costo por estos servicios depende de si usted usa o no un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las reglas del plan (por ejemplo, si existe un requisito para obtener una preautorización): • Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las reglas del plan para recibir los servicios, usted solo paga el costo compartido del plan por servicios dentro de la red • Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, usted paga el costo compartido correspondiente a Medicare de Tarifa por Servicio (Medicare Original) Si se trata de servicios cubiertos por MedicareMax Plus (HMO D-SNP) pero que no están cubiertos por la Parte A o B de Medicare: MedicareMax Plus (HMO D-SNP) seguirá cubriendo los servicios con cobertura del plan que no estén cubiertos por la Parte A o B, independientemente de que estén relacionados o no con su pronóstico terminal. Usted paga el costo compartido de su plan para estos servicios. Si se trata de medicamentos que podrían estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan: Si estos medicamentos no están relacionados con los cuidados paliativos de su condición terminal, usted paga el	

Algunos servicios cubiertos por Medicare indican un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB) o los miembros no clasificados como Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) que reciben beneficios completos de Medicaid pagan $0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta el máximo en el rango de costos compartidos, incluso deducibles, copagos y coseguros.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
costo compartido. Si están relacionados con los cuidados paliativos de su condición terminal, usted paga el costo compartido de Medicare Original. Los medicamentos nunca están cubiertos por el programa de cuidados paliativos y por nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5 (**¿Qué sucede si usted está en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare?**). **Nota:** Si necesita cuidados que no son paliativos (cuidados que no están relacionados con su pronóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para hacer los arreglos necesarios. Recibir cuidados que no son paliativos a través de nuestros proveedores de la red reducirá su parte de los costos por dichos servicios.	
Vacunas Entre los servicios cubiertos por la Parte B de Medicare se incluye: • Vacuna contra la pulmonía • Vacunas antigripales, una cada temporada de gripe en el otoño y el invierno, con vacunas antigripales adicionales si es médicamente necesario • Vacuna contra la hepatitis B, si tiene factores de riesgo alto o moderado de contraer la hepatitis B • Vacuna contra la COVID-19 • Otras vacunas, si tiene factores de riesgo y estos cumplen las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare	No hay coseguro, copago ni deducible por las vacunas contra la pulmonía, las vacunas antigripales, contra la hepatitis B o contra la COVID-19. No hay coseguro, copago ni deducible por todas las demás vacunas cubiertas por Medicare.

Algunos servicios cubiertos por Medicare indican un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB) o los miembros no clasificados como Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) que reciben beneficios completos de Medicaid pagan $0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta el máximo en el rango de costos compartidos, incluso deducibles, copagos y coseguros.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
También cubrimos algunas vacunas mediante nuestro beneficio de medicamentos con receta de la Parte D, como vacunas de refuerzo contra el herpes zóster o el tétanos. Consulte el Capítulo 6 para obtener más información sobre la cobertura y el costo compartido correspondiente.	
Servicios de Apoyo a Domicilio Reciba 12 horas de apoyo a domicilio después de ser dado de alta de un hospital como paciente hospitalizado o de una estadía en un centro de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF). Los cuidadores pueden ayudar con las tareas domésticas, cuidado personal, supervisión en general y más.	$0 de copago
Cuidado Hospitalario para Pacientes Hospitalizados Incluye cuidado de casos agudos para pacientes hospitalizados, rehabilitación para pacientes hospitalizados, hospitales de cuidado a largo plazo y otros servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados. El cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados se inicia el día que usted es formalmente admitido al hospital con una indicación del médico. El día anterior al día en que se le da de alta es su último día como paciente hospitalizado. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Habitación semiprivada (o una habitación privada, si es médicamente necesario) • Comidas, incluso dietas especiales • Servicios de enfermería normales • Costos de las unidades de cuidados especiales (por ejemplo, de cuidados intensivos o cuidado coronario) • Medicamentos y principios activos	$0 de copago por cada estadía en el hospital cubierta por Medicare por un número ilimitado de días, cada vez que usted es admitido. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización*. Si usted obtiene autorización para recibir cuidado como paciente hospitalizado en un hospital fuera de la red después de la estabilización de su condición, su costo es el costo compartido que usted pagaría en un hospital de la red. No se aplican los períodos de beneficios hospitalarios de

Algunos servicios cubiertos por Medicare indican un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB) o los miembros no clasificados como Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) que reciben beneficios completos de Medicaid pagan $0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta el máximo en el rango de costos compartidos, incluso deducibles, copagos y coseguros.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
• Pruebas de laboratorio • Radiografías y otros servicios para radiología • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios • Uso de aparatos, como sillas de ruedas • Costos del quirófano y la sala de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje • En ciertos casos, los siguientes tipos de trasplantes están cubiertos: córnea, riñón, renal-pancreático, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, célula madre e intestinal/multivisceral. El plan cuenta con una red de centros donde se realizan trasplantes de órganos. La red de hospitales del plan que prestan servicios para trasplantes de órganos es distinta de la red que aparece en la sección 'Hospitales' de su Directorio de Proveedores. Algunos hospitales dentro de la red del plan que prestan otros servicios médicos no están en la red del plan de servicios para trasplantes. Para obtener información sobre los centros de la red que prestan servicios para trasplantes, llame a Servicio al Cliente de MedicareMax Plus (HMO D-SNP) al 1-800-407-9069 TTY 711. Si necesita un trasplante, haremos los arreglos necesarios 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 para trasplantes dentro de la red no son parte de los centros que realizan trasplantes en su comunidad, usted puede elegir proveedores de trasplantes locales, siempre y cuando los proveedores de trasplantes acepten la tarifa de Medicare Original. Si MedicareMax Plus (HMO D-	Medicare. (La definición de períodos de beneficios se encuentra en el capítulo titulado Definiciones de palabras importantes.) Para el cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados, el costo compartido indicado anteriormente se aplica cada vez que usted es admitido en el hospital. Una transferencia a otro tipo de centro (por ejemplo, un Hospital de Rehabilitación para Pacientes Hospitalizados o un Hospital de Cuidado a Largo Plazo) se considera una nueva admisión. Por cada estadía en el hospital como paciente hospitalizado, usted tiene cobertura por un número ilimitado de días, siempre y cuando la estadía en el hospital esté cubierta según las reglas del plan.

Algunos servicios cubiertos por Medicare indican un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB) o los miembros no clasificados como Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) que reciben beneficios completos de Medicaid pagan $0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta el máximo en el rango de costos compartidos, incluso deducibles, copagos y coseguros.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
SNP) presta servicios para trasplantes en un sitio que no es parte de los centros que realizan trasplantes en su comunidad y usted decidió recibir trasplantes en ese sitio distante, haremos los arreglos necesarios o pagaremos los costos de alojamiento y transporte adecuados para usted y un acompañante. Mientras recibe cuidado en un sitio distante, también le reembolsaremos los gastos de transporte desde y hacia el hospital o el consultorio médico para recibir evaluaciones, servicios para trasplantes y cuidado médico de seguimiento. (El transporte en un sitio distante incluye, entre otros: kilometraje del vehículo, tarifa aérea en clase turista o económica y costo de taxis o de vehículos compartidos.) Es posible que también estén cubiertos los costos de alojamiento o de lugares de hospedaje (como hoteles, moteles, o de alojamiento a corto plazo) que son consecuencia de un trasplante de órgano que tiene cobertura. Puede recibir un reembolso por gastos aprobados de hasta un total de $125 por día. Los servicios de transporte no están sujetos al límite diario. • Sangre – incluso su almacenamiento y administración. La cobertura comienza con la primera pinta de sangre que usted necesita. • Servicios de un médico	
Nota: Para ser un paciente hospitalizado, su proveedor debe emitir una orden por escrito para que su admisión sea formalmente aceptada. Aunque usted pase la noche en el hospital, es probable que se le considere “paciente ambulatorio”. A esto se le llama “observación ambulatoria”.	Los costos compartidos de la observación para pacientes ambulatorios se explican en la sección Cirugía Ambulatoria y Otros Servicios Médicos Prestados en Centros

Algunos servicios cubiertos por Medicare indican un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB) o los miembros no clasificados como Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) que reciben beneficios completos de Medicaid pagan $0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta el máximo en el rango de costos compartidos, incluso deducibles, copagos y coseguros.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
Si no está seguro si es un paciente hospitalizado o ambulatorio, pregúnteselo al personal del hospital. También puede obtener más información en la hoja de datos de Medicare titulada "¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡Pregunte!" Esta hoja de datos está disponible en el sitio web https://es.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-S-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar gratis a estos números las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios y Centros de Cirugía Ambulatoria.
Servicios para Pacientes Hospitalizados en un Hospital Psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen: - Servicios para el cuidado de la salud mental que requieren una estadía en el hospital. Hay un límite de por vida de 190 días para los servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a los servicios para la salud mental prestados en la unidad psiquiátrica de un hospital general. - Servicios para pacientes hospitalizados por abuso de sustancias	$0 de copago por cada estadía en el hospital cubierta por Medicare, hasta 90 días por cada período de beneficios. Además de 60 días adicionales de reserva de por vida. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización*. Los períodos de beneficios hospitalarios de Medicare se usan para determinar el número total de días cubiertos para el cuidado de salud mental para pacientes hospitalizados. (La definición de períodos de beneficios se encuentra en el capítulo titulado Definiciones de palabras importantes.) Sin embargo, el costo compartido

Algunos servicios cubiertos por Medicare indican un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB) o los miembros no clasificados como Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) que reciben beneficios completos de Medicaid pagan $0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta el máximo en el rango de costos compartidos, incluso deducibles, copagos y coseguros.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
	descrito anteriormente se aplica cada vez que usted es admitido en el hospital, incluso si es admitido varias veces dentro de un período de beneficios.
Estadía como Paciente Hospitalizado: Servicios cubiertos que fueron recibidos en un hospital o en un Centro de Enfermería Especializada (SNF) durante una estadía como paciente hospitalizado sin cobertura Si ha agotado sus beneficios de hospitalización, o si la estadía como paciente hospitalizado no es razonable ni necesaria, no cubriremos su estadía como paciente hospitalizado. Sin embargo, en ciertos casos, cubriremos ciertos servicios que usted recibe mientras está en un hospital o en un centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:	Cuando su estadía deja de estar cubierta, estos servicios se cubrirán según se indica en las secciones siguientes:
• Servicios de un médico	Consulte, más abajo, Servicios de un Médico/Profesional, Incluidas las Visitas al Consultorio Médico.
• Exámenes de diagnóstico (como pruebas de laboratorio)	Consulte más abajo, Pruebas de Diagnóstico y Servicios y Suministros Terapéuticos para Pacientes Ambulatorios.
• Radioterapia con rayos x y radioisótopos, incluso materiales y servicios técnicos	Consulte más abajo, Pruebas de Diagnóstico y Servicios y Suministros Terapéuticos para Pacientes Ambulatorios.

Algunos servicios cubiertos por Medicare indican un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB) o los miembros no clasificados como Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) que reciben beneficios completos de Medicaid pagan $0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta el máximo en el rango de costos compartidos, incluso deducibles, copagos y coseguros.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
• Vendajes quirúrgicos • Férulas, yesos y otros suministros utilizados para tratar fracturas y dislocaciones	Consulte más abajo, Pruebas de Diagnóstico y Servicios y Suministros Terapéuticos para Pacientes Ambulatorios.
• Aparatos de prótesis y ortesis (que no sean dentales) que reemplazan, de manera total o parcial, un órgano interno del cuerpo (incluso el tejido adyacente) o la funcionalidad de un órgano interno del cuerpo que, de manera permanente, no funciona o lo hace de manera inadecuada (incluye el reemplazo o las reparaciones de dichos aparatos)	Consulte más abajo, Suministros para Prótesis y Suministros Relacionados.
• Abrazaderas ortopédicas para piernas, brazos, espalda y cuello; cinturones quirúrgicos, y piernas, brazos y ojos artificiales. Incluye ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debido a rotura, desgaste, pérdida o cambio en la condición física del paciente	Consulte más abajo, Suministros para Prótesis y Suministros Relacionados.
• Fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje y terapia ocupacional	Consulte más abajo, Servicios de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios.

Algunos servicios cubiertos por Medicare indican un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB) o los miembros no clasificados como Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) que reciben beneficios completos de Medicaid pagan $0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta el máximo en el rango de costos compartidos, incluso deducibles, copagos y coseguros.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
Beneficio de Comidas Este beneficio se puede usar inmediatamente después de una estadía en el hospital como paciente hospitalizado o en un centro de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF), si así lo recomienda un proveedor. Pautas de beneficios: - Reciba hasta 28 comidas entregadas a su domicilio durante un plazo de hasta 14 días - Es posible que la primera comida sea entregada hasta 72 horas después de pedirla - Se pueden aplicar algunas restricciones y limitaciones	Proporcionado por: Mom's Meals® $0 de copago Se requiere preautorización.
Terapia de Nutrición Clínica Este beneficio es para las personas con diabetes, enfermedad renal (pero que no reciben diálisis) o después de un trasplante de riñón, cuando su médico lo indica. Cubrimos tres horas de servicios de asesoramiento en persona durante el primer año que usted recibe servicios de terapia de nutrición clínica mediante Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage o Medicare Original), y dos horas cada año, después del primer año. Si hay cambios en su condición, tratamiento o diagnóstico, es posible que pueda recibir más horas de tratamiento si cuenta con la indicación de un médico. Un médico debe indicar estos servicios y debe renovar la indicación anualmente si su tratamiento es necesario en el próximo año calendario.	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros que cumplen los requisitos para recibir servicios de terapia de nutrición clínica cubiertos por Medicare.
Programa para la Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP)	No hay coseguro, copago ni deducible por el beneficio del programa MDPP.

Algunos servicios cubiertos por Medicare indican un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB) o los miembros no clasificados como Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) que reciben beneficios completos de Medicaid pagan $0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta el máximo en el rango de costos compartidos, incluso deducibles, copagos y coseguros.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
Los servicios del Programa para la Prevención de la Diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) tendrán cobertura en todos los planes de salud de Medicare para los beneficiarios de Medicare que cumplen los requisitos. El Programa para la Prevención de la Diabetes de Medicare es una intervención estructurada de cambio de comportamiento relacionado con la salud. Ofrece capacitación práctica para cambiar hábitos alimenticios a largo plazo, aumentar el nivel de actividad física y adoptar estrategias para resolver problemas y superar desafíos para mantener la pérdida de peso y llevar un estilo de vida saludable.	
Medicamentos con Receta de la Parte B de Medicare Estos medicamentos están cubiertos mediante la Parte B de Medicare Original. Estos medicamentos están cubiertos para los miembros de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen: • Medicamentos que generalmente el paciente no se autoadministra, sino que se inyectan o se administran mediante infusión cuando recibe servicios de un médico, servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios o servicios de un centro de cirugía ambulatoria • Medicamentos autorizados por el plan que usted toma mediante equipo médico duradero (por ejemplo, nebulizadores) • Factores de coagulación que usted mismo se inyecta si tiene hemofilia	$0 de copago por cada medicamento de la Parte B cubierto por Medicare. Además, por la administración de ese medicamento, usted pagará el costo compartido que corresponda a los servicios de un proveedor de cuidado primario, a los servicios de un especialista o a los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (según se indica en “Servicios de un Médico/ Profesional, incluidas las Visitas al Consultorio Médico” o en “Servicios Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios” en esta tabla de beneficios) según el lugar donde recibió la administración del

Algunos servicios cubiertos por Medicare indican un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB) o los miembros no clasificados como Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) que reciben beneficios completos de Medicaid pagan $0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta el máximo en el rango de costos compartidos, incluso deducibles, copagos y coseguros.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
• Medicamentos inmunosupresores, si usted estaba inscrito en la Parte A de Medicare cuando recibió un trasplante de órgano • Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si está recluida en su domicilio, tiene una fractura de hueso que un médico certifica que está relacionada con la osteoporosis posmenopáusica, y si no puede autoadministrarse el medicamento • Antígenos (para inyecciones contra alergias) • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y contra las náuseas • Ciertos medicamentos para diálisis en el domicilio, que incluyen la heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario, los anestésicos tópicos y los agentes estimuladores de la eritropoyesis (por ejemplo, Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa) • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el domicilio de inmunodeficiencias primarias	medicamento o los servicios de infusión. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.*
Medicamentos para quimioterapia y su administración El siguiente enlace le llevará a una Lista de Medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a Terapia Escalonada: https://www.medicare.uhc.com/medicare/member/documents/part-b-step-therapy.html Es posible que usted o su médico deban proporcionar más información sobre cómo se usa un medicamento con receta de la Parte B de Medicare para determinar la cobertura. Es posible que existan medicamentos eficaces de menor costo, que tratan la misma condición médica. Si le recetan un nuevo medicamento de la Parte B o no ha surtido recientemente el medicamento de la Parte B, es posible que se le requiera probar uno o más de esos otros	$0 de copago por cada medicamento para quimioterapia cubierto por Medicare y por la administración de ese medicamento. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.*

Algunos servicios cubiertos por Medicare indican un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB) o los miembros no clasificados como Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) que reciben beneficios completos de Medicaid pagan $0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta el máximo en el rango de costos compartidos, incluso deducibles, copagos y coseguros.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
medicamentos antes de que el plan cubra su medicamento. Si usted ya ha probado otros medicamentos o si su médico piensa que no son adecuados para usted, usted o su médico pueden solicitar al plan que cubra el medicamento de la Parte B. (Para obtener más información, consulte el Capítulo 9, Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas].) Para obtener más información, comuníquese con Servicio al Cliente. También cubrimos algunas vacunas mediante nuestro beneficio de medicamentos con receta de la Parte B y la Parte D. El Capítulo 5 explica el beneficio de medicamentos con receta de la Parte D, incluso las reglas que debe seguir para que sus medicamentos con receta tengan cobertura. El Capítulo 6 explica lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D a través de nuestro plan.	
NurseLine Los servicios de NurseLine están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Hable con una enfermera titulada (RN) sobre sus problemas y preguntas con respecto a su salud. Puede consultar la Hoja de Información sobre Proveedores en PCNhealth.com, o llamar a Servicio al Cliente y pedir que le envíen una copia impresa.	Proporcionado por: NurseLine $0 de copago
Evaluación diagnóstica de la obesidad y terapia 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 bajar de peso.	No hay coseguro, copago ni deducible para la evaluación diagnóstica preventiva de la obesidad y la terapia.

Algunos servicios cubiertos por Medicare indican un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB) o los miembros no clasificados como Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) que reciben beneficios completos de Medicaid pagan $0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta el máximo en el rango de costos compartidos, incluso deducibles, copagos y coseguros.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
Este asesoramiento está cubierto si lo recibe en un centro de cuidado primario, donde pueda coordinarse con su plan preventivo integral. Hable con su médico de cuidado primario o con un profesional para obtener más información.	
Servicios del Programa de Tratamiento Relacionado con Opiáceos Los miembros de nuestro plan con trastornos por consumo de opiáceos (opioid use disorder, OUD) pueden obtener cobertura de servicios para tratar trastornos por consumo de opiáceos mediante un Programa de Tratamiento Relacionado con Opiáceos (Opioid Treatment Program, OTP) que incluye los siguientes servicios: - Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos para el tratamiento asistido con medicamentos (medication-assisted treatment, MAT) agonistas y antagonistas de los opiáceos. - Suministro y administración de los medicamentos mediante el tratamiento asistido con medicamentos (si corresponde) - Asesoramiento relacionado con el abuso de sustancias - Terapia individual y de grupo - Pruebas toxicológicas - Actividades de admisión - Evaluaciones periódicas	$0 de copago por los servicios del programa de tratamiento relacionado con opiáceos cubiertos por Medicare. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.*

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
Pruebas de Diagnóstico y Servicios y Suministros Terapéuticos para Pacientes Ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:	
• Radiografías	$0 de copago por cada servicio de radiografía estándar cubierto por Medicare. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.*
• Radioterapia (con radioisótopos), incluso materiales y suministros del técnico	$0 de copago por cada servicio de radioterapia cubierto por Medicare. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.*
• Suministros quirúrgicos, como vendajes • Férulas, yesos y otros suministros utilizados para tratar fracturas y dislocaciones Nota: No hay ningún cargo aparte por los suministros médicos que se usan de rutina en una visita al consultorio y que se incluyen en los cargos del proveedor por la visita (por ejemplo, vendajes, hisopos de algodón y otros suministros de rutina). Sin embargo, los suministros por los que los proveedores cobran un cargo aparte correspondiente (por ejemplo, agentes químicos utilizados en ciertos procedimientos de diagnóstico) están sujetos a los costos compartidos que se indican.	$0 de copago por cada suministro médico cubierto por Medicare. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.*

Algunos servicios cubiertos por Medicare indican un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB) o los miembros no clasificados como Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) que reciben beneficios completos de Medicaid pagan $0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta el máximo en el rango de costos compartidos, incluso deducibles, copagos y coseguros.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
• Pruebas de laboratorio	$0 de copago por los servicios de laboratorio cubiertos por Medicare. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.*
• Sangre - incluso su almacenamiento y administración (esto significa la preparación y el manejo de sangre). La cobertura comienza con la primera pinta de sangre que usted necesita. • Además, por la administración de infusión de sangre, usted pagará el costo compartido según se indica en las siguientes secciones de esta tabla. Este costo depende de dónde haya recibido los servicios de infusión: o Servicios de un Médico/Profesional, incluidas las Visitas al Consultorio Médico o Cirugía Ambulatoria y Otros Servicios Médicos Prestados en Centros Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios y Centros de Cirugía Ambulatoria	$0 de copago por los servicios relacionados con la sangre cubiertos por Medicare. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.*

Algunos servicios cubiertos por Medicare indican un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB) o los miembros no clasificados como Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) que reciben beneficios completos de Medicaid pagan $0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta el máximo en el rango de costos compartidos, incluso deducibles, copagos y coseguros.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
• Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios - Servicios de diagnóstico no radiológicos	$0 de copago por los servicios de diagnóstico no radiológicos cubiertos por Medicare. Entre otros servicios, se incluye: electrocardiogramas (EKG), pruebas de la función respiratoria, estudios del sueño realizados en el domicilio o en el laboratorio y pruebas de esfuerzo. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización*.

Algunos servicios cubiertos por Medicare indican un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB) o los miembros no clasificados como Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) que reciben beneficios completos de Medicaid pagan $0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta el máximo en el rango de costos compartidos, incluso deducibles, copagos y coseguros.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
• Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios - Servicios de radiodiagnóstico, sin incluir radiografías.	$0 de copago por los servicios de radiodiagnóstico cubiertos por Medicare, sin incluir radiografías, realizados en el consultorio de un médico o en un centro autónomo (como en un centro de radiología o en una clínica médica). *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización*. Los servicios de radiodiagnóstico requieren equipo más especializado que el equipo para radiografías estándar y deben ser prestados por personal certificado o especialmente capacitado. Entre otros servicios, se incluye: tomografías especializadas, tomografía computarizada (CT), tomografía computarizada por emisión monofotónica (SPECT), tomografía por emisión de positrones (PET), imágenes por resonancia magnética (MRI), angiografía por resonancia magnética (MRA), estudios nucleares, ecografías, mamografías de diagnóstico y procedimientos radiológicos de intervención (mielografías, cistografías, angiogramas y

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
	estudios con disolución de bario).

Algunos servicios cubiertos por Medicare indican un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB) o los miembros no clasificados como Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) que reciben beneficios completos de Medicaid pagan $0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta el máximo en el rango de costos compartidos, incluso deducibles, copagos y coseguros.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
Servicios Hospitalarios de Observación para Pacientes Ambulatorios Los servicios de observación son los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios que se prestan para determinar si usted necesita ser admitido como paciente hospitalizado o si se le da de alta. Para que tengan cobertura los servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios, deben cumplir con los criterios de Medicare y ser considerados razonables y necesarios. Los servicios de observación tienen cobertura solo cuando son proporcionados por órdenes de un médico o de otro profesional autorizado que posea la licencia requerida por las leyes del estado y cumpla con los estatutos administrativos del hospital para admitir pacientes al hospital u ordenar pruebas para pacientes ambulatorios. **Nota**: A menos que el proveedor haya emitido una orden para admitirlo como paciente hospitalizado, usted será considerado un paciente ambulatorio y pagará el costo compartido de los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aunque usted pase la noche en el hospital, es probable que se le considere “paciente ambulatorio”. Si no está seguro si es un paciente ambulatorio, pregúnteselo al personal del hospital. También puede obtener más información en la hoja de datos de Medicare titulada “¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare – ¡pregunte!” Esta hoja de datos está disponible en el sitio web https://es.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-S-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números gratuitos las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	Los costos compartidos de la observación para pacientes ambulatorios se explican en la sección Cirugía Ambulatoria y Otros Servicios Médicos Prestados en Centros Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios y Centros de Cirugía Ambulatoria.

Algunos servicios cubiertos por Medicare indican un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB) o los miembros no clasificados como Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) que reciben beneficios completos de Medicaid pagan $0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta el máximo en el rango de costos compartidos, incluso deducibles, copagos y coseguros.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
Servicios Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios Cubrimos los servicios médicamente necesarios de diagnóstico o de tratamiento de una enfermedad o lesión que usted reciba en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:	
• Servicios en un departamento de emergencias	Consulte Cuidado de Emergencia.
• Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital	Consulte Pruebas de Diagnóstico y Servicios y Suministros Terapéuticos para Pacientes Ambulatorios.
• Cuidado de salud mental, incluso cuidados en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que, sin ellos, sería necesario el tratamiento como paciente hospitalizado	Consulte Cuidado de Salud Mental para Pacientes Ambulatorios.
• Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital	Consulte Pruebas de Diagnóstico y Servicios y Suministros Terapéuticos para Pacientes Ambulatorios.
• Suministros médicos, por ejemplo férulas y yesos	Consulte Pruebas de Diagnóstico y Servicios y Suministros Terapéuticos para Pacientes Ambulatorios.

Algunos servicios cubiertos por Medicare indican un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB) o los miembros no clasificados como Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) que reciben beneficios completos de Medicaid pagan $0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta el máximo en el rango de costos compartidos, incluso deducibles, copagos y coseguros.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
• Ciertos exámenes de detección y servicios preventivos	Consulte los beneficios precedidos por el símbolo de una "manzana".
• Ciertos medicamentos y sustancias biológicas que usted no puede administrarse a sí mismo	Consulte Medicamentos con Receta de la Parte B de Medicare.
• Servicios realizados en una clínica para pacientes ambulatorios	Consulte Servicios de un Médico/Profesional, Incluidas las Visitas al Consultorio Médico.
• Observación o cirugía para pacientes ambulatorios • Terapia de infusión para pacientes ambulatorios	Consulte Cirugía ambulatoria y otros servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria.
Si se trata del medicamento que se administra mediante infusión, a usted le corresponde pagar el costo compartido que se indica en “Medicamentos con Receta de la Parte B de Medicare” en esta tabla de beneficios. Además, por la administración de ese medicamento, usted pagará el costo compartido que corresponda a los servicios de un proveedor de cuidado primario, a los servicios de un especialista o a los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (según se indica en “Servicios de un Médico/ Profesional, incluidas las Visitas al Consultorio Médico” o en “Cirugía Ambulatoria y Otros Servicios Médicos Prestados en Centros Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios y Centros de Cirugía Ambulatoria” en esta tabla de	Consulte Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare y Servicios de un médico o profesional, incluso visitas al consultorio médico o Cirugía ambulatoria y otros servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria.

Algunos servicios cubiertos por Medicare indican un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB) o los miembros no clasificados como Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) que reciben beneficios completos de Medicaid pagan $0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta el máximo en el rango de costos compartidos, incluso deducibles, copagos y coseguros.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
beneficios) según el lugar donde recibió la administración del medicamento o los servicios de infusión. **Nota:** A menos que el proveedor haya emitido una orden para admitirlo como paciente hospitalizado, usted será considerado un paciente ambulatorio y pagará el costo compartido de la cirugía ambulatoria. Aunque usted pase la noche en el hospital, es probable que se le considere "paciente ambulatorio". A esto se le llama "observación ambulatoria". Si no está seguro si es un paciente ambulatorio, pregúnteselo al personal del hospital. También puede obtener más información en la hoja de datos de Medicare titulada "¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!" Esta hoja de datos está disponible en el sitio web https://es.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-S-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar gratis a estos números las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	Los costos compartidos para pacientes ambulatorios en observación se explican en Cirugía para Pacientes Ambulatorios y en Otros Servicios Médicos Prestados en Centros Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios y Centros de Cirugía Ambulatoria.
Cuidado de Salud Mental para Pacientes Ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen: Servicios para la salud mental prestados por un psiquiatra o médico con licencia del estado, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermera especialista, asistente médico u otro profesional de cuidado de la salud mental calificado por Medicare, según lo permitan las leyes estatales vigentes.	$0 de copago por cada sesión de terapia **individual** cubierta por Medicare $0 de copago por cada sesión de terapia de **grupo** cubierta por Medicare

Algunos servicios cubiertos por Medicare indican un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB) o los miembros no clasificados como Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) que reciben beneficios completos de Medicaid pagan $0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta el máximo en el rango de costos compartidos, incluso deducibles, copagos y coseguros.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
	Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.
Servicios de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen: fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se prestan en diversos centros para pacientes ambulatorios; por ejemplo, el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital, consultorios de terapeutas independientes, consultorios de médicos y Centros para Rehabilitación Integral de Pacientes Ambulatorios (CORF).	$0 de copago por cada visita de fisioterapia y de terapia del habla y del lenguaje cubierta por Medicare. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.* $0 de copago por cada visita de terapia ocupacional cubierta por Medicare. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.*
Servicios para pacientes ambulatorios por abuso de sustancias Tratamiento y asesoramiento por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios.	$0 de copago por cada sesión de terapia **individual** cubierta por Medicare. $0 de copago por cada sesión de terapia **de grupo** cubierta por Medicare. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.*
Cirugía Ambulatoria y Otros Servicios Médicos Prestados en Centros Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios y Centros de Cirugía Ambulatoria	$0 de copago por una cirugía u otros servicios cubiertos por Medicare que usted reciba en

Algunos servicios cubiertos por Medicare indican un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB) o los miembros no clasificados como Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) que reciben beneficios completos de Medicaid pagan $0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta el máximo en el rango de costos compartidos, incluso deducibles, copagos y coseguros.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
Nota: Si se le va a realizar una cirugía en un hospital, debe preguntarle a su proveedor si será considerado paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que el proveedor emita una orden para admitirlo como paciente hospitalizado, usted será considerado un paciente ambulatorio y pagará el costo compartido de la cirugía ambulatoria. Aunque usted pase la noche en el hospital, es probable que se le considere "paciente ambulatorio". A esto se le llama "observación ambulatoria". Si no está seguro si es un paciente ambulatorio, pregúnteselo a su médico o al personal del hospital.	un centro de cirugía ambulatoria, lo que incluye, entre otros, los cargos del hospital u otros cargos del centro y los cargos del médico o los cargos quirúrgicos. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.*
Si recibe algún servicio o artículo que no sea una cirugía, es posible que exista un costo compartido adicional por dichos servicios o artículos, entre los que se incluyen pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos, prótesis, dispositivos ortóticos, suministros o medicamento de la Parte B. Para saber los costos compartidos específicos que debe pagar, consulte en esta tabla la sección correspondiente a los servicios o artículos adicionales que haya recibido. Consulte "Examen de Detección de Cáncer Colorrectal" anteriormente en esta tabla para obtener información sobre los beneficios del examen y la colonoscopia de diagnóstico.	$0 de copago por una cirugía u otros servicios cubiertos por Medicare que usted reciba en un hospital para pacientes ambulatorios, lo que incluye, entre otros, los cargos del hospital u otros cargos del centro y los cargos del médico o los cargos quirúrgicos. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.* Los servicios de cirugía para pacientes ambulatorios que pueden prestarse en un centro de cirugía ambulatoria disponible deben ser prestados en un centro de cirugía ambulatoria a menos que sea médicamente necesario prestarlos en un departamento

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
	para pacientes ambulatorios de un hospital. $0 de copago por cada día de servicios de observación cubiertos por Medicare que usted reciba en un hospital para pacientes ambulatorios, lo que incluye, entre otros, los cargos del hospital u otros cargos del centro y los cargos del médico o los cargos quirúrgicos. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización*.
Crédito para alimentos, productos de venta sin receta (OTC) y facturas de servicios públicos Con este beneficio, usted recibirá un crédito cargado a su UCard™ de UnitedHealthcare cada mes para pagar alimentos y artículos de venta sin receta que tienen cobertura, además de ciertas facturas de servicios públicos. Los créditos no utilizados vencen al final de cada mes. Los artículos cubiertos incluyen: - Alimentos saludables como frutas, verduras, carnes, pescados y mariscos, productos lácteos, agua y más. - Productos de venta sin receta de marca y genéricos, como vitaminas, analgésicos, pasta dental, caramelos para la tos y más.	Proporcionado por: Solutran El crédito mensual es de $180

Algunos servicios cubiertos por Medicare indican un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB) o los miembros no clasificados como Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) que reciben beneficios completos de Medicaid pagan $0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta el máximo en el rango de costos compartidos, incluso deducibles, copagos y coseguros.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
▯ Facturas de servicios públicos aprobados como electricidad, gas, agua e Internet. La dirección del servicio debe coincidir con una dirección que tengamos de usted en nuestros archivos. El crédito no puede usarse para la compra de tabaco o alcohol. Puede usar su crédito en miles de tiendas participantes o realizar un pedido por Internet o por teléfono a través de su catálogo. Obtenga la entrega a domicilio gratuita cuando gaste $35 o más. Para recibir un catálogo impreso, llame a Servicio al Cliente o al número que aparece en la Hoja de Información sobre Proveedores. También puede usar su crédito para pagar facturas de servicios públicos aprobados por Internet, por teléfono, en su Walmart MoneyCenter local o en el mostrador de Servicio al Cliente. Visite el UCard Hub en PCNhealth.com para encontrar tiendas participantes, consultar su saldo, realizar un pedido por Internet o pagar facturas de servicios públicos.	
Servicios para Hospitalización Parcial "Hospitalización parcial" es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo que se proporciona como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios, o es proporcionado por un centro de salud mental comunitario. El programa es de mayor intensidad que el cuidado recibido en el consultorio de su médico o terapeuta, y es una alternativa a la hospitalización.	$0 de copago cada día por los beneficios cubiertos por Medicare. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.*

Algunos servicios cubiertos por Medicare indican un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB) o los miembros no clasificados como Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) que reciben beneficios completos de Medicaid pagan $0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta el máximo en el rango de costos compartidos, incluso deducibles, copagos y coseguros.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
Servicios de un Médico/Profesional, Incluidas las Visitas al Consultorio Médico Los servicios cubiertos incluyen:	
• Servicios médicos o quirúrgicos médicamente necesarios prestados en el consultorio de un médico.	$0 de copago por los servicios prestados por un proveedor de cuidado primario o, en ciertas circunstancias, el tratamiento recibido en el consultorio de un proveedor de cuidado primario de parte de una enfermera especialista, de un asistente médico o de otros profesionales de cuidado de la salud que no son médicos (según lo permita Medicare).
• Servicios médicos o quirúrgicos médicamente necesarios prestados en un centro de cirugía ambulatoria certificado o en un departamento para pacientes ambulatorios de un hospital.	Consulte “Cirugía para Pacientes Ambulatorios” en esta tabla para ver los copagos o coseguros aplicables por las visitas en un centro de cirugía ambulatoria o en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios.
• Consulta, diagnóstico y tratamiento realizados por un especialista.	$0 de copago por los servicios prestados por un especialista o, en ciertas circunstancias, el tratamiento recibido en el consultorio de un especialista de parte de una enfermera

Algunos servicios cubiertos por Medicare indican un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB) o los miembros no clasificados como Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) que reciben beneficios completos de Medicaid pagan $0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta el máximo en el rango de costos compartidos, incluso deducibles, copagos y coseguros.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
	especialista, de un asistente médico o de otro profesional de cuidado de la salud que no es médico (según lo permita Medicare). *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.* *Se requiere una referencia.*
• Exámenes básicos de audición y del equilibrio realizados por su especialista, si su médico los indica para determinar si necesita tratamiento médico.	$0 de copago por cada examen cubierto por Medicare. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.*
• Algunos servicios de telesalud, que incluyen consultas, diagnóstico y tratamiento de parte de un médico o de un profesional, para pacientes en ciertas áreas rurales o en otros sitios aprobados por Medicare. • Servicios de telesalud para las visitas mensuales relacionadas con enfermedad renal en etapa terminal, para los miembros que se realizan diálisis en el domicilio, en un centro de diálisis renal basado en un hospital o en un hospital de acceso crítico, en un centro de diálisis renal o en el domicilio del miembro. • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un derrame cerebral, independientemente del sitio donde se presten. • Servicios de telesalud para los miembros con trastornos por consumo de sustancias o trastornos de salud	$0 de copago por cada visita cubierta por Medicare. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.* *Se requiere una referencia.*

Algunos servicios cubiertos por Medicare indican un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB) o los miembros no clasificados como Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) que reciben beneficios completos de Medicaid pagan $0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta el máximo en el rango de costos compartidos, incluso deducibles, copagos y coseguros.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
mental concomitantes, independientemente del sitio donde se presten. • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental si: ○ Usted tiene una visita en persona en un plazo menor de 6 meses antes de su primera visita de telesalud ○ Usted tiene una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud ○ Se pueden hacer excepciones a lo anterior en ciertas circunstancias • Servicios de telesalud para las visitas de salud mental prestados por Clínicas de Salud Rurales y Centros de Cuidado de la Salud que han sido Aprobados a Nivel Federal • Servicios de Monitoreo Remoto Cubiertos por Medicare • Consultas virtuales (por ejemplo, por teléfono o por videochat) con su médico de 5 a 10 minutos si: ○ Usted no es un paciente nuevo y ○ La consulta no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días y ○ La consulta no resulta en una visita al consultorio en un plazo menor de 24 horas o en la primera cita disponible. • Evaluación de video o imágenes que usted envíe a su médico, y la interpretación y el seguimiento del médico en un plazo no mayor de 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 resulta en una visita al consultorio en un plazo menor de 24 horas o en la primera cita disponible.	

Algunos servicios cubiertos por Medicare indican un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB) o los miembros no clasificados como Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) que reciben beneficios completos de Medicaid pagan $0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta el máximo en el rango de costos compartidos, incluso deducibles, copagos y coseguros.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
• Consultas que su médico tiene con otros médicos por teléfono, por Internet o mediante el sistema de registros electrónicos de salud.	
• Obtención de una segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía.	Usted pagará el costo compartido que corresponda a los servicios de un especialista (según se indica anteriormente en “Servicios de un Médico/ Profesional, Incluidas las Visitas al Consultorio Médico”). *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización*. *Se requiere una referencia*.
• Cuidado dental que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a la cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reducción de fracturas de la mandíbula o huesos faciales, la extracción de dientes en la preparación de la mandíbula para tratar con radiación una enfermedad cancerosa neoplásica o los servicios que estarían cubiertos si los prestara un médico). Los servicios dentales prestados por un dentista y relacionados con el cuidado, el tratamiento, los empastes dentales, la extracción o el reemplazo de dientes, o de las estructuras que apoyan directamente los dientes, no son beneficios cubiertos por Medicare y no tienen cobertura mediante este beneficio.	$0 de copago por cada visita cubierta por Medicare. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización*.
• Servicios de control, en un consultorio médico o en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios, si está	Usted pagará el costo compartido que corresponda a

Algunos servicios cubiertos por Medicare indican un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB) o los miembros no clasificados como Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) que reciben beneficios completos de Medicaid pagan $0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta el máximo en el rango de costos compartidos, incluso deducibles, copagos y coseguros.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
tomando anticoagulantes, por ejemplo Coumadin, Heparin o Warfarin (a estos servicios también se les llama servicios de la 'Clínica de Coumadin').	los servicios de un proveedor de cuidado primario, a los servicios de un especialista o a los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (según se indica en "Servicios de un Médico/Profesional, incluidas las Visitas al Consultorio Médico" o en "Servicios Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios" en esta tabla de beneficios) según el lugar donde reciba los servicios. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización*. *Es posible que se requiera una referencia*.
• Servicios médicos o quirúrgicos médicamente necesarios que son beneficios cubiertos y son prestados por un médico/profesional de cuidado de la salud que no es médico en su domicilio.	$0 de copago por los servicios prestados por un proveedor de cuidado primario o, en ciertas circunstancias, los servicios de parte de una enfermera especialista, de un asistente médico o de otros profesionales de cuidado de la salud que no son médicos. $0 de copago por los servicios de un médico especialista.

Algunos servicios cubiertos por Medicare indican un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB) o los miembros no clasificados como Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) que reciben beneficios completos de Medicaid pagan $0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta el máximo en el rango de costos compartidos, incluso deducibles, copagos y coseguros.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
	Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización. *Es posible que se requiera una referencia.*
Ciertos servicios de telesalud, incluso:	
o Visitas Virtuales Médicas Adicionales: Servicios Requeridos de Urgencia Proveedor de Cuidado Primario Especialista Otros Profesionales de Cuidado de la Salud	$0 de copago
o Otros tipos de Visitas Virtuales Médicas: Servicios para la Rehabilitación Cardíaca Servicios para la Rehabilitación Cardíaca Intensiva Servicios de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios o Terapia Ocupacional o Fisioterapia y Terapia del Habla y del Lenguaje	$0 de copago
o Visitas de telesalud de Salud Mental adicionales: Los servicios cubiertos incluyen servicios individuales para la salud mental. Las Visitas Virtuales de Salud Mental son visitas de salud mental que no ocurren en un centro médico, sino que son realizadas por proveedores de visitas virtuales que usan Internet junto con transmisión audiovisual en vivo. Para obtener más información y para programar una cita virtual, visite virtualvisitsmentalhealth.uhc.com.	$0 de copago

Algunos servicios cubiertos por Medicare indican un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB) o los miembros no clasificados como Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) que reciben beneficios completos de Medicaid pagan $0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta el máximo en el rango de costos compartidos, incluso deducibles, copagos y coseguros.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
○ Usted tiene la opción de recibir estos servicios mediante una visita en persona o a través del servicio de telesalud. Si usted decide recibir uno de estos servicios mediante el servicio de telesalud, debe utilizar un proveedor que ofrezca dicho servicio. ○ Las Visitas Virtuales Médicas y los Servicios Complementarios de Telesalud son visitas médicas que no ocurren en un centro médico, sino que son realizadas por proveedores que usan Internet junto con transmisión audiovisual en vivo para realizar la visita. ○ No todas las condiciones médicas se pueden tratar a través de visitas virtuales. El médico de visitas virtuales identificará si usted tiene que consultar a un médico en persona para recibir tratamiento. ○ Los servicios de telesalud que no están cubiertos por Medicare y que son prestados por proveedores que no están mencionados anteriormente no están cubiertos.	
Servicios de Podiatría Los servicios cubiertos incluyen: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedos en martillo o espolones calcáneos). • Cuidado de los pies de rutina para miembros con ciertas condiciones médicas que afectan las extremidades inferiores.	$0 de copago por cada visita cubierta por Medicare en un consultorio o a domicilio. Si se trata de servicios prestados en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios, por ejemplo una cirugía; consulte la sección Cirugía Ambulatoria y Otros Servicios Médicos Prestados en Centros Hospitalarios para

Algunos servicios cubiertos por Medicare indican un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB) o los miembros no clasificados como Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) que reciben beneficios completos de Medicaid pagan $0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta el máximo en el rango de costos compartidos, incluso deducibles, copagos y coseguros.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
	Pacientes Ambulatorios y Centros de Cirugía Ambulatoria. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización*.
Cuidado de los pies de rutina adicional El tratamiento de los pies que generalmente se considera preventivo, es decir, corte o extirpación de callos, verrugas, callosidades y uñas.	$0 de copago por cada visita de rutina, hasta 6 visitas cada año.
Exámenes de Detección de Cáncer de Próstata Para hombres a partir de los 50 años, los servicios cubiertos incluyen los siguientes - una vez cada 12 meses: • Tacto rectal • Prueba de Antígeno Prostático Específico (Prostate Specific Antigen, PSA)	No hay coseguro, copago ni deducible por cada examen rectal digital cubierto por Medicare. No hay coseguro, copago ni deducible por una prueba anual de Antígeno Prostático Específico. Las pruebas de diagnóstico de Antígeno Prostático Específico están sujetas al costo compartido indicado en la sección Pruebas de Diagnóstico y Servicios y Suministros Terapéuticos para Pacientes Ambulatorios en esta tabla.
Prótesis y Suministros Relacionados	$0 de copago por cada prótesis u ortesis cubierta por Medicare,

Algunos servicios cubiertos por Medicare indican un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB) o los miembros no clasificados como Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) que reciben beneficios completos de Medicaid pagan $0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta el máximo en el rango de costos compartidos, incluso deducibles, copagos y coseguros.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
Son los dispositivos (aparte de los dentales) que reemplazan de manera total o parcial una parte o una función del cuerpo. Estos dispositivos incluyen, entre otros: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de una colostomía, marcapasos, abrazaderas ortopédicas, zapatos protésicos, extremidades artificiales y prótesis de seno (incluso un sostén quirúrgico después de una mastectomía), que estén cubiertos por Medicare. Incluye ciertos suministros relacionados con las prótesis y su reparación o reemplazo. Incluye también alguna cobertura después de una extracción de cataratas o una cirugía de cataratas. Para obtener más información, consulte “Cuidado de la Vista” más adelante en esta sección.	incluso el reemplazo y las reparaciones de dichos dispositivos, y suministros relacionados. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización*.
Servicios para la Rehabilitación Pulmonar Los programas integrales de rehabilitación pulmonar tienen cobertura para miembros que padecen de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), de moderada a muy grave, y que cuentan con una orden para la rehabilitación pulmonar emitida por el médico que está tratando su enfermedad respiratoria crónica. Medicare cubre hasta dos (2) sesiones de una hora al día, con un máximo de 36 sesiones de servicios para la rehabilitación pulmonar, una vez en la vida (en algunos casos hasta 72 sesiones una vez en la vida).	$0 de copago por cada visita de rehabilitación pulmonar cubierta por Medicare. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización*.
Evaluación y Asesoramiento para Reducir el Uso Indebido de Alcohol Cubrimos una evaluación de uso indebido de alcohol por cada año para las personas adultas que tienen Medicare (incluso mujeres embarazadas) que, aunque enfrentan	No hay coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo cubierto por Medicare para la evaluación y

Algunos servicios cubiertos por Medicare indican un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB) o los miembros no clasificados como Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) que reciben beneficios completos de Medicaid pagan $0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta el máximo en el rango de costos compartidos, incluso deducibles, copagos y coseguros.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
problemas de uso indebido de alcohol, no dependen del alcohol. Si su evaluación de uso indebido de alcohol resulta positiva, puede recibir hasta cuatro breves sesiones de asesoramiento en persona por año (si se encuentra apto y alerta durante las sesiones) que son proporcionadas por un médico de cuidado primario o un profesional médico calificado y son realizadas en un centro de cuidado primario.	asesoramiento a fin de reducir el uso indebido del alcohol.
Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) A las personas que califican se les cubre una tomografía computarizada de baja dosis (low dose computed tomography, LDCT) cada 12 meses. **Los miembros que cumplen los requisitos son:** personas que tienen entre 50 y 77 años de edad, que no muestran señales ni síntomas de cáncer de pulmón pero que han fumado tabaco por un mínimo de 20 cajetillas-año, y que fuman actualmente o que han dejado de fumar hace menos de 15 años. Si reciben una indicación por escrito para que se les realice una tomografía computarizada de baja dosis durante una visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida relacionada con el examen de detección de cáncer de pulmón, la visita debe cumplir con los criterios de Medicare para esas visitas y la indicación debe ser emitida por un médico o por un profesional de cuidado de la salud que, sin ser médico, esté debidamente calificado. **Para exámenes de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis después del examen de detección inicial con tomografía**	No hay coseguro, copago ni deducible por la visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida cubierta por Medicare ni por la tomografía computarizada de baja dosis.

Algunos servicios cubiertos por Medicare indican un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB) o los miembros no clasificados como Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) que reciben beneficios completos de Medicaid pagan $0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta el máximo en el rango de costos compartidos, incluso deducibles, copagos y coseguros.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
computarizada de baja dosis: el miembro debe contar con una indicación por escrito para que se le realice un examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis. Dicha indicación debe ser emitida en una visita adecuada por un médico o por un profesional de cuidado de la salud que, sin ser médico, esté debidamente calificado. Si en una visita subsiguiente de asesoramiento y toma de decisiones compartida relacionada con el examen de detección de cáncer de pulmón, un médico (o un profesional de cuidado de la salud que, sin ser médico, esté debidamente calificado) opta por indicar una tomografía computarizada de baja dosis, la visita debe cumplir con los criterios de Medicare para tales visitas.	
Pruebas de Detección de Infecciones de Transmisión Sexual (STI) y Asesoramiento para Prevenirlas Cubrimos las pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (sexually transmitted infection, STI), como clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Si un proveedor de cuidado primario las indica, estas pruebas de detección están cubiertas para mujeres embarazadas y para ciertas personas que tienen un mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo. Cada año, también cubrimos hasta dos sesiones individuales en persona, de 20 a 30 minutos cada una, de terapia conductual de alta intensidad para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son proporcionadas por un proveedor de cuidado primario y	No hay coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo cubierto por Medicare de pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual y el asesoramiento para prevenirlas.

Algunos servicios cubiertos por Medicare indican un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB) o los miembros no clasificados como Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) que reciben beneficios completos de Medicaid pagan $0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta el máximo en el rango de costos compartidos, incluso deducibles, copagos y coseguros.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
son realizadas en un centro de cuidado primario, como un consultorio médico.	
Servicios para Tratar Enfermedades Renales Los servicios cubiertos incluyen:	
• Servicios educativos sobre la enfermedad renal para enseñar a los miembros cómo cuidar de sus riñones y ayudarlos a tomar decisiones bien informadas sobre su cuidado. Si se trata de miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV, si cuentan con una referencia del médico, cubrimos, una vez en la vida, hasta seis sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal.	$0 de copago por los beneficios cubiertos por Medicare.
• Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluso tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de servicio, según se indica en el Capítulo 3) o cuando el proveedor que presta el servicio no está a su disposición ni accesible temporalmente	$0 de copago por los beneficios cubiertos por Medicare. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización*.
• Capacitación para realizarse usted mismo la diálisis (incluye capacitación para usted y cualquier otra persona que le ayude con los tratamientos de diálisis en su domicilio)	$0 de copago por los beneficios cubiertos por Medicare.
• Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si usted es admitido como paciente hospitalizado para recibir cuidados especiales)	Estos servicios se cubrirán según se indica en las secciones siguientes:

Algunos servicios cubiertos por Medicare indican un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB) o los miembros no clasificados como Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) que reciben beneficios completos de Medicaid pagan $0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta el máximo en el rango de costos compartidos, incluso deducibles, copagos y coseguros.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
	Consulte Cuidado Hospitalario para Pacientes Hospitalizados.
• Equipos y suministros para realizar la diálisis en su domicilio	Consulte Equipo Médico Duradero y Suministros Relacionados.
• Ciertos servicios de apoyo en su domicilio (por ejemplo, según sea necesario, visitas con especialistas en diálisis para verificar cómo se realiza la diálisis en su propio domicilio, para ayudarle en casos de emergencia, y para revisar su equipo de diálisis y el abastecimiento de agua) Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos mediante su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección “Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare”.	Consulte Cuidado de una Agencia de Asistencia Médica a Domicilio.
Cuidado en un Centro de Enfermería Especializada (SNF) (Para una definición de “cuidado en un centro de enfermería especializada”, consulte el Capítulo 12 de este documento. A los centros de enfermería especializada también se les llama “SNF” [skilled nursing facility].) Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Habitación semiprivada (o una habitación privada, si es médicamente necesario) • Comidas, incluso dietas especiales	$0 de copago cada día por el cuidado en un centro de enfermería especializada cubierto por Medicare, hasta 100 días. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización*. Usted tiene cobertura por hasta 100 días en cada período de beneficios para recibir servicios

Algunos servicios cubiertos por Medicare indican un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB) o los miembros no clasificados como Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) que reciben beneficios completos de Medicaid pagan $0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta el máximo en el rango de costos compartidos, incluso deducibles, copagos y coseguros.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
• Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje • Medicamentos administrados como parte de su plan de cuidado (incluye sustancias que están naturalmente presentes en el cuerpo, por ejemplo los factores de coagulación de la sangre). • Sangre, incluso su almacenamiento y administración. La cobertura comienza con la primera pinta de sangre que usted necesita. • Suministros médicos y quirúrgicos que proporcionan normalmente los centros de enfermería especializada • Pruebas de laboratorio que normalmente realizan los centros de enfermería especializada • Radiografías y otros servicios para radiología que normalmente prestan los centros de enfermería especializada • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que normalmente proporcionan los centros de enfermería especializada • Servicios de un médico/profesional No se requiere una estadía previa en el hospital de 3 días. Generalmente, usted recibe el cuidado en centros de enfermería especializada de la red. Sin embargo, en ciertos casos que se indican a continuación, es posible que pueda recibir su cuidado en un centro que no sea un proveedor de la red, si el centro acepta lo que paga nuestro plan. • Un asilo de convalecencia o un centro comunitario de cuidado continuo para jubilados en el que estaba viviendo hasta justo antes de ser hospitalizado (siempre	para pacientes hospitalizados en un centro de enfermería especializada, según las pautas de Medicare. Un período de beneficios comienza el primer día en que usted ingresa como paciente hospitalizado en un hospital o en un centro de enfermería especializada cubierto por Medicare. El período de beneficios termina cuando usted no ha sido un paciente hospitalizado en un hospital ni en un centro de enfermería especializada durante 60 días consecutivos. Si ingresa en un hospital o en un centro de enfermería especializada después de que haya terminado un período de beneficios, comenzará un nuevo período de beneficios. El número de períodos de beneficios es ilimitado.

Algunos servicios cubiertos por Medicare indican un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB) o los miembros no clasificados como Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) que reciben beneficios completos de Medicaid pagan $0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta el máximo en el rango de costos compartidos, incluso deducibles, copagos y coseguros.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
y cuando proporcione el cuidado en un centro de enfermería especializada). • Un centro de enfermería especializada donde su cónyuge está viviendo en el momento en que usted sale del hospital.	
Tratamiento del Tabaquismo (Asesoramiento para Dejar de Fumar o de Usar Tabaco) Si usa tabaco, en un período de 12 meses cubrimos, como un servicio preventivo, dos asesoramientos para que trate de dejar el tabaco. Cada asesoramiento incluye hasta cuatro visitas en persona.	No hay coseguro, copago ni deducible por los beneficios preventivos cubiertos por Medicare para el tratamiento del tabaquismo.
Terapia de Ejercicios Supervisada (SET) La Terapia de Ejercicios Supervisada (Supervised Exercise Therapy, SET) tiene cobertura para los miembros que presentan síntomas de arteriopatía periférica (peripheral artery disease, PAD) y que tienen una referencia del médico responsable del tratamiento de esa enfermedad. Si se cumplen los requisitos del programa de Terapia de Ejercicios Supervisada, tienen cobertura hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas. El programa de Terapia de Ejercicios Supervisada debe: □ Consistir de sesiones de 30 a 60 minutos que sean parte de un programa terapéutico de ejercicio y entrenamiento para pacientes que padecen de arteriopatía periférica y presentan claudicación □ Realizarse en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un médico	$0 de copago por cada visita de terapia de ejercicios supervisada (SET) cubierta por Medicare. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización*.

Algunos servicios cubiertos por Medicare indican un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB) o los miembros no clasificados como Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) que reciben beneficios completos de Medicaid pagan $0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta el máximo en el rango de costos compartidos, incluso deducibles, copagos y coseguros.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
☐ Ser prestado por personal auxiliar calificado que se asegure de que los beneficios excedan los riesgos y que esté capacitado en terapia de ejercicios para arteriopatía periférica ☐ Realizarse bajo la supervisión directa de un médico, un asistente médico, una enfermera especialista o una enfermera especialista clínica, debidamente capacitados en técnicas básicas y avanzadas de soporte vital Si un proveedor de cuidado de la salud lo considera médicamente necesario, es posible que la Terapia de Ejercicios Supervisada tenga cobertura más allá de 36 sesiones en un período de 12 semanas y se extienda a 36 sesiones adicionales durante un período de tiempo más prolongado.	
Transporte de Rutina Detalles de este beneficio: ☐ Un número ilimitado de viajes en una sola dirección tienen cobertura cada año calendario (limitado únicamente a transporte terrestre). ☐ Los viajes deben ser desde o hacia sitios aprobados por el plan, tales como consultorios de proveedores, centros médicos y farmacias que sean parte de la red, o citas para la vista y la audición. ☐ Cada viaje en una sola dirección no debe exceder 50 millas de distancia en automóvil. ☐ Los servicios de transporte se deben solicitar 2 días hábiles antes de una cita programada de rutina.	Proporcionado por: ModivCare® $0 de copago

Algunos servicios cubiertos por Medicare indican un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB) o los miembros no clasificados como Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) que reciben beneficios completos de Medicaid pagan $0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta el máximo en el rango de costos compartidos, incluso deducibles, copagos y coseguros.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
Se permite hasta un acompañante por cada viaje (el acompañante debe tener por lo menos 18 años de edad). En algunos viajes, es posible que usted tenga que compartir el viaje con otros pasajeros. Servicio de transporte de acera a acera. Camionetas con acceso para sillas de ruedas están disponibles, si se solicita. Transporte en camilla está disponible, si es necesario. Los conductores no tienen capacitación médica. En caso de emergencia, llame al 911. Este beneficio no cubre el transporte en: Ambulancia Puede obtener más información consultando la Hoja de Información sobre Proveedores en PCNhealth.com o llamando a Servicio al Cliente y pedir que le envíen una copia impresa.	
Servicios Requeridos de Urgencia Los servicios requeridos de urgencia se prestan para tratar una enfermedad, lesión o condición médica imprevista que no es de emergencia pero que requiere cuidado médico inmediato, pero debido a sus circunstancias, no es posible ni razonable recibir los servicios de proveedores de la red. Ejemplos de servicios requeridos de urgencia que el plan debe cubrir fuera de la red son i) usted necesita cuidado inmediato durante el fin de semana o ii) usted se encuentra	$0 de copago por cada visita. $0 de copago por la cobertura mundial de servicios requeridos de urgencia recibidos fuera de los Estados Unidos. Consulte la Sección 1.1 del Capítulo 7 para todo lo relacionado con el reembolso de gastos por servicios a nivel mundial.

Algunos servicios cubiertos por Medicare indican un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB) o los miembros no clasificados como Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) que reciben beneficios completos de Medicaid pagan $0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta el máximo en el rango de costos compartidos, incluso deducibles, copagos y coseguros.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
temporalmente fuera del área de servicio del plan. Los servicios deben ser médicamente necesarios y de inmediato. Si no es razonable, debido a sus circunstancias, recibir inmediatamente el cuidado médico de un proveedor de la red, entonces su plan cubrirá los servicios requeridos de urgencia de un proveedor fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen los servicios requeridos de urgencia recibidos en una clínica sin previa cita o en un centro de cuidado de urgencia. La cobertura mundial de 'servicios requeridos de urgencia' cuando se necesitan servicios médicos inmediatamente debido a una enfermedad, lesión o condición inesperada que no puede esperar hasta el regreso al área de servicio de nuestro plan. Los servicios prestados por un dentista no tienen cobertura.	
Servicios para la Vista Los servicios cubiertos incluyen:	
• Servicios médicos ambulatorios prestados por un oftalmólogo u optometrista para diagnosticar y tratar enfermedades y lesiones de los ojos, incluso el diagnóstico y el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad (cataratas). Medicare Original no cubre los exámenes de la vista de rutina (refracción ocular) para anteojos/lentes de contacto.	$0 de copago por cada examen cubierto por Medicare. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.*
• En el caso de personas con alto riesgo de glaucoma, cubrimos un examen de detección de glaucoma cada año. Entre las personas que tienen un alto riesgo de glaucoma se incluyen: personas con un	$0 de copago por un examen de detección de glaucoma cubierto por Medicare.

Algunos servicios cubiertos por Medicare indican un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB) o los miembros no clasificados como Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) que reciben beneficios completos de Medicaid pagan $0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta el máximo en el rango de costos compartidos, incluso deducibles, copagos y coseguros.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
historial familiar de glaucoma, personas con diabetes, personas afroamericanas de 50 años o más y personas de origen hispano de 65 años o más.	
• Para las personas que tienen diabetes o presentan síntomas o señales de enfermedad del ojo, los exámenes de la vista para evaluar si existe enfermedad del ojo tienen cobertura según las pautas de Medicare. A quienes padecen de diabetes asintomática, se les recomienda realizarse exámenes anuales con un oftalmólogo o con un optometrista. • Para las personas que tienen diabetes, el examen de detección de retinopatía diabética está cubierto una vez por año.	$0 de copago por los exámenes de la vista cubiertos por Medicare para evaluar si existen enfermedades de la vista. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización*.
• Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluye inserción de un lente intraocular (Medicare no cubre pares de anteojos o lentes de contacto adicionales). Si le realizan dos cirugías de cataratas, no puede reservar el beneficio que corresponde a la primera cirugía y comprar dos anteojos después de la segunda cirugía. Los anteojos que tienen cobertura después de una cirugía de cataratas incluyen marcos y lentes estándar, según lo definido por Medicare; las versiones mejoradas no están cubiertas (incluso, entre otros, marcos de lujo, lentes de colores, lentes progresivos o el recubrimiento antirreflejante).	$0 de copago por un par de anteojos o lentes de contacto estándar cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas.
Servicios para la Vista - Examen de la Vista de Rutina 1 examen de la vista de rutina (refracción ocular) cada año	$0 de copago

Algunos servicios cubiertos por Medicare indican un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB) o los miembros no clasificados como Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) que reciben beneficios completos de Medicaid pagan $0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta el máximo en el rango de costos compartidos, incluso deducibles, copagos y coseguros.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
Servicios para la Vista - Artículos para la Vista de Rutina Crédito para la compra de anteojos (lentes y marcos) y lentes de contacto cada año El crédito destinado a artículos para la vista es para todas las recetas (lentes de contacto, ajustes, marcos, lentes, adiciones, opciones y mejoras). Usted es responsable de cualquier cantidad que sobrepase el crédito del plan para artículos para la vista. Puede obtener más información consultando la Hoja de Información sobre Proveedores en PCNhealth.com o llamando a Servicio al Cliente y pedir que le envíen una copia impresa.	$0 de copago El plan paga hasta $300 para la compra de lentes/marcos y lentes de contacto.
Visita Preventiva "Bienvenido a Medicare" El plan cubre la visita preventiva "Bienvenido a Medicare" que sucede solo una vez. La visita incluye una revisión de su estado de salud, así como información educativa y asesoramiento sobre los servicios preventivos que usted necesita (incluso ciertos exámenes de detección y vacunas), además de referencias para otros cuidados, si acaso los necesita. No incluye pruebas de laboratorio, pruebas de radiodiagnóstico o pruebas de diagnóstico no radiológicas. Como se indica en cada servicio incluido en esta Tabla de Beneficios Médicos, es posible que se aplique un costo compartido adicional a las pruebas de laboratorio o de diagnóstico que se realicen durante la visita. **Importante:** Cubrimos la visita preventiva "Bienvenido a Medicare" solamente si se realiza dentro de los primeros 12 meses que tiene la Parte B de Medicare. Cuando haga su	No hay coseguro, copago ni deducible por la visita preventiva "Bienvenido a Medicare". No hay coseguro, copago ni deducible por un electrocardiograma cubierto por Medicare, uno solo, si es indicado como resultado de su visita preventiva "Bienvenido a Medicare". Si son necesarios otros electrocardiogramas, consulte Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios.

Algunos servicios cubiertos por Medicare indican un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB) o los miembros no clasificados como Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) que reciben beneficios completos de Medicaid pagan $0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta el máximo en el rango de costos compartidos, incluso deducibles, copagos y coseguros.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
cita, informe al consultorio médico que le gustaría programar su visita preventiva “Bienvenido a Medicare”.	

* Servicios cubiertos que no se toman en cuenta para alcanzar el máximo de gastos de su bolsillo.

Algunos servicios cubiertos por Medicare indican un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB) o los miembros no clasificados como Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) que reciben beneficios completos de Medicaid pagan $0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta el máximo en el rango de costos compartidos, incluso deducibles, copagos y coseguros.

Sección 3 ¿Qué servicios están cubiertos fuera de MedicareMax Plus (HMO D-SNP) ?

Sección 3.1 Servicios que no cubre MedicareMax Plus (HMO D-SNP)

Beneficios que tienen cobertura fuera de MedicareMax Plus (HMO D-SNP)
Si se trata de servicios que no están cubiertos por MedicareMax Plus (HMO D-SNP) pero que están disponibles a través de Medicaid, recomendamos que consulte su Guía para Miembros de Medicaid.

Sección 4 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?

Sección 4.1 Servicios sin cobertura (exclusiones)

Esta sección indica los servicios que están “excluidos” de la cobertura de Medicare y, por lo tanto, no están cubiertos por este plan.

La tabla siguiente describe algunos servicios y artículos que no están cubiertos por Medicare en ningún caso o que Medicare cubre solamente en ciertos casos específicos.

Aunque reciba los servicios excluidos en un centro de emergencias, los servicios excluidos no están cubiertos y nuestro plan no los pagará.

La única excepción es si el servicio es apelado y en la apelación se determina que es un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar nuestra decisión de no cubrir un servicio médico, consulte la Sección 6.3 del Capítulo 9 de este documento).

Servicios que no cubre Medicare	Servicios que no tienen cobertura en ningún caso	Servicios que tienen cobertura solo en ciertos casos específicos
Servicios que no se consideran razonables ni necesarios, según los estándares de Medicare Original.	✓	

Servicios que no cubre Medicare	Servicios que no tienen cobertura en ningún caso	Servicios que tienen cobertura solo en ciertos casos específicos
Procedimientos médicos y quirúrgicos, equipos y medicamentos experimentales. Los procedimientos y artículos experimentales son todos aquellos artículos y procedimientos que Medicare Original ha determinado que, por lo general, no son aceptados por la comunidad médica.		Es posible que Medicare Original los cubra en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o que los cubra nuestro plan. (Consulte la Sección 5 del Capítulo 3 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica.)
Habitación privada en un hospital.		Con cobertura solamente cuando es médicamente necesario.
Artículos personales en su habitación en un hospital o en un centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor.	✓	
Cuidado de enfermería a tiempo completo en su domicilio.	✓	
Cuidado de Custodia. El cuidado de custodia es cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, por ejemplo, el cuidado que le ayuda con actividades de la vida diaria, como bañarse o vestirse.	✓	

Servicios que no cubre Medicare	Servicios que no tienen cobertura en ningún caso	Servicios que tienen cobertura solo en ciertos casos específicos
Servicios domésticos que incluyen la ayuda básica en el domicilio, como la limpieza liviana o la preparación de comidas sencillas.	✓	
Cargos que cobren sus familiares inmediatos o miembros de su núcleo familiar por su cuidado.	✓	
Cirugía o procedimientos estéticos.		Con cobertura en casos de lesiones accidentales o para mejorar la función de una parte deformada del cuerpo. Con cobertura para todas las etapas de reconstrucción de una mastectomía de seno, al igual que para el seno no afectado para lograr una apariencia simétrica.
Servicios Quiroprácticos (cubiertos por Medicare)		La manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación tiene cobertura. Cualquier servicio distinto a la manipulación manual de la columna vertebral para el tratamiento de una subluxación está excluido de la cobertura de Medicare.
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies.		Zapatos que forman parte de una abrazadera ortopédica para la pierna y se incluyen en el costo de la abrazadera. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético. (Según se describe específicamente en la Tabla de

Servicios que no cubre Medicare	Servicios que no tienen cobertura en ningún caso	Servicios que tienen cobertura solo en ciertos casos específicos
		Beneficios Médicos de este capítulo.)
Medicamentos con receta para pacientes ambulatorios.		Se proporciona cierta cobertura según las pautas de Medicare. (Según se describe específicamente en la Tabla de Beneficios Médicos de este capítulo o según se indica en el Capítulo 6.)
Histerectomía, ligadura de trompas o vasectomía por elección, si la indicación primaria para estos procedimientos es la esterilización. Reversión de procedimientos de esterilización, dispositivos de vacío para disfunción eréctil o suministros anticonceptivos sin receta.	✓	
Acupuntura (cubierta por Medicare).		Disponible para personas con dolor lumbar crónico en ciertas circunstancias. (Según se describe específicamente en la Tabla de Beneficios Médicos de este capítulo.)
Servicios de naturopatía (que usan tratamientos alternativos o naturales).	✓	

Servicios que no cubre Medicare	Servicios que no tienen cobertura en ningún caso	Servicios que tienen cobertura solo en ciertos casos específicos
Servicio paramédico móvil (soporte vital avanzado proporcionado por una entidad de servicios para emergencias, como una unidad de servicios paramédicos, que no proporciona transporte en ambulancia).		Los servicios solamente tienen cobertura si la dirección donde la ambulancia recoge al paciente se encuentra en las zonas rurales de New York y se cumplen las condiciones correspondientes. Los miembros son responsables de todos los costos del servicio paramédico móvil que se incurran fuera de las zonas rurales de New York.
Funciones o accesorios opcionales, adicionales o de lujo para equipo médico duradero, aparatos correctivos o prótesis que son principalmente para la comodidad o la conveniencia del miembro, o para trasladarse principalmente dentro de la comunidad, que incluyen, entre otros, la remodelación o la modificación de la vivienda y del automóvil y equipo de ejercicio.	✓	
Vacunas para viajes al extranjero.	✓	
Solicitudes de pago (pedir al plan que pague la parte que le corresponde de los costos) por medicamentos cubiertos enviadas 36 meses después de haber surtido su receta.	✓	

Servicios que no cubre Medicare	Servicios que no tienen cobertura en ningún caso	Servicios que tienen cobertura solo en ciertos casos específicos
Equipos o suministros que acondicionen el aire, almohadillas térmicas, bolsas de agua caliente, pelucas y su cuidado, medias de soporte y otros equipos que principalmente no sean de naturaleza médica.	✓	
Cualquier cuidado que no es de emergencia y que sea recibido fuera de los Estados Unidos y de los territorios de los Estados Unidos.	✓	
Para trasplantes: los artículos sin cobertura incluyen, entre otros, los que se indican a continuación. Para transporte: - Alquiler, compra, mantenimiento/reparación de vehículos - Servicio de auxilio mecánico (asistencia en la carretera) - Gasolina - Viajes en ambulancia terrestre o aérea (podrían estar cubiertos por su beneficio médico). - Viaje terrestre o aéreo no relacionado con citas médicas - Tarifas de estacionamiento incurridas en otro lugar que no sea el alojamiento o el hospital Para alojamiento:	✓	

Servicios que no cubre Medicare	Servicios que no tienen cobertura en ningún caso	Servicios que tienen cobertura solo en ciertos casos específicos
Depósitos Servicios públicos (si se facturan aparte del pago del alquiler) Llamadas por teléfono, periódicos, alquiler de películas y tarjetas de regalo Gastos de alojamiento cuando se hospede con un familiar o amigo Comidas		

Revisamos con frecuencia nuevos procedimientos, dispositivos y medicamentos para decidir si son seguros y eficaces o no aptos para los miembros. Los procedimientos y las tecnologías nuevas que demuestran ser seguros y eficaces cumplen los requisitos para ser servicios cubiertos. Si la tecnología se convierte en un servicio cubierto, quedará sujeta a todos los términos y condiciones del plan, incluida la necesidad médica y los copagos, coseguros, deducibles y otras contribuciones monetarias aplicables del miembro.

Para determinar si vamos a cubrir un servicio, aplicamos pautas de tecnologías patentadas para revisar dispositivos, procedimientos y medicamentos nuevos, incluidos los referentes a la salud conductual o mental. Cuando es clínicamente necesaria una determinación rápida del uso seguro y eficaz de una tecnología nueva o aplicación nueva de una tecnología existente para un miembro, uno de nuestros directores médicos toma una determinación de necesidad médica basado en la documentación médica del miembro, la revisión de evidencia científica publicada, y, cuando es pertinente, la opinión profesional de la especialidad relevante de una persona con experiencia en tecnología.

Capítulo 5

Cómo usar la cobertura del plan para obtener medicamentos con receta de la Parte D

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

Debido a que usted cumple los requisitos de Florida Medicaid Agency for Health Care Administration (AHCA) (Medicaid), usted califica para, y está recibiendo, el programa "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos con receta. Debido a que usted recibe el programa "Ayuda Adicional", **parte de la información de esta Evidencia de Cobertura sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D no se aplica en su caso.**

Sección 1 Introducción

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

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos con receta están cubiertos mediante sus beneficios de Medicaid. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos con receta mediante sus beneficios de Medicaid, comuníquese con su plan de salud de Medicaid o con Florida Medicaid Agency for Health Care Administration (AHCA) (Medicaid). La información de contacto aparece en el Capítulo 2 de esta guía. Su plan de salud de Medicaid o Florida Medicaid Agency for Health Care Administration (AHCA) (Medicaid) también pueden proporcionarle una Lista de Medicamentos de Medicaid que le indique cómo saber los medicamentos que están cubiertos por Medicaid.

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

Por regla general, el plan cubrirá sus medicamentos siempre y cuando siga estas normas básicas:

- Un proveedor (un médico, un dentista u otro profesional que receta) debe emitirle una receta que debe ser válida, según las leyes estatales vigentes.
- El profesional que emita la receta no debe estar en las Listas de Exclusión o Preclusión de Medicare.
- Por lo general, debe usar una farmacia de la red para surtir su receta. (Consulte la Sección 2, **Cómo surtir sus recetas en una farmacia de la red o a través de una farmacia con servicio de pedidos por correo del plan.)**
- Su medicamento debe estar en la **Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)** del plan (para abreviar, la llamamos "Lista de Medicamentos"). (Consulte la Sección 3, **Sus medicamentos deben estar en la "Lista de Medicamentos" del plan.**)
- Su medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. Una "indicación médicamente aceptada" es un uso del medicamento que esté aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos o respaldado por libros de referencia

específicos. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre lo que es una indicación médicamente aceptada).

Sección 2 Cómo surtir su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de medicamentos por correo que el plan ofrece

Sección 2.1 Usar una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, sus medicamentos con receta tienen cobertura **solamente** si se surten en las farmacias de la red del plan. (Consulte la Sección 2.5 para obtener información sobre los casos en que cubriríamos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red.)

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene un contrato con el plan para proporcionarle sus medicamentos con receta cubiertos. El término “medicamentos cubiertos” se refiere a todos los medicamentos con receta de la Parte D que están en la Lista de Medicamentos del plan.

Sección 2.2 Farmacias de la red

Cómo buscar una farmacia de la red en su área

Para buscar una farmacia de la red, puede consultar su **Directorio de Farmacias**, visitar nuestro sitio web (PCNhealth.com) o llamar a Servicio al Cliente.

Usted puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra red.

¿Qué debe hacer si la farmacia que usa deja la red?

Si la farmacia que usa deja la red del plan, tendrá que buscar una nueva farmacia que esté en la red. Para buscar otra farmacia en su área, puede recibir ayuda de Servicio al Cliente o usar el **Directorio de Farmacias.** También encontrará esta información en nuestro sitio web PCNhealth.com.

¿Qué debe hacer si necesita una farmacia especializada?

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

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión a domicilio.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de cuidado a largo plazo (long-term care, LTC). Por lo general, un centro de cuidado a largo plazo (por ejemplo, un asilo de convalecencia) tiene su propia farmacia. Si tiene alguna dificultad para tener acceso a sus beneficios de la Parte D en un centro de cuidado a largo plazo, comuníquese con Servicio al Cliente.
- Farmacias que prestan servicios para el Programa de Servicio de Salud Indígena, Tribal o Indígena Urbano (no disponible en Puerto Rico). Excepto en casos de emergencia, solamente los nativos americanos de Estados Unidos o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias de nuestra red.
- Farmacias que suministran medicamentos que están restringidos por la Administración de Alimentos y Medicamentos de modo que solo se surten en ciertos sitios, o que requieren un

manejo especial, coordinación de los proveedores o educación para su uso. (Nota: Esta situación es poco frecuente.)

Para buscar una farmacia especializada, puede consultar su **Directorio de Farmacias** o llame a Servicio al Cliente.

Sección 2.3 Cómo usar una farmacia con servicio de pedidos por correo del plan

Las farmacias con servicio de pedidos por correo de nuestro plan le permiten pedir un suministro de **hasta 100 días de medicamentos**.

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo surtir sus recetas por correo, consulte su **Directorio de Farmacias** donde encontrará las farmacias con servicio de medicamentos por correo de nuestra red. Si usa una farmacia de pedidos por correo que no esté en la red del plan, su medicamento con receta no tendrá cobertura.

Generalmente, un pedido a una farmacia de pedidos por correo le llegará en un máximo de 10 días hábiles. Sin embargo, a veces su pedido por correo podría demorarse. Si su pedido por correo se demora, siga estos pasos:

Si su receta está registrada en su farmacia local, vaya a su farmacia para surtir la receta. Si la receta demorada no está registrada en su farmacia local, pídale a su médico que llame al farmacéutico y autorice una nueva receta. O, su farmacéutico puede llamar al consultorio médico para solicitar la receta. Su farmacéutico puede llamar al servicio de ayuda para farmacias al 1-877-889-6510, (TTY) 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, si tiene cualquier problema, pregunta, duda o si necesita cancelar un reclamo por una receta demorada.

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

La farmacia surtirá y entregará automáticamente las nuevas recetas que reciba directamente de los proveedores de cuidado de la salud, sin consultar primero con usted, si:

- Anteriormente, usted utilizó una farmacia con servicio de pedidos por correo de este plan, o
- Se inscribe en el servicio de entrega automática de todas las recetas nuevas recibidas directamente de proveedores de cuidado de la salud. Usted puede solicitar la entrega automática de todas las recetas nuevas en cualquier momento, por teléfono o por correo.

Si recibe un medicamento con receta automáticamente por correo que no desea, y no se comunicaron con usted para confirmar si lo deseaba antes de enviarlo, es posible que cumpla los requisitos para recibir un reembolso.

Si anteriormente usted utilizó una farmacia de pedidos por correo y no desea que la farmacia surta y le envíe automáticamente cada nueva receta, comuníquese con nosotros por teléfono o por correo.

Si nunca ha utilizado el servicio de entrega de medicamentos por correo y decide pedir que no se surtan automáticamente las nuevas recetas, la farmacia se comunicará con usted cada vez que reciba una nueva receta de su proveedor de cuidado de la salud para preguntarle si quiere que surtan y le envíen su medicamento inmediatamente. Es importante que usted responda cada vez que la farmacia se comunique con usted para indicarles si deben enviar, posponer o cancelar la nueva receta.

Resurtidos de recetas a través de una farmacia de pedidos por correo. Para pedir resurtidos, comuníquese con su farmacia al menos 10 días hábiles antes de que su receta actual se le acabe para asegurarse de que su próximo pedido se envíe a tiempo. Además tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático. En este programa, nosotros comenzamos a procesar su próximo resurtido automáticamente cuando los registros nos muestren que se le están acabando sus medicamentos. Antes de enviarle un resurtido, la farmacia se comunicará con usted para confirmar que efectivamente necesita el medicamento, de lo contrario, puede cancelar el resurtido programado si aún tiene suficiente medicamentos o si éstos han cambiado. Para cancelar el programa de resurtido automático, comuníquese con la farmacia de pedidos por correo al menos 10 días antes de que le envíen el pedido; también puede hacerlo cuando le llamen de la farmacia para avisarle de su próximo envío.

Asegúrese de darle a la farmacia de pedidos por correo toda la información de contacto necesaria, de manera que la farmacia pueda comunicarse con usted para confirmar su pedido antes de que le hagan el envío. Puede hacer esto comunicándose con la farmacia de pedidos por correo al momento de registrarse en el programa de resurtidos automáticos, o cuando reciba la notificación de un próximo envío de resurtido.

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

Si obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, es posible que su costo compartido sea más bajo. El plan ofrece dos maneras de obtener un suministro a largo plazo (también llamado “suministro extendido”) de medicamentos de “mantenimiento” de la Lista de Medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son los medicamentos que usted toma con regularidad debido a una condición médica crónica o a largo plazo.)

1. **Algunas farmacias minoristas** de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Su **Directorio de Farmacias** le indica las farmacias de nuestra red que pueden surtir un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicio al Cliente para obtener más información.
2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de medicamentos por correo. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3.

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

Su medicamento con receta puede estar cubierto en ciertas situaciones

Por lo general, cubrimos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red **solamente** cuando usted no puede utilizar una farmacia de la red. Para ayudarle, contamos con farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde puede surtir sus recetas como miembro de nuestro plan. **Primero consulte a Servicio al Cliente** para saber si hay una farmacia de la red cercana. Lo más probable es que deba pagar la diferencia entre lo que usted paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

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

- **Medicamentos con Receta para una Emergencia Médica**
  Cubriremos las recetas que se surten en una farmacia fuera de la red si las recetas están relacionadas con el cuidado de una emergencia médica o el cuidado requerido de urgencia, si los medicamentos están incluidos en nuestra Lista de Medicamentos sin restricciones y no están excluidos de la cobertura de la Parte D de Medicare.
- **Cobertura cuando está de viaje o fuera del área de servicio**
  Cuando usted viaja dentro de los Estados Unidos, tiene acceso a farmacias de la red en todo el país. Como parte de sus planes de viaje, lleve consigo sus recetas y medicamentos y asegúrese de consultar el directorio de farmacias para encontrar una farmacia de la red mientras esté de viaje. Si viaja al extranjero, es posible que pueda obtener un suministro de más días antes de salir del país para llevar consigo a los países donde no haya farmacias de la red disponibles.
- Si no le es posible obtener oportunamente un medicamento cubierto dentro del área de servicio debido a que no hay una farmacia de la red con servicio las 24 horas dentro de una distancia razonable para ir en automóvil.
- Si está tratando de surtir una receta de un medicamento que no está disponible regularmente en una farmacia minorista de la red accesible ni en una farmacia de pedidos por correo de la red (incluso los medicamentos de alto costo y medicamentos muy especiales).
- Si necesita un medicamento con receta mientras es paciente en un departamento de emergencias, en una clínica donde atiende un proveedor, en un centro de cirugía para pacientes ambulatorios o en otro centro para pacientes ambulatorios.

¿Cómo solicitar un reembolso al plan?

Si debe usar una farmacia fuera de la red, generalmente tendrá que pagar el costo total (en lugar de pagar su costo compartido normal) al momento de surtir su receta. Puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. (La Sección 2.1 del Capítulo 7 tiene instrucciones para pedir el reembolso al plan).

Sección 3 Sus medicamentos deben estar en la Lista de Medicamentos del plan

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

El plan tiene una “**Lista de Medicamentos cubiertos (Formulario).”** En esta **Evidencia de Cobertura, la llamamos, simplemente, “Lista de Medicamentos.”**

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

La Lista de Medicamentos incluye los medicamentos que están cubiertos por la Parte D de Medicare. Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos con receta están cubiertos mediante sus beneficios de Medicaid. Para obtener más información acerca de la cobertura de medicamentos con receta a través de sus beneficios de Medicaid contacte a su plan de salud de Medicaid o a Florida Medicaid Agency for Health Care Administration (AHCA)

(Medicaid) que se indica en el Capítulo 2 de esta guía. Su plan de salud de Medicaid o Florida Medicaid Agency for Health Care Administration (AHCA) (Medicaid) también puede proporcionarle una Lista de Medicamentos con cobertura de Medicaid.

Generalmente, cubriremos un medicamento en la Lista de Medicamentos del plan siempre y cuando siga las demás normas de cobertura descritas en este Capítulo y el uso del medicamento sea de indicación médicamente aceptada. La frase "indicación médicamente aceptada" significa que, **de una u otra manera**, el uso del medicamento:

- Está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos para el diagnóstico o la condición para los que se receta.
- **– o –** Tiene el respaldo de ciertas referencias, tales como la American Hospital Formulary Service Drug Information y el DRUGDEX Information System.

La Lista de Medicamentos incluye medicamentos de marca y medicamentos genéricos.

Un medicamento de marca es un medicamento con receta que se vende bajo una marca comercial registrada que es propiedad del fabricante del medicamento. Los medicamentos de marca que son más complejos que los medicamentos comunes (por ejemplo, los medicamentos que se basan en una proteína) se llaman productos biológicos. En la lista de medicamentos, cuando nos referimos a "medicamentos", esto puede significar un medicamento o un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que contiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Generalmente, los genéricos son tan eficaces como un medicamento de marca y suele costar menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos para muchos medicamentos de marca.

¿Qué medicamentos no están en la Lista de Medicamentos?

El plan no cubre todos los medicamentos con receta.

- En algunos casos, la ley no permite que un plan de Medicare cubra ciertos medicamentos (consulte los detalles en la Sección 7.1 de este Capítulo).
- En otros casos, nosotros hemos decidido no incluir un medicamento en particular en la Lista de Medicamentos. En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no está en la lista de medicamentos. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9.
- Es posible que los medicamentos cubiertos por Florida Medicaid Agency for Health Care Administration (AHCA) (Medicaid) no estén incluidos en la Lista de Medicamentos de este plan. Si este plan no cubre un medicamento específico, consulte la Lista de Medicamentos de Florida Medicaid Agency for Health Care Administration (AHCA) (Medicaid) para averiguar si dicho medicamento está cubierto

Sección 3.2 ¿Cómo puede saber si un medicamento específico está en la Lista de Medicamentos?

Tiene tres formas de averiguarlo:

1. Revise la lista de medicamentos que le haremos llegar de forma electrónica.

2. Visite el sitio web del plan (PCNhealth.com). La Lista de Medicamentos del sitio web es siempre la más actualizada.
3. Llame al Servicio al Cliente para saber si un medicamento específico está en la Lista de Medicamentos del plan o para solicitar una copia de la lista.

Sección 4 Restricciones en la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos con receta, hay reglas especiales que restringen cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos elaboró estas reglas para alentar a que usted y su proveedor usen los medicamentos de las maneras más eficaces. Para saber si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que usted toma o desea tomar, consulte la Lista de Medicamentos. Si un medicamento seguro y de menor costo es médicamente tan eficaz como un medicamento de mayor costo, las reglas del plan están diseñadas para alentar a que usted y su proveedor usen 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 los mismos medicamentos pueden ser diferentes según la concentración, la cantidad o la presentación del medicamento recetado por su proveedor del cuidado de la salud, y pueden aplicarse diferentes restricciones o costos compartidos a las diferentes versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg o 100 mg; uno por día o dos por día; tableta o líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones?

Las siguientes secciones le ofrecen más información sobre las restricciones que usamos para ciertos medicamentos.

Si hay una restricción para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor tendrán que tomar medidas adicionales para que cubramos el medicamento. Comuníquese con Servicio al Cliente para saber lo que deben hacer usted o su proveedor para obtener cobertura del medicamento. Si desea que no le apliquemos la restricción, deberá usar el proceso para decisiones de cobertura y pedirnos que hagamos una excepción. Podemos aceptar o no su solicitud para no aplicarle la restricción. (Consulte el Capítulo 9)

¿Qué es un medicamento compuesto?

Un medicamento compuesto es uno que ha sido creado por un farmacéutico al mezclar o combinar ingredientes para crear un medicamento con receta personalizado que satisfaga las necesidades de un paciente en particular.

¿Mi plan de la Parte D cubre los medicamentos compuestos?

Generalmente, los medicamentos compuestos están excluidos del formulario (es decir, no los cubre el plan). Para que su medicamento compuesto tenga cobertura, es posible que tenga que solicitar y recibir de nosotros una determinación de cobertura aprobada. Los medicamentos compuestos pueden cumplir los requisitos de la Parte D si cumplen todos los requisitos siguientes:

1. Contienen al menos un ingrediente farmacológico aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o por los Compendios, y todos los ingredientes del medicamento compuesto (incluso la vía de administración propuesta) deben tener el respaldo de los Compendios.
2. No contienen un ingrediente farmacológico excluido por la Parte D o no aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
3. No contienen un ingrediente cubierto por la Parte B. (De lo contrario, es posible que el medicamento compuesto esté cubierto por la Parte B en lugar de la Parte D)
4. Son recetados para una indicación médicamente aceptada.

La tabla a continuación explica los requisitos básicos para que un medicamento compuesto con 2 o más ingredientes esté o no cubierto por las reglas de la Parte D, así como los posibles costos para usted.

Tipo de medicamento compuesto	Cobertura de Medicare
El medicamento compuesto contiene un ingrediente que cumple los requisitos de la Parte B.	El medicamento compuesto está cubierto exclusivamente por la Parte B.
Todos los ingredientes del medicamento compuesto cumplen los requisitos de cobertura de la Parte D y están aprobados para formular un medicamento compuesto.	Una vez que se haya aprobado la determinación de cobertura, es posible que el medicamento compuesto esté cubierto por la Parte D.
Todos los ingredientes del medicamento compuesto cumplen los requisitos de cobertura de la Parte D y están aprobados para formular un medicamento compuesto; asimismo, los ingredientes no tienen cobertura de la Parte D (por ejemplo, medicamentos sin receta, etc.).	Una vez que se haya aprobado la determinación de cobertura, es posible que el medicamento compuesto esté cubierto por la Parte D. Sin embargo, los ingredientes sin cobertura de la Parte D no serán cubiertos y a usted no le corresponde pagar el costo de todos esos ingredientes sin cobertura de la Parte D.
El medicamento compuesto contiene un ingrediente que no ha sido aprobado ni respaldado para formular medicamentos compuestos.	El medicamento compuesto no está cubierto por la Parte D. A usted le corresponde pagar la totalidad del costo.

¿Qué tengo que pagar por un medicamento compuesto cubierto?

Un medicamento compuesto que cumple los requisitos de la Parte D podría requerir una determinación de cobertura aprobada para que esté cubierto por su plan

Obtener la preaprobación del plan

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener aprobación del plan antes de que aceptemos cubrir un medicamento para usted. Esto se llama "**preautorización**". Esto es para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a orientar el uso apropiado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que el plan no cubra su medicamento.

Probar primero un medicamento diferente

Este requisito le alienta a probar medicamentos menos costosos, pero generalmente igual de eficaces antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B tratan la misma condición médica y el Medicamento A es menos costoso, es posible que el plan requiera que pruebe primero el Medicamento A. Si el Medicamento A no le surte efecto, el plan cubrirá el Medicamento B. Este requisito de probar primero un medicamento diferente se llama **"terapia escalonada"**.

Límites de cantidad

Con ciertos medicamentos, el plan limita la cantidad de medicamento que usted recibe cada vez que surte su receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro que tome una tableta por día de un medicamento determinado, podemos limitar la cobertura de su receta a una tableta por día.

Sección 5 Cuando sus medicamentos no están cubiertos en la forma que usted prefiere

Sección 5.1 Tome medidas si su medicamento no tiene la cobertura que usted desea

Hay situaciones en las que un medicamento con receta que usted toma, o alguno que usted y su proveedor piensen que debería tomar, que no está en nuestra lista de medicamentos (formulario) o que está en nuestro formulario con restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento podría no tener ninguna cobertura. O es posible que una versión genérica del medicamento esté cubierta, pero que la versión de marca que usted desea tomar no tenga cobertura.
- El medicamento está cubierto, pero hay reglas o restricciones adicionales para la cobertura de ese medicamento, según se explica en la Sección 4.
- Hay ciertas medidas que usted puede tomar si su medicamento no está cubierto en la manera que usted desea. Si su medicamento no está en la Lista de Medicamentos o si su medicamento tiene alguna restricción, consulte la Sección 5.2 para saber lo que puede hacer.

Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si el medicamento no está en la Lista de Medicamentos o si tiene algún tipo de restricción?

Si su medicamento no está en la Lista de Medicamentos o tiene algún tipo de restricción, tiene opciones:

- Es posible que pueda obtener un suministro temporal del medicamento.

- Puede cambiar el medicamento por otro.
- Puede solicitar una excepción al plan para que cubra el medicamento o que elimine las restricciones al medicamento.

Es posible que pueda obtener un suministro temporal

En ciertas circunstancias, el plan debe proporcionarle un suministro temporal de un medicamento que usted ya esté tomando. Este suministro temporal le dará tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio en la cobertura y decidir lo que puede hacer.

Para cumplir los requisitos para un suministro temporal, el medicamento que usted ha estado tomando ya no debe estar en la Lista de Medicamentos del plan O ahora debe tener algún tipo de restricción.

- Si usted es un miembro nuevo, cubriremos el suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días de su membresía en el plan.
- Si usted estuvo en el plan el año pasado, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
- Este suministro temporal será por un suministro mínimo de 30 días. Si su receta indica menos días, permitiremos surtidos adicionales para proporcionar como mínimo un suministro de hasta 30 días del medicamento. La receta se debe surtir en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de cuidado a largo plazo podría suministrar el medicamento en cantidades más pequeñas cada vez que se surta, para evitar el desperdicio).
- **Si se trata de miembros que han estado en el plan por más de 90 días, residen en un centro de cuidados a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:**
  Cubriremos como mínimo un suministro de emergencia de 31 días de un medicamento en particular, o por un período más breve si su receta se emite para menos días. Este es un suministro adicional al del suministro temporal que se mencionó anteriormente.
- **Para aquellos miembros actuales con cambios en el nivel de cuidado:**
  Podría haber transiciones no planificadas, como altas del hospital (incluso de hospitales psiquiátricos) o cambios en el nivel de cuidado (por ejemplo, un cambio de centros de cuidado a largo plazo, la entrada y salida de un centro de cuidado a largo plazo, la terminación de la cobertura de la Parte A con un centro de enfermería especializada, o la terminación de la cobertura de cuidados paliativos y volver a la cobertura de Medicare) que pueden ocurrir en cualquier momento. Si le recetan un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o las posibilidades de obtener sus medicamentos son limitadas de alguna manera, tendrá que usar el proceso de excepción del plan. Para la mayoría de los medicamentos, puede solicitar una sola vez un suministro temporal de un mínimo de 30 días que le permita tener tiempo para analizar tratamientos alternativos con su médico o solicitar una excepción a la Lista de Medicamentos (formulario) . Si su médico le emite una receta por menos días, usted puede resurtir el medicamento hasta que haya recibido un suministro de 30 días como mínimo.

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame a Servicio al Cliente.

Durante el tiempo en que use el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se termine su suministro temporal. Tiene dos opciones:

1) **Puede cambiar el medicamento por otro**

   Hable con su proveedor para saber si hay otro medicamento cubierto por el plan que podría ser tan eficaz como el anterior. Llame a Servicio al Cliente para pedir una lista de los medicamentos cubiertos que tratan la misma condición médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que podría ser eficaz para usted.

2) **Puede solicitar una excepción**

   Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción y cubra el medicamento en la manera que usted desea. Si su proveedor afirma que existen razones médicas que justifican solicitar una excepción, ese proveedor puede ayudarle a solicitar una excepción. Por ejemplo, puede solicitar al plan que cubra un medicamento, aunque no esté en la Lista de Medicamentos del plan. O puede solicitar al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si actualmente usted es miembro y un medicamento que está tomando se quitará del formulario o tendrá restricciones de algún tipo para el próximo año, le comunicaremos sobre cualquier cambio con anticipación al nuevo año. Usted puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta en un plazo no mayor de 72 horas después de recibir su solicitud (o la declaración de respaldo del profesional que receta). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigencia.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la Sección 7.4 del Capítulo 9 indica lo que deben hacer. Describe los procedimientos y plazos establecidos por Medicare para garantizar que su solicitud se tramite de manera justa y oportuna.

Sección 6 Qué pasa si la cobertura de uno de sus medicamentos cambia

Sección 6.1 La Lista de Medicamentos puede cambiar durante el año

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

- **Añadir o eliminar medicamentos de la Lista de Medicamentos.**
- **Añadir o eliminar una restricción a la cobertura de un medicamento**.
- **Reemplazar un medicamento de marca por un medicamento genérico.**

Debemos acatar los requisitos de Medicare antes de cambiar la Lista de Medicamentos del plan.

Sección 6.2 ¿Qué sucede si cambia la cobertura de un medicamento que usted toma?

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se produzcan cambios en la Lista de Medicamentos, publicaremos información en nuestro sitio web sobre esos cambios. Actualizamos nuestra Lista de Medicamentos en Internet periódicamente. A continuación señalamos los momentos en que usted recibirá un aviso directo si se realizan cambios en un medicamento que está tomando.

Cambios en su cobertura de medicamentos que le afectan durante el año del plan actual

- **Un nuevo medicamento genérico reemplaza un medicamento de marca en la Lista de Medicamentos (o cambiamos el nivel de costo compartido o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca o ambos)**
  - Es posible que quitemos inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de Medicamentos si decidimos reemplazarlo por una versión genérica recientemente aprobada del mismo medicamento. El medicamento genérico aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en uno inferior y con las mismas o menos restricciones. Quizás decidamos mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de Medicamentos, pero inmediatamente lo pasaremos a un nivel de costo compartido más alto o agregaremos nuevas restricciones o ambos cuando el medicamento nuevo se agregue.
  - Es posible que no le avisemos por anticipado antes de hacer ese cambio, incluso si usted está tomando actualmente el medicamento de marca. Si usted está tomando el medicamento de marca en el momento en que realizamos el cambio, le proporcionaremos la información sobre los cambios específicos. Esta información también incluirá los pasos que usted puede seguir para solicitar una excepción a la cobertura del medicamento de marca. Es posible que no le avisemos antes de hacer el cambio.
  - Usted y el profesional que receta pueden pedirnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo su medicamento de marca. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9.
- **Medicamentos peligrosos y otros medicamentos de la Lista de Medicamentos que se retiran del mercado**
  - Algunas veces, un medicamento es considerado peligroso o es retirado del mercado por otros motivos. Si esto sucede, podemos quitar el medicamento inmediatamente de la Lista de Medicamentos. Si usted está tomando ese medicamento, le informaremos de inmediato.
  - El profesional que receta también se enterará de este cambio y podrá buscar otro medicamento que usted puede usar para su condición.
- **Otros cambios en los medicamentos de la Lista de Medicamentos**
  - Una vez que comience el año, es posible que hagamos otros cambios que afecten los medicamentos que usted toma. Por ejemplo, podríamos agregar un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca en la Lista de Medicamentos o cambiar el nivel de costo compartido o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o ambos. También podríamos hacer cambios según las advertencias de la Administración de Alimentos y Medicamentos o las nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.

- En estos casos, debemos avisarle del cambio al menos con 30 días de anticipación o avisarle del cambio y darle un resurtido de 30 días del medicamento que está tomando a través de una farmacia de la red.
- Después de recibir el aviso del cambio, usted deberá hablar con su proveedor para cambiar su medicamento por otro que cubramos o cumplir con cualquiera de las restricciones nuevas del medicamento que está tomando.
- Usted o el profesional que receta pueden pedirnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo su medicamento. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9.

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

En nuestra Lista de Medicamentos, posiblemente realizamos ciertos cambios que no se describen anteriormente. En estos casos, el cambio no se aplicará a usted si está tomando el medicamento cuando se realiza el cambio; sin embargo, estos cambios le afectarán a usted a partir del 1 de enero del próximo año del plan si usted permanece en el mismo plan.

Por lo general, los cambios que no le afectarán a usted durante el año del plan actual son:

- Establecemos una nueva restricción al uso del medicamento.
- Quitamos su medicamento de la Lista de Medicamentos.

Si se produce alguno de estos cambios en un medicamento que usted está tomando (excepto que se retire del mercado, porque un medicamento genérico reemplaza uno de marca ni por otro cambio indicado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso ni lo que usted paga como su parte del costo hasta el 1 de enero del próximo año. Hasta esa fecha, usted probablemente no notará ningún aumento en sus pagos o restricciones adicionales en el uso del medicamento.

No le notificaremos sobre estos tipos de cambios directamente durante el año del plan actual. Usted tendrá que revisar la Lista de Medicamentos para el próximo año del plan (cuando la lista esté disponible durante el período de inscripción abierta) para saber si hay algún cambio en los medicamentos que está tomando que le afectará a usted durante el próximo año del plan.

Sección 7 ¿Qué medicamentos no tienen cobertura del plan?

Sección 7.1 Medicamentos sin cobertura

Esta sección indica los medicamentos con receta que están “excluidos”. Esto significa que Medicare no paga estos medicamentos.

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

Las siguientes son cuatro reglas generales sobre los medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán mediante la Parte D:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que podría estar cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento que se compre fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan normalmente no puede cubrir un uso fuera de la indicación aprobada. Un "uso fuera de la indicación aprobada" es cualquier uso del medicamento diferente de los usos indicados en la etiqueta del medicamento como aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
- La cobertura del "uso fuera de la indicación aprobada" se permite solamente cuando el uso está respaldado por ciertas referencias, tales como la American Hospital Formulary Service Drug Information y el DRUGDEX Information System.

Además, por ley, las siguientes categorías de medicamentos indicadas a continuación no están cubiertas por Medicare. Sin embargo, algunos de estos medicamentos podrían estar cubiertos por su cobertura de medicamentos de Florida Medicaid Agency for Health Care Administration (AHCA) (Medicaid). Consulte su lista de Medicamentos de Florida Medicaid Agency for Health Care Administration (AHCA) (Medicaid) para saber si alguno de los siguientes medicamentos indicados a continuación está cubierto:

- Medicamentos sin receta (también llamados medicamentos de venta sin receta).
- Medicamentos que se usan para estimular la fertilidad.
- Medicamentos que se usan para aliviar los síntomas de la tos o el resfrío.
- Medicamentos que se usan con fines estéticos o para estimular el crecimiento del cabello.
- Vitaminas y productos minerales con receta, excepto vitaminas prenatales y preparaciones de fluoruro.
- Medicamentos que se usan para el tratamiento de la disfunción eréctil o sexual.
- Medicamentos que se usan para tratar la anorexia, para bajar o subir de peso.
- Medicamentos para pacientes ambulatorios para los que el fabricante requiere que se compren pruebas asociadas o se contraten servicios de control exclusivamente del fabricante como condición para la venta.

Sección 8 Cómo surtir una receta

Sección 8.1 Proporcione su información de ID de miembro

Para surtir su receta, proporcione su información de ID de miembro del plan, que se puede encontrar en su tarjeta de ID de miembro, en la farmacia de la red que usted elija. La farmacia de la red le facturará automáticamente al plan su medicamento. Al surtir su receta, deberá pagar a la farmacia la parte del costo que le corresponde **a usted**.

Sección 8.2 ¿Qué debe hacer si no tiene consigo su información de ID de miembro?

Si no tiene consigo su información de ID de miembro del plan cuando surta su receta, usted o la farmacia pueden llamar al plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que usted tenga que pagar el costo total del medicamento con receta al momento de surtirlo.** (Después **podrá pedirnos que le reembolsemos** nuestra parte. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitar reembolsos al plan.)

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

Sección 9.1 Medicamentos y estadías con cobertura del plan en un hospital o centro de enfermería especializada

Si se le admite en un hospital o en un centro de enfermería especializada por una estadía cubierta por el plan, por lo general cubriremos el costo de sus medicamentos con receta durante su estadía. Una vez que le dan de alta del hospital o del centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos con receta siempre y cuando los medicamentos cumplan todas nuestras reglas de cobertura que se describen en este Capítulo.

Sección 9.2 Residentes en centros de cuidado a largo plazo

Generalmente, un centro de cuidado a largo plazo (long-term care, LTC) (como un asilo de convalecencia) tiene su propia farmacia o usa una farmacia que suministra los medicamentos a todos sus residentes. Si usted es residente de un centro de cuidado a largo plazo (long-term care, LTC), puede obtener sus medicamentos con receta a través de la farmacia del centro, o de la que la farmacia utiliza, siempre que la farmacia forme parte de nuestra red.

Consulte su **Directorio de Farmacias** para saber si la farmacia del centro de cuidado a largo plazo (LTC) o la que el centro usa es parte de nuestra red. Si la farmacia no forma parte de nuestra red o si usted necesita más información o asistencia, comuníquese con Servicio al Cliente. Si usted está en un centro de cuidado a largo plazo, debemos asegurarnos de que pueda recibir de rutina sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de cuidado a largo plazo.

¿Qué sucede si vive en un centro de cuidado a largo plazo (LTC) y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o que tiene alguna limitación?
Consulte la Sección 5.2 sobre un suministro temporal o de emergencia.

Sección 9.3 ¿Qué sucede si también tiene cobertura de medicamentos mediante un plan de grupo del empleador o de grupo para jubilados?

Si usted actualmente tiene otra cobertura de medicamentos con receta a través del grupo del empleador o del grupo para jubilados de usted (o de su cónyuge) comuníquese con **el administrador de beneficios de ese grupo**. Esta persona puede ayudarle a determinar cómo funcionará su cobertura de medicamentos con receta actual con nuestro plan.

Por lo general, si usted tiene cobertura de su grupo del empleador o de su grupo para jubilados, la cobertura de medicamentos con receta que tiene de nuestro plan será **secundaria** a la cobertura de su grupo. Eso significa que su cobertura de grupo pagaría primero.

Nota especial sobre la 'cobertura acreditable':

Cada año, su grupo del empleador o su grupo para jubilados deben enviarle un aviso que le indica si su cobertura de medicamentos con receta será "acreditable" para el próximo año calendario.

Si la cobertura del plan de grupo es **"acreditable"**, significa que el plan tiene una cobertura de medicamentos que se espera que pague como mínimo, en promedio, tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare.

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

Sección 9.4 ¿Qué sucede si usted está en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare?

El centro de cuidados paliativos y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si usted está inscrito en un centro de cuidados paliativos de Medicare y necesita ciertos medicamentos (por ejemplo, contra las náuseas, un laxante, un analgésico o un ansiolítico) que no están cubiertos por su centro porque no está relacionado con su enfermedad terminal ni condiciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación, ya sea del profesional que receta o de su proveedor de cuidados paliativos, que indique que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar demoras en la entrega de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, pídale al proveedor de cuidados paliativos o al profesional que receta que proporcione la notificación antes de que la receta se surta.

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

Sección 10 Programas sobre la seguridad de los medicamentos y el manejo de la medicación

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

Realizamos revisiones sobre el uso de los medicamentos de nuestros miembros para asegurarnos que dichos miembros están recibiendo un cuidado seguro y apropiado.

Hacemos una revisión cada vez que surte una receta. También revisamos nuestros registros de forma regular. Durante estas revisiones, tratamos de detectar problemas potenciales, como por ejemplo:

- Posibles errores en el uso de los medicamentos

- Medicamentos que quizás no sean necesarios porque está tomando otro medicamento para tratar la misma condición médica
- Medicamentos que podrían no ser seguros o adecuados debido a su edad o sexo
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían causarle daño si se toman al mismo tiempo
- Recetas de medicamentos que tienen ingredientes a los que usted es alérgico
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que está tomando
- Dosis inseguras de medicamentos opiáceos para el dolor

Si notamos un posible problema en el uso que usted hace de los medicamentos, consultaremos a su proveedor para corregir el problema.

Sección 10.2 Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros para que usen de manera segura sus medicamentos que contienen opiáceos

Contamos con un programa que ayuda a asegurarnos de que nuestros miembros usen de manera segura los medicamentos opiáceos con receta y otros medicamentos que con frecuencia se abusan. Este programa se llama Programa de Administración de Medicamentos (Drug Management Program, DMP). Si usted usa medicamentos opiáceos que obtiene de varios médicos o farmacias, o si tuvo una sobredosis de opiáceos reciente, es posible que hablemos con sus médicos para asegurarnos de que su uso de medicamentos opiáceos sea apropiado y médicamente necesario. Si, al hablar con sus médicos, decidimos que el uso de sus medicamentos opiáceos o benzodiacepinas no es seguro, podemos limitar la manera en que usted puede obtener esos medicamentos. Si le incluimos en nuestro Programa de Administración de Medicamentos, las limitaciones podrían ser:

- Requerirle que usted surta todas sus recetas de medicamentos opiáceos o benzodiacepinas en ciertas farmacias
- Requerirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opiáceos o benzodiacepinas de ciertos médicos
- Limitar la cantidad de medicamentos opiáceos o benzodiacepinas que cubriremos para usted

Si planeamos limitar la manera en que usted puede obtener estos medicamentos o la cantidad que puede obtener, le enviaremos una carta por adelantado. La carta le indicará las limitaciones que pensamos que deberíamos aplicarle. Usted tendrá la oportunidad de informarnos de los médicos o las farmacias que prefiere usar, y sobre cualquier otra información que crea que es importante que nosotros sepamos. Después de que usted haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar la cobertura de esos medicamentos, le enviaremos otra carta confirmando la limitación. Si piensa que cometimos un error o si no está de acuerdo con nuestra determinación o con la limitación, usted y el profesional que receta tienen derecho a apelar. Si apela, nosotros revisaremos su caso y le daremos una decisión. Si seguimos denegando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican al acceso de sus medicamentos, automáticamente enviaremos su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

No le incluiremos en nuestro Programa de Administración de Medicamentos si usted tiene ciertas condiciones médicas, como dolor activo relacionado con el cáncer o anemia drepanocítica, si está recibiendo cuidados paliativos o para el final de la vida, o si vive en un centro de cuidado a largo plazo.

Sección 10.3 Programas de Manejo de Terapias de Medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a manejar sus medicamentos

Contamos con programas que pueden ayudar a los miembros que tienen necesidades complejas de salud. Uno de los programas se llama programa de Manejo de Terapias de Medicamentos (Medication Therapy Management, MTM). Estos programas son voluntarios y gratuitos. Un equipo de farmacéuticos y médicos elaboró los programas para nosotros a fin de ayudarnos a garantizar que nuestros miembros aprovechen al máximo los medicamentos que toman.

Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes condiciones médicas y tienen altos costos de medicamentos, o están en un Programa de Administración de Medicamentos para ayudar a los miembros a usar sus medicamentos opiáceos de manera segura, podrían recibir servicios a través de un programa de Manejo de Terapias de Medicamentos. Un farmacéutico u otro profesional de la salud harán una revisión integral de todos sus medicamentos. Durante la revisión, usted puede hablar sobre sus medicamentos, cuáles son sus costos y sobre cualquier problema o pregunta que tenga con respecto a sus medicamentos con y sin receta. Recibirá un resumen por escrito que contiene una lista de tareas recomendadas que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También recibirá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que usted toma, la cantidad que toma y la frecuencia y la razón por la que los toma. Además, los miembros en el programa de Manejo de Terapias de Medicamentos recibirán información sobre las maneras más seguras para desechar los medicamentos con receta que forman parte de las sustancias controladas.

Sería conveniente que hable con su médico sobre su lista de tareas recomendadas y su lista de medicamentos. Lleve el resumen a la visita o téngalo consigo en cualquier momento en que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de cuidado de la salud. Además, mantenga actualizada su lista de medicamentos y llévela consigo (por ejemplo, junto con su ID) en caso de que vaya al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, le inscribiremos automáticamente en el programa y le enviaremos la información pertinente. Si decide no participar, notifíquenos y cancelaremos su inscripción. Si tiene alguna pregunta sobre estos programas, comuníquese con Servicio al Cliente.

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

Sección 11.1 Le enviamos un informe mensual llamado “Explicación de Beneficios (EOB) de la Parte D”

Nuestro plan lleva un registro de los costos de sus medicamentos con receta y de los pagos que usted hace cuando surte o resurte recetas en la farmacia. De esta manera, podemos informarle

cuando usted pasa de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. Llevamos un registro de dos costos en particular:

- Llevamos un registro de lo que usted ha pagado. Esto se llama gastos “de su bolsillo”.
- Llevamos un registro de los “costos totales de sus medicamentos”. Esta es la cantidad que usted paga de su bolsillo o que otros pagan en nombre de usted, más la cantidad pagada por el plan.

Nuestro plan preparará un informe por escrito llamado Explicación de Beneficios (EOB) de la Parte D si usted ha surtido una o más recetas a través del plan durante el mes anterior. La Explicación de Beneficios de la Parte D le proporciona más información sobre los medicamentos que usted toma, tales como aumentos en los precios y otros medicamentos de costo compartido más bajo que pueden estar disponibles. Usted debe consultar con el profesional que receta sobre estas opciones de menor costo. Incluye:

- Información de ese mes. Este informe incluye los detalles de pago de las recetas que ha surtido en el mes anterior. Indica los costos totales de los medicamentos, lo que pagó el plan, así como lo que pagaron usted y otras personas en nombre de usted.
- Totales del año desde el 1 de enero. Esto se llama información “hasta la fecha del año”. Indica los costos totales de los medicamentos y el pago total de sus medicamentos desde que comenzó el año.
- Información sobre los precios de los medicamentos. Esta información mostrará los aumentos acumulativos en porcentaje en cada reclamo de medicamentos con receta.
- Medicamentos con receta alternativos de menor costo disponibles. Esto incluirá información en cada reclamo de medicamentos con receta sobre otros medicamentos de costo compartido más bajo que pueden estar disponibles.

Sección 11.2 Ayúdenos a mantener su información de pagos de medicamentos actualizada

Para llevar un registro de los costos de sus medicamentos y de los pagos que usted realiza por los medicamentos, usamos los registros que recibimos de las farmacias. Nos puede ayudar a mantener su información correcta y actualizada de la siguiente manera:

- Muestre su tarjeta de ID de miembro de UnitedHealthcare cuando le surtan una receta. Para asegurarse de que estemos al tanto de los medicamentos con receta que surte y de lo que paga, muestre su tarjeta de ID de miembro de UnitedHealthcare cada vez que surta una receta.
- Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos. Es posible que, en algunas ocasiones, usted pague medicamentos con receta pero no recibamos automáticamente la información necesaria para llevar un registro de los gastos de su bolsillo. Para ayudarnos a llevar un registro de los gastos de su bolsillo, puede enviarnos copias de los recibos de los medicamentos que compró. (Si le facturan un medicamento cubierto, puede solicitar que paguemos nuestra parte del costo del medicamento. Para las instrucciones sobre cómo hacerlo, consulte la Sección 2 del Capítulo 7 de esta guía.) Las siguientes son algunas

situaciones en las que sería conveniente darnos copias de sus recibos de medicamentos para garantizar que tengamos un registro completo de lo que usted gasta en sus medicamentos:

- Cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuentos que no forma parte del beneficio de nuestro plan.
- Cuando paga un copago por medicamentos que se suministran mediante un programa de asistencia a pacientes patrocinado por un fabricante de medicamentos.
- Cada vez que compre medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o cuando pague el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.

- Envíenos la información sobre los pagos que otros hayan realizado por usted. Los pagos realizados por ciertas personas y organizaciones también se toman en cuenta como los gastos de su bolsillo y le ayudan a calificar para la Cobertura de Gastos Médicos Mayores. Por ejemplo, los pagos realizados por un Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida (AIDS drug assistance program, ADAP), el Servicio de Salud Indígena y la mayoría de las organizaciones de beneficencia se toman en cuenta como los gastos de su bolsillo. Usted debe llevar un registro de estos pagos y enviárnoslos para que podamos hacer un seguimiento de sus gastos.
- Revise el informe por escrito que le enviamos. Cuando reciba una Explicación de Beneficios (EOB) de la Parte D por correo, revísela para verificar que la información sea correcta y esté completa.

Si piensa que falta algo en el informe o si tiene alguna pregunta, llámenos a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la portada de esta guía). Asegúrese de guardar estos informes, ya que son un registro importante de sus gastos de medicamentos.

Capítulo 6

Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D

Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D

Debido a que usted cumple los requisitos de Florida Medicaid Agency for Health Care Administration (AHCA) (Medicaid), usted califica para, y está recibiendo, el programa "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos con receta. Como miembro de MedicareMax Plus (HMO D-SNP) que recibe el programa "Ayuda Adicional" de Medicare, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Su deducible anual es de $0 y no paga ningún copago ni coseguro.

Mensaje Importante Sobre lo que Usted Paga por Vacunas - Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted. Llame a Servicio al Cliente para obtener más información.

Su membresía en nuestro plan no se verá afectada por el hecho de que usted recibe el programa Ayuda Adicional. Usted obtendrá la misma cobertura que cualquier persona que no recibe el programa Ayuda Adicional.

¿Qué es el programa Ayuda Adicional?

El programa Ayuda Adicional es ofrecido por la Administración del Seguro Social. Le ayuda a ahorrar en los costos de medicamentos con receta. Esto significa que usted recibe ayuda para pagar la prima mensual, el deducible anual y los copagos o los coseguros de su plan de medicamentos con receta.

¿Puede cambiar la cantidad que pago durante el año por los medicamentos cubiertos de la Parte D?

La cantidad que usted paga será la misma durante todo el año.

Consulte la sección 7 del Capítulo 2 para obtener más información sobre el programa Ayuda Adicional y otros programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos con receta.

Capítulo 7

Cómo solicitar el pago de la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido por servicios médicos cubiertos o por medicamentos cubiertos

Sección 1 Situaciones en las que usted debe solicitarnos que paguemos por sus servicios o medicamentos cubiertos

Los proveedores de nuestra red facturan directamente al plan por sus servicios y medicamentos cubiertos. Si usted recibe una factura por el costo total del cuidado médico o de los medicamentos que recibió, debe enviarnos esa factura para que podamos pagarla. Cuando nos envíe la factura, la revisaremos y decidiremos si los servicios deben estar cubiertos. Si decidimos que tienen cobertura le pagaremos directamente al proveedor.

Si usted ya pagó un servicio o artículo de Medicare cubierto por el plan, puede pedirnos que le reembolsemos (es decir, que le demos un "reembolso"). Usted tiene derecho a recibir un reembolso de nuestro plan cada vez que usted haya pagado más que su parte del costo de los servicios médicos o de los medicamentos que cubre nuestro plan. Puede haber plazos que deba cumplir para recibir un reembolso. Consulte la Sección 2 de este capítulo. Cuando nos envíe una factura que usted ya pagó, la revisaremos y decidiremos si los servicios o los medicamentos deben estar cubiertos. Si decidimos que tienen cobertura, le reembolsaremos el costo de los servicios o de los medicamentos.

También puede haber ocasiones en las que reciba una factura de un proveedor por el costo total del cuidado médico que usted recibió o posiblemente por una cantidad mayor que la parte que le corresponde del costo compartido, como se describe en el documento. Primero, intente resolver la factura con el proveedor. Si no logra resolverla, envíenos la factura en lugar de pagarla. Revisaremos la factura y decidiremos si los servicios deben estar cubiertos. Si decidimos que tienen cobertura le pagaremos directamente al proveedor. Si decidimos no pagarla, se lo notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más que el costo compartido permitido por el plan. Si se contrata a este proveedor, usted todavía tiene derecho al tratamiento.

Los siguientes son ejemplos de situaciones en las que puede ser necesario pedirnos un reembolso o que paguemos una factura que usted recibió:

1. **Si ha recibido cuidado médico de emergencia o requerido de urgencia de un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan**

   Usted puede recibir servicios para emergencias o servicios requeridos de urgencia de cualquier proveedor en los Estados Unidos, independientemente de que sea parte o no de nuestra red. En estos casos, pídale al proveedor que facture al plan.

   - Si usted paga la cantidad total al momento de recibir el cuidado, pídanos que le reembolsemos nuestra parte del costo. Envíenos la factura, junto con la documentación de los pagos que haya realizado.
   - Usted podría recibir una factura del proveedor en la que se le pide un pago que usted piensa que no adeuda. Envíenos la factura, junto con la documentación de los pagos que ya haya realizado.
     - Si se le adeuda alguna cantidad al proveedor, le pagaremos directamente al proveedor.
     - Si usted ya pagó más que su parte del costo del servicio, determinaremos la cantidad que le correspondía pagar y le reembolsaremos nuestra parte del costo.

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

Los proveedores de la red siempre deben facturarle al plan directamente. Pero a veces cometen errores y le cobran una cantidad mayor que la parte que le corresponde del costo.

- Si cumple los requisitos para que Medicaid le ayude con los costos compartidos de Medicare, no permitimos que los proveedores le facturen a usted por los servicios cubiertos. Nosotros les pagamos a nuestros proveedores directamente y le protegemos a usted de cualquier cargo. Esto se aplica incluso si nosotros le pagamos al proveedor menos de lo que este cobra por un servicio.
- Cuando reciba una factura de un proveedor de la red y usted piense que es por una cantidad mayor a la que debería pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya pagó la factura a un proveedor de la red pero piensa que ha pagado demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de los pagos que haya realizado. Debe pedirnos que le reembolsemos la diferencia entre la cantidad que pagó y la cantidad que le correspondía pagar según el plan.

3. Si su inscripción en nuestro plan fue retroactiva

En ocasiones, la inscripción de una persona en el plan es retroactiva. (Esto quiere decir que el primer día de su inscripción ya ha pasado. La fecha de inscripción puede haber sido incluso el año pasado.)

Si se le inscribió de manera retroactiva en nuestro plan y usted tuvo gastos de su bolsillo por cualquiera de sus servicios o medicamentos cubiertos después de su fecha de inscripción, puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte de los costos. Deberá presentarnos la documentación necesaria, como recibos y facturas, para tramitar su reembolso.

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

Si visita una farmacia fuera de la red, es posible que la farmacia no pueda enviarnos directamente el reclamo. Cuando esto suceda, usted tendrá que pagar el costo total de su medicamento con receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida que le reembolsemos nuestra parte del costo. Recuerde que solamente cubrimos las farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para conocer estas circunstancias.

5. Si usted paga el costo total de un medicamento con receta porque no lleva consigo su tarjeta de ID de miembro del plan

Si no lleva consigo su tarjeta de ID de miembro del plan, puede pedir a la farmacia que llamen al plan o que busquen su información de inscripción en el plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener inmediatamente su información de inscripción, es posible que usted tenga que pagar el costo total del medicamento con receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida que le reembolsemos nuestra parte del costo.

6. Si usted paga el costo total de un medicamento con receta debido a otras razones

Es posible que deba pagar el costo total del medicamento con receta porque, por alguna razón, el medicamento no está cubierto.

- Por ejemplo, tal vez el medicamento no está en la **Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)** del plan o tiene un requisito o una restricción que usted desconocía o si usted cree que esa restricción no se debe aplicar en su caso. Si decide obtener el medicamento inmediatamente, es posible que tenga que pagar el costo total del medicamento.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida que le reembolsemos. En ciertos casos, tal vez necesitemos obtener más información de su médico para reembolsarle nuestra parte del costo del medicamento.

7. Si utiliza sus beneficios de Cobertura Mundial de Servicios para Emergencias, de Servicios Requeridos de Urgencia Mundiales, o de Transporte de Emergencia Mundial

Usted tendrá que pagar el costo total de los servicios para emergencias que reciba fuera de los Estados Unidos al momento de recibirlos. Para recibir un reembolso de nosotros, usted debe hacer lo siguiente:

- Pague la factura al momento de recibirla. Nosotros le reembolsaremos la diferencia entre la cantidad de su factura y el costo compartido que le corresponde por los servicios recibidos, según se indica en el Capítulo 4 de este documento.
- Guarde todos sus recibos y envíenos copias de ellos cuando nos pida que le reembolsemos. En ciertos casos, tal vez necesitemos obtener más información de su parte o del proveedor que prestó los servicios, para reembolsarle nuestra parte del costo. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 7 para todo lo relacionado con el reembolso de gastos por servicios mundiales.
- Si se le pide que pague su factura por los servicios para emergencias con cobertura mundial y usted no puede realizar el pago, llame a Servicio al Cliente para recibir ayuda adicional y es posible que podamos ayudarle a coordinar el pago de los servicios cubiertos en nombre de usted.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, la revisaremos y decidiremos si el servicio o el medicamento deben estar cubiertos. Esto se denomina tomar una “decisión de cobertura”. Si decidimos que tienen cobertura, pagaremos nuestra parte del costo del servicio o del medicamento. Si denegamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 de este documento contiene información sobre cómo presentar una apelación.

Sección 2 Cómo solicitarnos un reembolso o el pago de una factura que ha recibido

Puede solicitarnos un reembolso enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíe su factura y la documentación de los pagos que haya realizado. Es buena idea que usted haga una copia de su factura y los recibos para su archivo personal.

Para solicitar el pago y asegurarse de proporcionarnos toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede llenar nuestro formulario de reclamo.

- No es necesario que use el formulario, pero nos ayudará a procesar la información con mayor rapidez.

- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (**PCNhealth.com**) o llame a Servicio al Cliente para pedir el formulario.

Envíenos por correo su solicitud de pago, junto con todas las facturas o los recibos pagados que tenga, a esta dirección:

Solicitudes de pago de medicamentos con receta de la Parte D:
OptumRx
P.O. Box 650287
Dallas, TX 75265-0287
Solicitudes de pago de reclamos médicos:
Preferred Care Network
P.O. Box 30448
Salt Lake City, UT 84130-0448

Usted debe presentarnos su reclamo de la Parte C (servicios médicos) en un plazo no mayor de 12 meses a partir de la fecha en que recibió el servicio, producto o medicamento de la Parte B.

Usted debe presentarnos su reclamo de la Parte D (medicamentos con receta) en un plazo no mayor de 36 meses a partir de la fecha en que recibió el servicio, producto o medicamento.

Sección 3 El plan revisará su solicitud de pago y la aceptará o la denegará

Sección 3.1 El plan determinará si cubrirá o no el servicio o el medicamento y la cantidad que nos corresponde pagar

Una vez que hayamos recibido su solicitud de pago, si resulta necesario, le pediremos información adicional. De lo contrario, revisaremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que el cuidado médico o el medicamento tiene cobertura y usted siguió todas las reglas, pagaremos nuestra parte del costo del servicio. Si usted ya pagó el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el reembolso de nuestra parte del costo. Si usted aún no pagó el servicio o el medicamento, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- Si decidimos que el cuidado médico o el medicamento **no** tiene cobertura, o si usted no siguió todas las reglas, no pagaremos nuestra parte del costo del cuidado o del medicamento. Le enviaremos una carta en la que explicaremos las razones por las que no realizamos el pago, además de su derecho a apelar esta decisión.

Sección 3.2 Si le indicamos que no pagaremos el total o una parte del costo del cuidado médico o del medicamento, usted puede presentar una apelación

Si piensa que hemos cometido un error al denegar su solicitud de pago o en la cantidad que pagamos, usted puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos pide que cambiemos nuestra decisión de denegar su solicitud de pago. El proceso de apelación es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener información detallada sobre cómo presentar esa apelación, consulte el Capítulo 9 de este documento.

Capítulo 8

Derechos y responsabilidades

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

Sección 1.1 Usted tiene derecho a recibir información sobre la organización, sus servicios, sus profesionales de cuidado de la salud y proveedores, además de los derechos y las responsabilidades de los miembros. Debemos proporcionar la información de una forma que le resulte conveniente y de acuerdo con sus sensibilidades culturales (en idiomas además del inglés, en braille, en letras grandes o en otros formatos alternativos, etc.)

Su plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se presten de una manera culturalmente competente y estén a disposición de todos los miembros, incluidos aquellos que tienen un dominio limitado del inglés, habilidades limitadas de lectura, discapacidad auditiva o aquellos que tienen distintos orígenes culturales y étnicos. Los ejemplos de cómo un plan puede cumplir estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la prestación de servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión al servicio de TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios gratuitos de intérpretes para responder las preguntas de los miembros que no hablan inglés. También podemos proporcionarle información en braille, en letras grandes o en otros formatos alternativos sin costo, si es necesario. Se nos exige que le proporcionemos la información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para obtener información de una forma que le resulte conveniente, comuníquese a Servicio al Cliente.

Nuestro plan debe proporcionar a las mujeres que son miembros la opción de acceso directo a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para recibir servicios para el cuidado de la salud preventivos y de rutina de la mujer.

Si no hay proveedores disponibles en la red del plan para una especialidad en particular, el plan tiene la responsabilidad de encontrar proveedores de especialidades fuera de la red para que le proporcionen el cuidado que necesita. En este caso, usted solo pagará el costo compartido que corresponde 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 recibir este servicio a un costo compartido igual que si se tratara de uno dentro de la red.

Si tiene alguna dificultad para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, consultar a especialistas en salud de la mujer o encontrar un especialista de la red, llame a Servicio al Cliente para presentar una queja formal (los números de teléfono aparecen en la portada de esta guía). También puede presentar una queja ante Medicare

si llama 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.

Sección 1.1 Usted tiene derecho a recibir información sobre la organización, sus servicios, sus profesionales de cuidado de la salud y proveedores, además de los derechos y las responsabilidades de los miembros. Debemos proporcionar la información de una forma que le resulte conveniente (en idiomas además del inglés, en braille, en letras grandes o en otros formatos alternativos, etc.)

Para recibir información nuestra de una forma que le resulte conveniente, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la portada de esta guía).

Nuestro plan cuenta con personas y servicios gratuitos de interpretación para responder las preguntas de los miembros discapacitados y los que no hablan inglés. Esta información está disponible sin costo en otros idiomas. También podemos proporcionarle información en braille, en letras grandes o en otros formatos alternativos sin costo, si es necesario. Se nos exige que le proporcionemos la información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para recibir información nuestra de una forma que le resulte conveniente, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la portada de esta guía) o comuníquese con nuestro Coordinador de Derechos Civiles.

Si tiene alguna dificultad para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, llame a Servicio al Cliente para presentar una queja formal (los números de teléfono aparecen en la portada de esta guía). También puede presentar una queja ante Medicare si llama al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles. La información de contacto se incluye en esta **Evidencia de Cobertura** o con esta correspondencia o, para obtener información adicional, puede comunicarse con Servicio al Cliente.

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

Tiene derecho a elegir un proveedor de cuidado primario (primary care provider, PCP) dentro de la red del plan para que haga los arreglos necesarios y le preste sus servicios cubiertos (el Capítulo 3 ofrece más información). También tiene derecho a consultar a un especialista en salud de la mujer (por ejemplo, un ginecólogo) sin una referencia.

Usted tiene derecho a programar citas y recibir servicios cubiertos de los proveedores de la red del plan, **dentro de un plazo razonable**. Esto incluye el derecho a recibir servicios de especialistas de manera oportuna cuando usted necesite ese cuidado. Además, usted tiene derecho a que le surtan o resurtan sus recetas en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin esperar demasiado tiempo.

Cómo Recibir Cuidado Fuera del Horario de Atención

Si necesita hablar o consultar con su Proveedor de Cuidado Primario fuera del horario de atención del consultorio, llame al consultorio de su Proveedor de Cuidado Primario. El médico que esté de guardia le devolverá la llamada y le indicará cómo proceder.

Si usted cree que no recibe su cuidado médico o sus medicamentos de la Parte D dentro de un plazo razonable, el Capítulo 9 indica lo que puede hacer.

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

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

- Su "información de salud personal" incluye la información personal que usted nos proporcionó cuando se inscribió en este plan, además de sus registros médicos y otra información médica y de salud.
- Usted tiene derechos relacionados con su información y con el control del uso de su información de salud. Nosotros le proporcionamos un aviso por escrito llamado "Aviso de Prácticas de Privacidad," que le informa sobre estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Garantizamos que sus registros no sean vistos ni modificados por ninguna persona sin autorización.
- Excepto en las circunstancias indicadas a continuación, si intentamos proporcionar su información de salud a alguien que no le esté proporcionando cuidado ni esté pagando su cuidado, **tenemos la obligación de obtener primero el permiso de usted por escrito o de alguien a quien usted le haya dado un poder legal para que tome decisiones por usted**.
- Hay ciertas excepciones en las que no se nos exige que obtengamos primero su permiso por escrito. La ley permite o exige estas excepciones.
  - Se nos exige que divulguemos información de salud a las agencias del gobierno que verifican la calidad del cuidado.
  - Como miembro de nuestro plan a través de Medicare, se nos exige que proporcionemos a Medicare su información de salud que incluye la información sobre sus medicamentos con receta de la Parte D. Si Medicare divulga su información con fines de investigación o para otros usos, esto se hará según los estatutos y normas federales; por lo general, esto requiere que no se comparta la información que le identifica de manera única.

Usted puede consultar la información de sus registros y saber cómo se ha compartido con terceros

Usted tiene derecho a consultar sus registros médicos en poder del plan y a recibir una copia de estos registros. Se nos permite cobrarle un cargo por hacer las copias. Usted también tiene derecho a pedirnos que agreguemos o corrijamos información en sus registros médicos. Si nos

pide esto, colaboraremos con su proveedor de cuidado de la salud para decidir si se deben hacer los cambios.

Usted tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información de salud con terceros para cualquier finalidad que no sea de rutina.

Si tiene preguntas o dudas sobre la privacidad de su información de salud personal, llame a Servicio al Cliente.

AVISOS DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DEL PLAN DE SALUD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR SU INFORMACIÓN MÉDICA. LE INDICA CÓMO USTED PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. LÉALO DETENIDAMENTE.

Entra en vigencia el 1 de enero de 2022.

Por ley, debemos[1] proteger la privacidad de su información de salud (health information, “HI”). Tenemos la obligación de enviarle este aviso. El aviso le explica:

- Cómo podemos usar su información de salud.
- Cuándo podemos compartir su información de salud con terceros.
- Qué derechos tiene usted de acceder a su información de salud.

Por ley, debemos cumplir las condiciones de este aviso.

- La información de salud es información sobre su salud o sus servicios para el cuidado de la salud. Tenemos derecho a modificar nuestras prácticas de privacidad para administrar la información de salud. Si las modificamos, se lo notificaremos por correo o por correo electrónico. También publicaremos el nuevo aviso en este sitio web (PCNhealth.com).

Le notificaremos si ocurre una violación de su información de salud. Recopilamos y guardamos su información de salud para llevar adelante nuestra actividad comercial. La información de salud puede ser oral, escrita o electrónica. Limitamos el acceso de empleados y proveedores de servicios a su información de salud. Contamos con medidas de seguridad para proteger su información de salud.

Cómo Recopilamos, Usamos y Compartimos su Información

Recopilamos, usamos y compartimos su información de salud con:

- Usted o su representante legal.
- Agencias del gobierno.

Tenemos derecho a recopilar, usar y compartir su información de salud con ciertos fines. Esto debe ser para su tratamiento, para pagar su cuidado o para llevar adelante nuestra actividad comercial. Podemos usar y compartir su información de salud de la siguiente manera.

- **Para los Pagos**. Podemos recopilar, usar y compartir su información de salud para procesar los pagos de primas y los reclamos. Esto puede incluir la coordinación de los beneficios.
- **Para el Tratamiento o la Administración del Cuidado.** Podemos recopilar, usar y compartir su información de salud con sus proveedores para ayudar con su cuidado.

- **Para las Tareas Administrativas de Cuidado de la Salud.** Podemos sugerir un programa de bienestar o para el manejo de enfermedades. Podemos analizar datos para mejorar nuestros servicios.
- **Para Informarle sobre Programas o Productos de Salud.** Podemos describirle otros tratamientos, productos y servicios. Estas actividades pueden estar restringidas por la ley.
- **Para los Patrocinadores del Plan.** Podemos compartir con su empleador información sobre su inscripción, la cancelación de su inscripción y un resumen de información de salud. También podemos compartir con su empleador información de salud adicional si el empleador limita su uso como corresponde.
- **Para Fines de Suscripción.** Podemos recopilar, usar y compartir su información de salud para tomar decisiones sobre suscripción. No usaremos su información de salud genética con fines de suscripción.
- **Para Recordatorios de Beneficios o Cuidado.** Podemos recopilar, usar y compartir su información de salud para enviarle recordatorios de citas e información sobre sus beneficios de salud.
- **Para Comunicarnos con Usted.** Podemos enviarle correos electrónicos con cierta información de salud mediante métodos no cifrados. Existe cierto riesgo de que se divulgue o se intercepte el contenido de estas comunicaciones.

Podemos recopilar, usar y compartir su información de salud de la siguiente manera.

- **Según lo Exija la Ley.**
- **A las Personas Involucradas en su Cuidado.** Por ejemplo, a un familiar en una emergencia. Esto puede ocurrir si usted no puede dar su consentimiento ni objetar. Si usted no puede objetar, aplicaremos nuestro mejor criterio. Si está permitido, después de su fallecimiento, podemos compartir su información de salud con los familiares o amigos que ayudaron con su cuidado.
- **Para Actividades de Salud Pública.** Por ejemplo, para prevenir brotes de enfermedades.
- **Para Denunciar Abuso, Negligencia o Violencia Intrafamiliar.** Podemos compartir la información de salud solo con las entidades autorizadas por ley a recibirla. Estas entidades pueden ser una agencia de servicios sociales o de protección.
- **Para Actividades de Supervisión de la Salud** a una agencia permitida por la ley para obtener la información de salud. Por ejemplo, para la concesión de licencias, para auditorías y para investigaciones de abuso y fraude.
- **Para Procedimientos Judiciales o Administrativos.** Para responder a una orden judicial o una citación.
- **Para Cumplir con la Ley.** Para encontrar a una persona desaparecida o para denunciar un delito.

- **Para Amenazas contra la Salud o la Seguridad.** Podemos compartir información de salud con agencias de salud pública u organismos responsables de hacer cumplir la ley. Por ejemplo, ante una emergencia o una catástrofe.
- **Para Funciones del Gobierno.** Puede ser para uso militar o de veteranos, por seguridad nacional o para los servicios de protección.
- **Para el Seguro de Accidentes Laborales.** Para cumplir con las leyes laborales.
- **Para Fines de Investigación.** Para estudiar enfermedades o discapacidades.
- **Para Proporcionar Información sobre Personas Fallecidas.** Por ejemplo, a un médico forense o legista. Para identificar a la persona fallecida, hallar la causa del fallecimiento o según lo establezca la ley. Podemos compartir información de salud con los directores de funerarias.
- **Para el Trasplante de Órganos.** Para ayudar a obtener, almacenar o trasplantar órganos, córneas o tejidos.
- **A Instituciones Correccionales u Organismos Responsables de Hacer Cumplir la Ley.** Para personas en custodia: (1) para proporcionar cuidado de la salud; (2) para proteger su salud y la salud de los demás; y (3) para la seguridad de la institución.
- **A Nuestros Socios Comerciales** si es necesario para prestarle servicios. Nuestros socios se comprometen a proteger su información de salud. No tienen permitido usar su información de salud para ningún fin que no esté permitido por nuestro contrato con ellos.
- **Otras Restricciones.** Las leyes federales y estatales pueden limitar aún más la manera en que podemos usar la información de salud que se indica a continuación. Cumpliremos las leyes más estrictas que se apliquen.

    1. Abuso de alcohol y de sustancias
    2. Información biométrica
    3. Abuso o negligencia de menores o adultos, incluso el abuso sexual
    4. Enfermedades contagiosas
    5. Información genética
    6. VIH/SIDA
    7. Salud mental
    8. Información de menores
    9. Medicamentos con receta
    10. Salud reproductiva
    11. Enfermedades de transmisión sexual

Solo permitiremos el uso de su información de salud según se describe aquí o con su consentimiento por escrito. Le pediremos su consentimiento por escrito para compartir notas sobre su psicoterapia. Le pediremos su consentimiento por escrito para vender su información de salud a otras personas. Le pediremos su consentimiento por escrito para usar su información de salud en cierta correspondencia promocional. Si usted nos permite compartir su información de

salud, el receptor también podría compartirla. Usted puede revocar su consentimiento. Para saber cómo puede hacerlo, llame al número de teléfono que se encuentra en su tarjeta de ID.

Sus Derechos

Usted tiene los siguientes derechos.

- **A pedirnos que limitemos** el uso o la divulgación de su información para tratamientos, procesamiento de pagos o tareas administrativas de cuidado de la salud. Puede pedirnos que limitemos la divulgación a familiares u otras personas. Podemos permitirles a sus dependientes que nos soliciten límites. **Trataremos de conceder su solicitud, pero no tenemos la obligación de hacerlo.**
- **A pedir recibir comunicaciones confidenciales** de una manera o en un lugar diferente. Por ejemplo, a una casilla postal, y no a su domicilio. Aceptaremos su pedido si la divulgación pudiera representar un riesgo para usted. Aceptamos solicitudes verbales. Usted puede cambiar su solicitud. Debe hacerlo por escrito. Envíe la solicitud por correo a la dirección que se indica a continuación.
- **A ver o recibir una copia** de cierta información de salud. Debe pedirlo por escrito. Envíe la solicitud por correo a la dirección que se indica a continuación. Si mantenemos estos registros en formato electrónico, puede solicitar una copia electrónica. Puede pedir que se le envíe su registro a un tercero. Podemos enviarle un resumen. Podemos cobrarle las copias. Podemos denegar su solicitud. Si denegamos su solicitud, usted tiene derecho a pedir que se revise la denegación.
- **A solicitar que se enmiende.** Si le parece que su información de salud es incorrecta o está incompleta, puede pedir que se la modifique. Debe pedirlo por escrito. Debe indicar las razones del cambio. Envíe esta solicitud por correo a la dirección que se indica a continuación. Si denegamos su solicitud, usted puede agregar una declaración de desacuerdo a su información de salud.
- **A recibir un informe de la información** de salud compartida en los seis años previos a su solicitud. Esto no incluirá la información de salud que se haya compartido por los siguientes motivos: (i) Para tratamientos, procesamiento de pagos y tareas administrativas de cuidado de la salud; (ii) con usted o con su consentimiento; (iii) con instituciones correccionales u organismos responsables de hacer cumplir la ley. Tampoco incluirá las divulgaciones de información que la ley federal no nos exija registrar.
- **A recibir una copia impresa de este aviso.** Puede pedir una copia impresa en cualquier momento. También puede obtener una copia en nuestro sitio web, **(PCNhealth.com).**

Cómo Ejercer sus Derechos

- **Para Comunicarse con su Plan de Salud. Llame al número de teléfono que se encuentra en su tarjeta de ID.** O puede comunicarse con el Centro de Llamadas de UnitedHealth Group al 1-800-407-9069, o TTY/RTT 711.

- **Para solicitar que corrijamos o enmendemos** su información de salud. Según el lugar donde usted viva, también puede solicitarnos que eliminemos su información de salud. Si no podemos, se lo diremos. Si no podemos, usted puede escribirnos, señalando por qué no está de acuerdo, y enviarnos la información correcta.
- **Para Presentar una Solicitud por Escrito.** Envíela por correo a:

  UnitedHealthcare Privacy Office
  MN017-E300
  PO Box 1459
  Minneapolis MN 55440

- **Para Presentar una Queja.** Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede enviar una queja a la dirección que se indica anteriormente.

También puede notificar a la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. No tomaremos ninguna medida en su contra por presentar una queja.

---

[1] Este Aviso de Prácticas de Privacidad de la Información Médica se aplica a los siguientes planes de salud que están afiliados a UnitedHealth Group: AmeriChoice of New Jersey, Inc.; Arizona Physicians IPA, Inc.; Care Improvement Plus South Central Insurance Company; Care Improvement Plus of Texas Insurance Company; Care Improvement Plus Wisconsin Insurance; Health Plan of Nevada, Inc.; Optimum Choice, Inc.; Oxford Health Plans (NJ), Inc.; Physicians Health Choice of Texas, LLC; Preferred Care Partners, Inc.; Rocky Mountain Health Maintenance Organization, Incorporated; UnitedHealthcare Benefits of Texas, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan of California, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan of Ohio, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan of Texas, L.L.C.; UnitedHealthcare Community Plan, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan of Georgia, Inc.; UnitedHealthcare Insurance Company; UnitedHealthcare Insurance Company of America; UnitedHealthcare Insurance Company of River Valley; UnitedHealthcare of Alabama, Inc.; UnitedHealthcare of Florida, Inc.; UnitedHealthcare of Kentucky, Ltd.; UnitedHealthcare of Louisiana, Inc.; UnitedHealthcare of the Mid-Atlantic, Inc.; UnitedHealthcare of the Midlands, Inc.; UnitedHealthcare of the Midwest, Inc.; United Healthcare of Mississippi, Inc.; UnitedHealthcare of New England, Inc.; UnitedHealthcare of New Mexico, Inc.; UnitedHealthcare of New York, Inc.; UnitedHealthcare of Pennsylvania, Inc.; UnitedHealthcare of Washington, Inc.; UnitedHealthcare of Wisconsin, Inc.; y UnitedHealthcare Plan of the River Valley, Inc. Esta lista de planes de salud está completa a la fecha de vigencia de este aviso. Para obtener una lista actualizada de los planes de salud sujetos a este aviso, visite https://www.uhc.com/privacy/entities-fn-v2.

AVISO DE PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN FINANCIERA

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y COMPARTIR SU INFORMACIÓN FINANCIERA. LÉALO DETENIDAMENTE.

Entra en vigencia el 1 de enero de 2022

Protegemos[2] su “información financiera (financial information, “FI”) personal”. La información financiera no es información de salud. La información financiera le identifica y generalmente no es de dominio público.

Información que Recopilamos

- Obtenemos información financiera de sus solicitudes o formularios. Por ejemplo, su nombre, dirección, edad y número del Seguro Social.
- Obtenemos información financiera de sus transacciones con nosotros o con terceros. Puede incluir datos del pago de primas.

Compartir Información Financiera

Solo compartiremos información financiera según lo permita la ley.

Podemos compartir su información financiera para llevar adelante nuestra actividad comercial. Podemos compartir su información financiera con nuestras compañías afiliadas. No necesitamos su consentimiento para hacerlo.

- Podemos compartir su información financiera para procesar transacciones.
- Podemos compartir su información financiera para mantener sus cuentas.
- Podemos compartir su información financiera para responder a órdenes judiciales e investigaciones legales.
- Podemos compartir su información financiera con compañías que preparan nuestros materiales de marketing.

Confidencialidad y Seguridad

Limitamos el acceso de empleados y proveedores de servicios a su información financiera. Contamos con medidas de seguridad para proteger su información financiera.

Preguntas sobre este Aviso

Llame al número de teléfono gratuito para miembros que se encuentra en su tarjeta de ID del plan de salud o comuníquese con el Centro de Llamadas del Cliente de UnitedHealth Group al 1-800-407-9069, o TTY/RTT 711.

---

[2] A efectos de este Aviso de Privacidad de la Información Financiera, “nosotros” o “nos” hacen referencia a las entidades indicadas en la nota al pie 1 de la última página de los Avisos de Prácticas de Privacidad del Plan de Salud, además de las siguientes compañías afiliadas de UnitedHealthcare: AmeriChoice Corporation.; Dental Benefit Providers, Inc.; Ear Professional International Corporation; gethealthinsurance.com Agency, Inc. Genoa Healthcare, LLC; Golden Outlook, Inc.; Level2 Health IPA, LLC; Level2 Health Management, LLC; Managed Physical Network, Inc.; Optum Care Networks, Inc.; Optum Global Solutions (India) Private Limited; Optum Health Care Solutions, Inc.; OptumHealth Holdings, LLC; Optum Labs, LLC; Optum Networks of New Jersey, Inc.; Optum Women’s and Children’s Health, LLC; OrthoNet of the South, Inc.; Oxford Benefit Management, Inc.; Oxford Health Plans LLC; Physician Alliance

of the Rockies, LLC; POMCO Network, Inc.; POMCO, Inc.; Real Appeal, Inc.; Renai Health IPA, LLC' Renai Health Management, LLC; Sanvello Health, Inc.; Spectera, Inc.; Three Rivers Holdings, Inc.; UHIC Holdings, Inc.; UMR, Inc.; United Behavioral Health; United Behavioral Health of New York I.P.A., Inc.; UnitedHealthcare, Inc.; United HealthCare Services, Inc.; UnitedHealth Advisors, LLC; UnitedHealthcare Service LLC; Urgent Care MSO, LLC; USHEALTH Administrators, LLC; USHEALTH Group, Inc.; y Vivify Health, Inc. Este Aviso de Privacidad de la Información Financiera solamente se aplica donde lo exige la ley. En particular, no se aplica a (1) los productos de seguros de cuidado de la salud ofrecidos en Nevada por Health Plan of Nevada, Inc. y Sierra Health and Life Insurance Company, Inc.; ni a (2) otros planes de salud de UnitedHealth Group en estados en los que hay excepciones. Esta lista de planes de salud está completa a la fecha de vigencia de este aviso. Para obtener una lista actualizada de los planes de salud sujetos a este aviso, visite https://www.uhc.com/privacy/entities-fn-v2-en.

© 2021 United HealthCare Services, Inc.

Sección 1.4 Debemos proporcionarle información sobre el plan, la red de proveedores y los servicios cubiertos

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a recibir varios tipos de información de nuestra parte.

Si desea alguno de los siguientes tipos de información, llame a Servicio al Cliente:

- **Información sobre nuestro plan**. Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan.
- **Información sobre los proveedores y las farmacias de nuestra red**.
  - Usted tiene derecho a recibir información sobre la acreditación profesional de los proveedores y las farmacias de nuestra red y de la manera como pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información sobre su cobertura y las reglas que debe seguir para usar su cobertura.** Los Capítulos 3 y 4 proporcionan información relacionada con los servicios médicos. Los Capítulos 5 y 6 proporcionan información sobre la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.
- **Información sobre la razón por la que algo no está cubierto y lo que usted puede hacer al respecto.** El Capítulo 9 proporciona información sobre cómo solicitar una explicación por escrito cuando un servicio médico o un medicamento de la Parte D no tiene cobertura o si su cobertura tiene alguna restricción. Además, el Capítulo 9 proporciona información sobre cómo pedirnos que cambiemos una decisión, también se llama una apelación.

Sección 1.5 Usted tiene derecho a participar, junto con los profesionales, en la toma de decisiones sobre el cuidado de su salud. Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre el cuidado de su salud y a que tenga una conversación sincera sobre las opciones de tratamiento apropiadas o médicamente necesarias para sus condiciones, independientemente del costo o de la cobertura de beneficios.

Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a participar en las decisiones sobre el cuidado de su salud

Usted tiene derecho a recibir información completa de los médicos y otros proveedores de cuidado de la salud. Sus proveedores deben explicarle su condición médica y sus opciones de tratamiento **de una manera que usted pueda comprender.**

También tiene derecho a participar plenamente en todas las decisiones sobre el cuidado de su salud. Para ayudarle a tomar decisiones, junto con sus médicos, sobre el tratamiento más adecuado para usted, sus derechos incluyen los siguientes:

- **Conocer todas sus opciones.** Usted tiene derecho a que se le informe sobre todas las opciones de tratamiento recomendadas para su condición, independientemente del costo o de si están cubiertas o no por nuestro plan. También incluye que se le informe sobre los programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y a usarlos de manera segura.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que se le informe sobre cualquier riesgo relacionado con su cuidado. Se le debe informar por anticipado si una parte del tratamiento o cuidado médico propuesto es parte de un experimento de investigación. Siempre tiene la opción de rechazar tratamientos experimentales.
- **El derecho a "negarse".** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a salir de un hospital o de otro centro médico, incluso si su médico le aconseja que sea mejor que se quede. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Desde luego, si se niega a recibir un tratamiento o deja de tomar sus medicamentos, usted asume plena responsabilidad de lo que le suceda a su cuerpo como resultado de esta decisión.

Tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que se debe hacer si usted no está en condiciones de tomar decisiones médicas por sí mismo

En ocasiones, las personas no pueden tomar decisiones sobre el cuidado de la salud por sí mismas debido a accidentes o enfermedades graves. Usted tiene derecho a indicar lo que desea que se haga si se encontrara en esta situación. Esto significa que, **si usted lo desea**, puede:

- Llenar un formulario por escrito para dar a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** si en algún momento usted no puede tomarlas por sí mismo.
- **Proporcionar a sus médicos instrucciones por escrito** sobre el manejo de su cuidado médico si en algún momento usted no puede tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que usted puede usar para dar las instrucciones por adelantado en estas situaciones se llaman "**instrucciones por anticipado**". Hay diferentes tipos de Instrucciones por

Anticipado y tienen distintos nombres. Los documentos llamados "**testamento vital**" y "**poder legal para cuidado de la salud**" son ejemplos de Instrucciones por Anticipado.

Si desea usar un formulario de "Instrucciones por Anticipado", debe hacer lo siguiente:

- **Obtenga el formulario.** Puede obtener un formulario de Instrucciones por Anticipado de su abogado, un trabajador social o en algunas tiendas de artículos de oficina. En ocasiones, puede obtener formularios de Instrucciones por Anticipado en organizaciones que brindan información sobre Medicare. También puede comunicarse con Servicio al Cliente si necesita ayuda para obtener un formulario de Instrucciones por Anticipado.
- **Llénelo y fírmelo.** Independientemente del lugar en donde obtenga este formulario, tenga en cuenta que es un documento legal. Le conviene consultar a un abogado para que le ayude a llenarlo correctamente.
- **Entregue copias a las personas que correspondan.** Entregue una copia del formulario a su médico y a la persona que usted nombró en el formulario como responsable de tomar decisiones por usted si usted no puede hacerlo. Quizá también desee entregar copias a amigos íntimos o a familiares. Guarde una copia en su domicilio.

Si usted sabe con anticipación que será hospitalizado y ha firmado un formulario de Instrucciones por Anticipado, **lleve una copia con usted al hospital.**

- En el hospital, se le preguntará si ha firmado un formulario de Instrucciones por Anticipado y si lo tiene con usted.
- Si no ha firmado un formulario de Instrucciones por Anticipado, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde que es su decisión si desea llenar un formulario de Instrucciones por Anticipado (incluso la decisión de firmar uno si está en el hospital). Según la ley, nadie puede denegarle el cuidado ni discriminarle por haber firmado o no Instrucciones por Anticipado.

¿Qué debe hacer si no se siguen sus instrucciones?

Si firmó un formulario de Instrucciones por Anticipado y cree que un médico o un hospital no siguieron las instrucciones del formulario, usted puede presentar una queja ante la agencia correspondiente de su estado, por ejemplo, el Departamento de Salud de su estado. Consulte la Sección 3 del Capítulo 2 para obtener la información de contacto de la agencia que corresponde a su estado.

Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar quejas o apelaciones con respecto a la organización o al cuidado que le proporciona. Tiene derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos decisiones que hemos tomado

Si tiene problemas, inquietudes o quejas y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, el Capítulo 9 de este documento le indica lo que puede hacer.

Independientemente de lo que haga – solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja – **tenemos la obligación de tratarle de manera justa.**

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si cree que le han tratado injustamente o que no se respetan sus derechos?

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

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

¿Se trata de otro tema?

Si cree que ha sido tratado injustamente o que no se respetaron sus derechos **y no** es un tema de discriminación, puede recibir ayuda para tratar su problema:

- Puede **llamar a Servicio al Cliente**.
- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud.** Para obtener información detallada, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- O **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 1.8 Usted tiene derecho a hacer recomendaciones con respecto a la norma de la organización sobre los derechos y responsabilidades de los miembros. Cómo obtener más información sobre sus derechos

Hay varias maneras de obtener más información sobre sus derechos:

- Puede **llamar a Servicio al Cliente**.
- Para obtener información sobre el programa de calidad de su plan de salud específico, llame a Servicio al Cliente. También puede acceder a esta información a través del sitio web (https://www.uhcmedicaresolutions.com/resources/ma-pdp-information-forms.html). Seleccione “Commitment to Quality” (Compromiso con la Calidad).
- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud.** Para obtener información detallada, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- Puede comunicarse con **Medicare.**
  - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Sus Derechos y Protecciones en Medicare”. (La publicación está disponible en: www.es.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-S-Medicare-Rights-and-Protections.pdf)
  - O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

A continuación se detalla lo que debe hacer como miembro del plan. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicio al Cliente.

- **Familiarícese con los servicios cubiertos y con las reglas que debe seguir para recibir los servicios cubiertos**. Use esta **Evidencia de Cobertura** para saber lo que tiene cobertura y las reglas que debe seguir para recibir sus servicios cubiertos.
  - Los Capítulos 3 y 4 contienen los detalles de sus servicios médicos.
  - Los Capítulos 5 y 6 contienen los detalles de su cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.
- **Si usted tiene otra cobertura de seguro de salud u otra cobertura de medicamentos con receta además de nuestro plan, tiene la obligación de informarnos.** El Capítulo 1 explica la coordinación de estos beneficios.
- **Informe a su médico y a los demás proveedores de cuidado de la salud que usted está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de ID de miembro del plan cada vez que obtenga cuidado médico o medicamentos con receta de la Parte D.
- **Ayude a sus médicos y a otros proveedores al proporcionar información, hacer preguntas y cumplir con todas las indicaciones del cuidado de su salud.**
  - Para que pueda recibir el mejor cuidado, infórmeles a sus médicos y a otros proveedores de cuidado de la salud sobre sus problemas de salud. Siga los planes e instrucciones de tratamiento que usted y su médico acuerden.
  - Asegúrese de que sus médicos sepan todos los medicamentos que toma, incluso los medicamentos sin receta, vitaminas y suplementos.
  - Si tiene alguna pregunta, no dude en hacerla y asegúrese de que comprende la respuesta.
- **Sea respetuoso.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted se comporte de tal manera que haga posible el buen funcionamiento del consultorio de su médico, de los hospitales y de otros sitios similares.
- **Pague lo que adeuda.** Como miembro del plan, usted es responsable de los siguientes pagos:
  - Para cumplir los requisitos de nuestro plan, usted debe tener la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros del plan, Medicaid paga la prima de la Parte A (si usted no califica para ella automáticamente) y la prima de la Parte B. Si Medicaid no paga sus primas de Medicare, usted debe seguir pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
  - Para la mayoría de los servicios médicos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo al momento de recibir el servicio.
  - Si tiene la obligación de pagar una multa por inscripción tardía, usted debe pagar la multa para poder mantener su cobertura de medicamentos con receta.
  - Si tiene la obligación de pagar una cantidad adicional por la Parte D debido a que sus ingresos son altos (según su última declaración de impuestos), usted debe seguir pagando la cantidad adicional directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
  - **Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no podrá seguir siendo miembro de nuestro plan**.

- **Si se muda dentro de nuestra área de servicio, debemos saberlo** para que podamos mantener su registro de membresía actualizado y comunicarnos con usted.
- Si se muda, también es importante que se lo informe al Seguro Social (o a la Junta de Retiro Ferroviario).

Capítulo 9

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

Sección 1 Introducción

Sección 1.1 Qué debe hacer si tiene un problema o una duda

Este capítulo explica los procesos para resolver problemas y dudas. El proceso que usted usa para resolver su problema depende de dos cosas:

1. Si el problema es sobre los beneficios cubiertos por **Medicare** o por **Medicaid**. Si desea ayuda para decidir si debe usar el proceso de Medicare o el proceso de Medicaid, o ambos, comuníquese con Servicio al Cliente.
2. El tipo de problema que tenga:
   - Para algunos problemas, debe usar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
   - Para otros problemas, debe usar el **proceso para presentar quejas;** también se les llama quejas formales.

Estos procesos han sido aprobados por Medicare. Cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y plazos que debemos seguir nosotros y usted.
La guía de la Sección 3 le ayudará a identificar el proceso adecuado en su caso y qué debería hacer.

Sección 1.2 ¿Y los términos legales?

Algunas de las reglas, los procedimientos y los plazos que se explican en este capítulo incluyen términos legales. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de comprender. Para simplificar, este capítulo:

- Usa palabras más comunes en lugar de usar ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo generalmente se dice “presentar una queja” en lugar de “presentar una queja formal”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización” o “determinación de cobertura” o “determinación del riesgo” y “organización de revisión independiente” en lugar de “Entidad de Revisión Independiente”.
- También se usa la menor cantidad de siglas posible.

Sin embargo, puede ser útil – y hasta muy importante – que usted conozca los términos legales correctos. Al conocer los términos, podrá comunicarse con más precisión y podrá obtener la ayuda o la información adecuada para su situación. Para ayudarle a saber qué términos usar, incluimos términos legales con los detalles para resolver situaciones específicas.

Sección 2 Dónde obtener más información y ayuda personalizada

Siempre estamos a su disposición para ayudarle. Incluso si tiene una queja sobre cómo le tratamos, estamos obligados a respetar su derecho a presentar una queja. Por lo tanto, siempre debe comunicarse con Servicio al Cliente para recibir ayuda. Pero en algunas situaciones, es posible que también desee recibir ayuda u orientación de alguien que no esté relacionado con nosotros. A continuación señalamos dos entidades que pueden ayudarle.

Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)

Cada estado tiene un programa del gobierno que cuenta con asesores capacitados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni con ningún plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarle a comprender el proceso que debe usar para resolver el problema que tiene. También pueden responder a sus preguntas, brindarle más información y ofrecerle orientación sobre lo que debe hacer.

Los servicios de los asesores del Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud son gratuitos. Encontrará los números de teléfono en la Sección 3 del Capítulo 2 de esta guía.

Medicare

Puede comunicarse con Medicare para recibir ayuda. Para comunicarse con Medicare:

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

Puede recibir ayuda e información de Florida Medicaid Agency for Health Care Administration (AHCA) (Medicaid)

Para obtener más información y ayuda para resolver un problema, también puede comunicarse con Florida Medicaid Agency for Health Care Administration (AHCA) (Medicaid). Aquí tiene dos maneras de obtener información directamente de Florida Medicaid Agency for Health Care Administration (AHCA) (Medicaid):

- Puede llamar a 1-888-419-3456. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-955-8771.
- Puede visitar el sitio web de Florida Medicaid Agency for Health Care Administration (AHCA) (Medicaid) (https://ahca.myflorida.com/).

Sección 3 ¿Qué proceso debe usar para resolver su problema?

Como usted tiene Medicare y recibe ayuda de Medicaid, usted tiene diferentes procesos a su disposición para resolver su problema o queja. El uso de uno u otro proceso dependerá de si el problema está relacionado con los beneficios de Medicare o con los beneficios de Medicaid. Si su problema está relacionado con un beneficio cubierto por Medicare, debe usar el proceso de Medicare. Si su problema está relacionado con un beneficio cubierto por Medicaid, debe usar el proceso de Medicaid. Si desea ayuda para decidir si debe usar el proceso de Medicare o el proceso de Medicaid, comuníquese con Servicio al Cliente.

El proceso de Medicare y el proceso de Medicaid se describen en diferentes partes de este capítulo. Para saber la parte que debe leer, use la tabla a continuación.

¿Su problema está relacionado con los beneficios de Medicare o con los beneficios de Medicaid?

Si desea ayuda para decidir si su problema está relacionado con los beneficios de Medicare o con los beneficios de Medicaid, comuníquese con Servicio al Cliente.

Mi problema está relacionado con los beneficios de **Medicare**.

Consulte la siguiente sección de este capítulo, **Sección 4, "Cómo resolver problemas relacionados con sus beneficios de Medicare".**

Mi problema está relacionado con la cobertura de **Medicaid**.

Pase a la **Sección 12** de este capítulo, **"Cómo resolver problemas relacionados con sus beneficios de Medicaid".**

Problemas Relacionados con sus Beneficios de Medicare

Sección 4 Cómo resolver problemas relacionados con sus beneficios de Medicare

Sección 4.1 ¿Debe usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe usar el proceso para presentar quejas?

Si tiene un problema o una duda, solamente necesita leer las partes de este capítulo que corresponden a su situación. La tabla a continuación le ayudará a encontrar la sección correcta de este capítulo para los problemas o las quejas relacionados con **los beneficios cubiertos por Medicare**.

Para saber la parte de este capítulo que le ayudará con su duda o problema relacionados con sus beneficios de **Medicare**, use esta tabla

¿Su duda o problema está relacionado con sus beneficios o su cobertura? (Esto incluye los problemas relacionados con la cobertura de un cuidado médico o un medicamento con receta, la manera en que están cubiertos y los problemas relacionados con el pago del cuidado médico o de los medicamentos con receta.)
Sí. Consulte la siguiente sección de este capítulo, Sección 5, **"Guía de los conceptos básicos de decisiones de cobertura y apelaciones".**
No. Pase a la **Sección 11** al final de este capítulo: **"Cómo presentar una queja sobre la calidad del cuidado, los tiempos de espera, el Servicio al Cliente u otros problemas".**

Sección 5 Guía de los conceptos básicos de decisiones de cobertura y apelaciones

Sección 5.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: panorama general

Las decisiones de cobertura y las apelaciones tratan los problemas relacionados con sus beneficios y su cobertura, incluso los pagos. Es el proceso que se usa para asuntos de cobertura, por ejemplo, si algo tiene o no tiene cobertura y la manera en que algo está cubierto.

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir servicios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos relacionada con sus beneficios y su cobertura o con la cantidad que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos. Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos lo que tiene cobertura y lo que pagamos nosotros. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión de cobertura (favorable) para usted cada vez que le proporciona cuidado médico o si su médico de la red le refiere a un especialista médico. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura si su médico no tiene la certeza de que cubramos un servicio médico en particular o si se niega a proporcionar cuidado médico que usted cree que necesita. En otras palabras, si usted desea saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede solicitarnos una decisión de cobertura. En circunstancias limitadas, una solicitud de una decisión de cobertura será desestimada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos en los que una solicitud de una decisión de cobertura será desestimada incluyen una solicitud incompleta, si alguien presenta la solicitud en nombre de usted pero no está legalmente autorizado para actuar en su nombre o si usted pide que se retire la solicitud. Si desestimamos una solicitud de una decisión de cobertura, nosotros le enviaremos un aviso explicándole por qué la solicitud fue desestimada y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

En algunos casos, podríamos decidir que un servicio o medicamento no tienen cobertura o que ya no se lo cubre Medicare. Si usted no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, y no está satisfecho, puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado.

En ciertas circunstancias, de las que hablaremos más adelante, usted puede solicitar una “apelación rápida” de una decisión de cobertura. Los revisores que revisan su apelación no son los mismos que tomaron la decisión original. Si usted apela una decisión por primera vez, esto se llama apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si se siguieron las reglas correctamente.

Cuando terminemos la revisión, le daremos nuestra decisión. En circunstancias limitadas una solicitud de una apelación de Nivel 1 será desestimada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos en los que una solicitud de una decisión de cobertura será desestimada incluyen una solicitud incompleta, si alguien presenta la solicitud en nombre de usted pero no está legalmente autorizado para actuar en su nombre o si usted pide que se retire la solicitud. Si desestimamos una solicitud de una apelación de Nivel 1, nosotros le enviaremos un aviso explicándole por qué la solicitud fue desestimada y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Si denegamos de manera total o parcial su apelación de Nivel 1, su apelación pasará automáticamente al Nivel 2. Una organización de revisión independiente que no está relacionada con nosotros realiza la apelación de Nivel 2.

- Usted no necesita hacer nada para comenzar una apelación de Nivel 2. Las reglas de Medicare exigen que enviemos automáticamente su apelación al Nivel 2 si no estamos completamente de acuerdo con su apelación de Nivel 1
- Consulte la Sección 6.4 de este capítulo para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2.

Si usted no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, puede continuar con niveles de apelación adicionales (la Sección 10 de este capítulo explica los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5).

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

A continuación encontrará recursos si decide solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Puede llamarnos a Servicio al Cliente**.
- Usted puede obtener ayuda gratuita de su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud.
- **Su médico puede presentar la solicitud por usted.** Si su médico le ayuda con una apelación que pasa del Nivel 2, necesitará ser nombrado como su representante. Llame a Servicio al Cliente y pida el formulario “Nombramiento de un Representante”. (Este formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696Spanish.pdf.)
  - Si se trata de cuidado médico, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en nombre de usted. Si su apelación se deniega al Nivel 1, se enviará automáticamente al Nivel 2.
  - Para los medicamentos con receta de la Parte D, su médico u otro profesional que receta pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en nombre de usted. Si su apelación de Nivel 1 es denegada, su médico o profesional que receta pueden solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puede pedirle a alguien que actúe en nombre de usted.** Si lo desea, puede nombrar a otra persona para que actúe 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 Servicio al Cliente y pida el formulario “Nombramiento de un Representante”. (Este formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696Spanish.pdf) El formulario autoriza a esa persona a actuar en nombre de usted. Debe estar firmado por usted y por la persona que usted desee que actúe en nombre de usted. Debe entregarnos una copia del formulario firmado.

- Aunque podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni realizar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario en un plazo no mayor de 44 días calendario después de haber recibido su solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será desestimada. Si esto ocurre, le enviaremos un aviso por escrito que explicará su derecho a solicitar que una organización de revisión independiente revise nuestra decisión de desestimar su apelación.

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

Sección 5.3 ¿Qué Sección de este capítulo se aplica a su situación?

Hay cuatro situaciones distintas que implican decisiones de cobertura y apelaciones. Como cada situación tiene reglas y plazos diferentes, los detalles de cada caso se encuentran en secciones aparte:

- **Sección 6** de este Capítulo: “Su cuidado médico: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- **Sección 7** de este capítulo: “Sus medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura”
- **Sección 8** de este capítulo: " Cómo solicitar cobertura para una estadía en el hospital como paciente hospitalizado más prolongada, si piensa que el médico le da de alta demasiado pronto”
- **Sección 9** de este capítulo: “Cómo solicitar que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si piensa que su cobertura terminará demasiado pronto” (**Solamente se aplica a los siguientes servicios:** cuidado de asistencia médica a domicilio, cuidado en un centro de enfermería especializada, y servicios en un Centro para Rehabilitación Integral de Pacientes Ambulatorios [Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF])

Si no está seguro de qué sección se aplica a su caso, llame a Servicio al Cliente. También puede recibir ayuda o información de organizaciones del gobierno como el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud.

Sección 6 Su cuidado médico: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura

Sección 6.1 Esta sección indica lo que debe hacer si tiene problemas para obtener cobertura de cuidado médico o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su cuidado

Esta sección trata de sus beneficios de cuidado y servicios médicos. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este documento: **Tabla de Beneficios Médicos (qué cubre el plan y qué paga usted)**. Para simplificar, generalmente nos referimos a "cobertura de cuidado médico" o "cuidado médico", que incluye artículos y servicios médicos, además de los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare. En algunos casos, se aplican reglas diferentes a una solicitud para obtener un medicamento con receta de la Parte B. En esos casos, explicaremos cómo son diferentes las reglas para los medicamentos con receta de la Parte B de las reglas para los artículos y servicios médicos.

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

1. No recibe cierto cuidado médico que desea y usted cree que el cuidado está cubierto por nuestro plan. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.2**.
2. Nuestro plan no aprueba el cuidado médico que su médico u otro proveedor médico desean proporcionarle, y usted cree que el cuidado está cubierto por el plan. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
3. Usted recibió cuidado médico que cree que debería estar cubierto por el plan, pero hemos denegado pagar el cuidado. **Presente una apelación. Sección 6.3.**
4. Usted recibió y pagó cuidado médico que cree que debería estar cubierto por el plan, y desea pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo del cuidado. **Envíenos la factura. Sección 6.5.**
5. Se le informa que se reducirá o suspenderá la cobertura de cierto cuidado médico que ha estado recibiendo y que habíamos aprobado previamente, pero usted cree que dicha reducción o suspensión de ese cuidado podría perjudicar su salud. **Presente una apelación. Sección 6.3.**

Nota: Si la cobertura que se suspenderá es para cuidado hospitalario, cuidado de asistencia médica a domicilio, cuidado en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro para Rehabilitación Integral de Pacientes Ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF), debe leer las Secciones 8 y 9 de este Capítulo. Se aplican reglas especiales a estos tipos de cuidado.

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

Términos Legales:	Si una decisión de cobertura está relacionada con su cuidado médico, se llama **"determinación de la organización".** Una "decisión de cobertura rápida" se llama una **"determinación rápida".**

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

Una “decisión de cobertura estándar” generalmente se toma en un plazo no mayor de 14 días o 72 horas para obtener medicamentos de la Parte B. Una “decisión de cobertura rápida” generalmente se toma en un plazo no mayor de 72 horas, para los servicios médicos, o 24 horas para obtener medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, usted debe cumplir dos requisitos:

- Usted **solamente** puede **solicitar** cobertura de cuidado médico que aún no ha recibido.
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida solamente si los plazos estándar **podrían afectar gravemente a su salud o perjudicar su capacidad de funcionar.**
- **Si su médico nos informa que su estado de salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, automáticamente aceptaremos darle una decisión de cobertura rápida**.
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el respaldo de su médico, decidiremos si su estado de salud requiere que le demos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
  - Explique que utilizaremos los plazos estándar.
  - Explique que, si su médico solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.
  - Explique que puede presentar una “queja rápida” contra nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que usted solicitó.

Paso 2: Puede solicitar que tomemos una decisión de cobertura o una decisión de cobertura rápida.

Primero, llámenos, escríbanos o envíenos un fax para presentar su solicitud de que autoricemos o proporcionemos cobertura del cuidado médico que desea recibir. Puede hacerlo usted, su médico o su representante. El Capítulo 2 tiene información de contacto.

Paso 3: Consideramos su solicitud de cobertura de cuidado médico y le damos nuestra respuesta.

Para decisiones de cobertura estándar usamos los plazos estándar.

Esto significa que le daremos una respuesta en un plazo no mayor de 14 días calendario después de que recibamos su solicitud **para obtener un artículo o servicio médico**. Si su solicitud es para obtener un **medicamento con receta de la Parte B de Medicare**, le daremos una respuesta **en un plazo no mayor de 72 horas** después de que recibamos su solicitud.

- **Sin embargo**, si usted pide más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para obtener un artículo o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si usted piensa que no deberíamos tomar 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. Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener información sobre las quejas.)

Para las decisiones de Cobertura Rápida, usamos un plazo rápido

Una decisión de cobertura rápida significa que le daremos una respuesta en un plazo no mayor de 72 horas si su solicitud es para obtener un artículo o servicio médico. Si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta en un plazo no mayor de 24 horas.

- **Sin embargo,** si usted pide más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días adicionales**. Si tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si usted piensa que **no** deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una "queja rápida". (Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener información sobre quejas.) Le llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Si denegamos de manera total o parcial lo que usted solicitó,** le enviaremos una explicación por escrito con las razones de nuestra respuesta.

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

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

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

Términos Legales:	Una apelación presentada al plan contra una decisión de cobertura relacionada con el cuidado médico se llama "**reconsideración"** del plan. Una "apelación rápida" también se llama "**reconsideración rápida".**

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

Una "apelación estándar" generalmente se realiza en un plazo no mayor de 30 días. Una "apelación rápida" generalmente se realiza en un plazo no mayor de 72 horas.

- Si apela nuestra decisión sobre la cobertura de cuidado que aún no recibió, usted o su médico deciden si usted necesita una "apelación rápida". Si su médico nos informa que su estado de salud requiere una "apelación rápida", le daremos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que para obtener una "decisión de cobertura rápida", según se describen en la Sección 6.2 de este capítulo.

Paso 2: Solicítenos una Apelación o una Apelación Rápida

- **Si usted presenta una apelación estándar, hágalo mediante una solicitud por escrito.** El Capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Si usted presenta una apelación rápida, hágalo mediante una solicitud por escrito o llámenos**. El Capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo no mayor de 60 días calendario** a partir de la fecha del aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta en la decisión de cobertura. Si se le pasa este plazo por un buen motivo, explique el motivo de su apelación tardía al momento de presentar su apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de un buen motivo incluyen una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información relacionada con su decisión médica. Usted y su médico pueden entregar información adicional para respaldar su apelación.**

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

- Cuando revisamos su apelación, analizamos detenidamente toda la información. Verificamos si estábamos siguiendo todas las reglas cuando denegamos su solicitud.

- Recopilaremos más información si la necesitamos, posiblemente nos comuniquemos con usted o con su médico.

Plazos para una apelación "rápida"

- Para las apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos su apelación**. Si su estado de salud lo requiere, le daremos nuestra respuesta antes de este plazo.
  - Sin embargo, si usted pide más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para obtener un artículo o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
  - Si no le damos una respuesta en un plazo no mayor de 72 horas (o antes de que termine el período extendido si nos tomamos días adicionales), se nos exige que automáticamente enviemos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 6.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos de manera total o parcial su solicitud,** debemos autorizar o proporcionar la cobertura que hemos aceptado proporcionar en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos su apelación.
- **Si denegamos de manera total o parcial lo que usted solicitó,** le enviaremos nuestra decisión por escrito y automáticamente enviaremos su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una "apelación estándar"

- Para las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta en un plazo no mayor **de 30 días calendario** después de que recibamos su apelación. Si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare que aún no recibió, le daremos nuestra respuesta **en un plazo no mayor de 7 días calendario** después de que recibamos su apelación. Si su condición de **salud** lo requiere, le daremos nuestra decisión antes de ese plazo.
  - Sin embargo, si usted pide más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para obtener un artículo o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
  - Si usted piensa que **no** deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una "queja rápida". Si presenta una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en un plazo no mayor de 24 horas. (Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener información sobre quejas.)
  - Si no le damos una respuesta dentro del plazo (o antes de que termine el período extendido), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2, donde una organización de

revisión independiente revisará la apelación. La Sección 6.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2

- **Si aceptamos de manera total o parcial lo que usted solicitó,** debemos autorizar o proporcionar la cobertura en un plazo no mayor de 30 días calendario si su solicitud es para obtener un artículo o servicio médico, o **en un plazo no mayor de 7 días calendario** si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si denegamos de manera total o parcial su apelación, automáticamente enviaremos su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo se realiza una apelación de Nivel 2

Término Legal: El nombre formal de la "organización de revisión independiente" es "**Entidad de Revisión Independiente".** También se le llama **"IRE"** (Independent Review Entity).

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

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

- Le enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se llama su "expediente del caso". **Usted tiene derecho a pedirnos una copia del expediente de su caso**.
- Usted tiene el derecho a entregar información adicional a la organización de revisión independiente para respaldar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente revisarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Si su apelación fue "rápida" en el Nivel 1, también será una apelación "rápida" en el Nivel 2

- Para una "apelación rápida", la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 en un plazo no mayor de 72 horas después de haber recibido su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es para obtener un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que pudiera beneficiarle, **puede tomarse hasta 14 días calendario adicionales**. La organización de revisión independiente no

puede tomarse más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Si su apelación fue "estándar" en el Nivel 1, también será una apelación "estándar" en el Nivel 2

- Para una "apelación estándar", si su solicitud es para obtener un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo no mayor de 30 días calendario** después de haber recibido su apelación. Si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 en un plazo no mayor de 7 días calendario después de haber recibido su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es para obtener un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que pudiera beneficiarle, **puede tomarse hasta 14 días calendario adicionales**. La organización de revisión independiente no puede tomarse más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

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

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

- **Si la organización de revisión independiente acepta de manera total o parcial una solicitud para obtener un artículo o servicio médico,** y si se trata de solicitudes estándar, debemos autorizar la cobertura de cuidado médico en un plazo no mayor de 72 horas o prestar el servicio en un plazo no mayor de 14 días calendario después de que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente. Si se trata de solicitudes rápidas, debemos prestar el servicio en un plazo no mayor de 72 horas después de que el plan reciba la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si la organización de revisión independiente acepta de manera total o parcial una solicitud para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare,** y si se trata de **solicitudes estándar,** debemos autorizar o proporcionar el medicamento con receta de la Parte B en un plazo no mayor de **72 horas** después de que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente. Si se trata de **solicitudes rápidas**, el plazo no debe ser mayor de 24 horas después de que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si esta organización deniega de manera total o parcial su apelación,** significa que están de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de cuidado médico no debería aprobarse. (A esto se le llama "ratificar la decisión" o "denegar su apelación".) En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta para:
  - Explicar su decisión.

- Notificarle su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor monetario de la cobertura de cuidado médico cumple ciertos niveles mínimos. El aviso que reciba de la organización de revisión independiente le indicará cuál es el valor monetario que debe cumplir para poder continuar con el proceso de apelación.
- Indicarle cómo presentar una apelación de Nivel 3.

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

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (un total de cinco niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que reciba después de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es decidida por un Juez de Derecho Administrativo o por un abogado adjudicador. La Sección 10 de este capítulo explica los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 6.5 ¿Qué debe hacer para solicitarnos que le reembolsemos el pago de la parte que nos corresponde de una factura que recibió por cuidados médicos?

El Capítulo 7 describe cuándo podría necesitar pedir el reembolso o el pago de una factura que recibió de un proveedor. También indica cómo enviarnos la documentación relacionada con la solicitud de pago.

Pedir un reembolso significa solicitar una decisión de cobertura

Si nos envía la documentación relacionada con la solicitud de reembolso, nos está pidiendo una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, verificaremos si el cuidado médico que usted pagó es un servicio cubierto. También verificaremos que usted siguió todas las reglas de su cobertura de cuidado médico.

- **Si aceptamos su solicitud:** Si el cuidado médico está cubierto y usted siguió todas las reglas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo en un plazo no mayor de 60 días calendario después de que recibamos su solicitud. Si usted no pagó los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si denegamos su solicitud:** Si el cuidado médico **no** está cubierto o si usted **no** siguió todas las reglas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta que indica que no pagaremos los servicios, además de los motivos de nuestra decisión.

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

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelación que se describe en la Sección 6.3. Para apelaciones relacionadas con reembolsos, tenga en cuenta:

- Debemos darle nuestra respuesta en un plazo no mayor de 60 días calendario después de que recibamos su apelación. Si nos pide que le reembolsemos nuestra parte del costo de cuidado médico que ya recibió y pagó, no se le permite presentar una apelación rápida.

- Si la organización de revisión independiente decide que nosotros deberíamos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago en un plazo no mayor de 30 días calendario. Si aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de apelación después del Nivel 2, debemos enviar el pago que usted solicitó a usted o al proveedor en un plazo no mayor de 60 días calendario.

Sección 7 Sus medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

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

Sus beneficios incluyen la cobertura de muchos medicamentos con receta. Para tener cobertura, el medicamento se debe usar para una indicación médicamente aceptada. (Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada.) Para obtener información detallada sobre los medicamentos de la Parte D, las reglas, las restricciones y los costos, consulte los Capítulos 5 y 6. **Esta sección se refiere solamente a sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar, generalmente usamos “medicamento” en el resto de esta sección, en lugar de repetir “medicamento con receta para pacientes ambulatorios cubierto” o “medicamento de la Parte D” en cada caso. También usamos el término “lista de medicamentos” en lugar de “Lista de Medicamentos Cubiertos” o “Formulario”.

- Si no sabe si un medicamento tiene cobertura o si cumple con las reglas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren que usted obtenga nuestra aprobación antes de cubrirlo.
- Si en su farmacia le informan que no pueden surtir su receta tal como fue emitida, la farmacia le dará un aviso por escrito que explicará cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Término Legal Una decisión de cobertura inicial relacionada con sus medicamentos de la Parte D se llama **“determinación de cobertura”**.

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

- Pedir que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en la **Lista de Medicamentos Cubiertos** del plan. **Solicite una excepción. Sección 7.2**
- Pedir que no apliquemos una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como los límites sobre la cantidad del medicamento que usted puede obtener). **Solicite una excepción. Sección 7.2**

- Solicitar preaprobación para un medicamento. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 7.4**
- Pagar un medicamento con receta que usted ya compró. **Solicite un reembolso. Sección 7.4**

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

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

Sección 7.2 ¿Qué es una excepción?

Términos Legales:	Solicitar la cobertura de un medicamento que no está en la Lista de Medicamentos a veces se dice solicitar una **“excepción al formulario”**. Pedir que se quite una restricción a la cobertura de un medicamento a veces se dice solicitar una **“excepción al formulario”**. Pedir pagar un precio más bajo por un medicamento no preferido cubierto a veces se dice solicitar una **“excepción de nivel”**.

Si un medicamento no está cubierto en la manera que usted desea, puede pedirnos que hagamos una “excepción”. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que tomemos en cuenta su solicitud de una excepción, su médico u otro profesional que receta deberán explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe una excepción. Estos son dos ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro profesional que receta pueden solicitarnos:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D para usted que no está en nuestra Lista de Medicamentos.** Si aceptamos cubrir un medicamento que no está en la Lista de Medicamentos, usted deberá pagar el costo compartido que se aplica a todos nuestros medicamentos. No puede solicitar una excepción a la cantidad de costo compartido que usted debe pagar por el medicamento.
2. **Quitar 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 Información importante sobre cómo solicitar excepciones

Su médico debe informarnos las razones médicas

Su médico u otro profesional que receta deben entregarnos una declaración en la que expliquen las razones médicas para solicitar una excepción. Para recibir una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico o de otro profesional que receta cuando solicite la excepción.

Por lo general, nuestra Lista de Medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una condición en particular. Estas diferentes posibilidades se llaman medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo podría ser tan eficaz como el medicamento que usted solicita y no causaría más efectos secundarios u otros problemas de salud, generalmente **no** aprobaremos su solicitud de excepción.

Podemos aceptar o denegar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de excepción, generalmente nuestra aprobación es válida hasta el final del año del plan, siempre y cuando su médico le siga recetando el medicamento y el medicamento continúe siendo seguro y eficaz para tratar su condición.
- Si denegamos su solicitud, puede presentar una apelación para solicitar otra revisión.

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

Término Legal	Una “decisión de cobertura rápida” se llama **“determinación de cobertura rápida”.**

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

Las **“decisiones de cobertura estándar”** se toman **en un plazo no mayor de 72 horas** después de que recibamos la declaración de su médico. Las **“decisiones de cobertura rápidas”** se toman **en un plazo no mayor de 24 horas** después de que recibamos la declaración de su médico.

Si su estado de salud lo requiere, solicítenos una “decisión de cobertura rápida”. Para obtener una decisión de cobertura rápida, usted debe cumplir dos requisitos:

- Debe solicitar un **medicamento que aún no ha recibido**. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si nos pide que reembolsemos el pago de un medicamento que usted ya compró.)
- Utilizar los plazos estándar podría **afectar gravemente a su salud o perjudicar su capacidad de funcionar.**
- **Si su médico u otro profesional que receta nos informan que su estado de salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.**
- Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el respaldo de su médico o profesional que receta, decidiremos si su estado de salud requiere que le demos una decisión de cobertura rápida. Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
  - Explique que utilizaremos los plazos estándar.

- Explique que, si su médico u otro profesional que receta solicitan la decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.
- Indique cómo puede presentar una "queja rápida" contra nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que usted solicitó. Le daremos una respuesta a su queja en un plazo no mayor de 24 horas después de que recibamos la queja.

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

Primero, llámenos, escríbanos o envíenos un fax para presentar su solicitud de que autoricemos o proporcionemos cobertura del cuidado médico que desea recibir. Usted también puede acceder al proceso para decisiones de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluso una solicitud presentada en el Formulario de Solicitud de Determinación de Cobertura Modelo de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, que está disponible en nuestro sitio web. El Capítulo 2 tiene información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifique el reclamo denegado que está apelando.
Usted, su médico (u otro profesional que receta) o su representante pueden hacerlo. Un abogado también puede actuar en nombre de usted. La Sección 4 de este capítulo explica cómo se autoriza, por escrito, a un tercero para que actúe como su representante.

- Si solicita una excepción, proporcione la "declaración de respaldo", que son las razones médicas para la excepción. Su médico u otro profesional que receta pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. De otra manera, su médico u otro profesional que receta pueden explicarnos las razones por teléfono y luego enviarnos por correo o por fax la declaración por escrito, si es necesario.

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

Plazos para una decisión de cobertura "rápida"

- Por lo general, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo no mayor de 24** horas después de que recibamos su solicitud.
  - Para las excepciones, le daremos nuestra respuesta en un plazo no mayor de 24 horas después de que recibamos la declaración de respaldo de su médico. Si su estado de salud lo requiere, le daremos nuestra respuesta antes de este plazo.
  - Si no cumplimos con este plazo, se nos exige que enviemos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos de manera total o parcial lo que usted solicitó**, debemos proporcionar la cobertura que hemos aceptado proporcionar en un plazo no mayor de 24 horas después de que recibamos su solicitud o la declaración de su médico en respaldo a su solicitud.

- **Si denegamos de manera total o parcial lo que usted solicitó**, le enviaremos una explicación por escrito con las razones de nuestra **respuesta**. También le indicaremos cómo usted puede apelar.

Plazos para una decisión de cobertura "estándar" relacionada con un medicamento que aún no ha recibido

- Por lo general, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo no mayor de 72 horas** después de que recibamos su solicitud.
  - Para las excepciones, le daremos nuestra respuesta en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos la declaración de respaldo de su médico. Si su estado de salud lo requiere, le daremos nuestra respuesta antes de este plazo.
  - Si no cumplimos con este plazo, se nos exige que enviemos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos de manera total o parcial lo que usted solicitó**, debemos **proporcionar la cobertura** que hemos aceptado proporcionar **en un plazo no mayor de 72 horas** después de que recibamos su solicitud o la declaración de su médico en respaldo a su solicitud.
- **Si denegamos de manera total o parcial lo que usted solicitó**, le enviaremos una explicación por escrito con las razones de nuestra respuesta. También le indicaremos cómo usted puede apelar.

Plazos para una decisión de cobertura "estándar" relacionada con el pago de un medicamento que usted ya compró

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

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

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

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

Términos Legales	Una apelación presentada al plan contra una decisión de cobertura relacionada con un medicamento de la Parte D se llama **“redeterminación”** del plan. Una “apelación rápida” también se llama **“redeterminación rápida”.**

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

Una “apelación estándar” generalmente se realiza en un plazo no mayor de 7 días. Una “apelación rápida” generalmente se realiza en un plazo no mayor de 72 horas. Si su estado de salud lo requiere, presente una “apelación rápida”

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

Paso 2: Usted, su representante, médico u otro profesional que receta deben comunicarse con nosotros y presentar su apelación de Nivel 1. Si su estado de salud requiere una respuesta rápida, debe presentar una “apelación rápida”.

- **Para las apelaciones estándar, presente una solicitud por escrito.** El Capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Para las apelaciones rápidas, puede presentar su apelación por escrito o llamarnos al1-800-407-9069.** El Capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluso una solicitud presentada en el Formulario de Solicitud de Determinación de Cobertura Modelo de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, que está disponible en nuestro sitio web. Asegúrese de incluir su nombre, su información de contacto y la información relacionada con su reclamo que nos sirva de ayuda para procesar su solicitud.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo no mayor de 60 días calendario** a partir de la fecha del aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta en la decisión de cobertura. Si se le pasa este plazo por un buen motivo, explique el motivo de su apelación tardía al momento de presentar su apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de un buen motivo incluyen una enfermedad grave que

le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.

- **Puede pedir una copia de la información de su apelación y agregar más información.** Usted y su médico pueden entregar información adicional para respaldar su apelación.

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

- Cuando revisamos su apelación, volvemos a analizar detenidamente toda la información de su solicitud de cobertura. Verificamos si estábamos siguiendo todas las reglas cuando denegamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted, con su médico o con otro profesional que receta para obtener más información.

Plazos para una "apelación rápida"

- Para las apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos su apelación**. Si su estado de salud lo requiere, le daremos nuestra respuesta antes de este plazo.
  - Si no le damos una respuesta en un plazo no mayor de 72 horas, se nos exige que enviemos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 7.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos de manera total o parcial lo que usted solicitó,** debemos proporcionar la cobertura que hemos aceptado proporcionar en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos su apelación.
- **Si denegamos de manera total o parcial lo que usted solicitó,** le enviaremos una explicación por escrito con las razones de nuestra respuesta y cómo usted puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación "estándar" relacionada con un medicamento que aún no ha recibido

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

Plazos para una "apelación estándar" relacionada con el pago de un medicamento que usted ya compró

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

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

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

Sección 7.6 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Término Legal	El nombre formal de la "Organización de Revisión Independiente" es "Entidad de Revisión Independiente". También se le llama "IRE" (Independent Review Entity).

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

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

- Si nuestro plan deniega su apelación de Nivel 1, el aviso por escrito que le enviaremos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones explicarán quién puede presentar la apelación de Nivel 2, los plazos que se deben cumplir y cómo comunicarse con la organización de revisión. Sin embargo, si no realizamos nuestra revisión en el plazo correspondiente o tomamos una

decisión desfavorable con respecto a la determinación "del riesgo" según nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su reclamo a la IRE.

- Le enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se llama su “expediente del caso”. **Usted tiene derecho a pedirnos una copia del expediente de su caso**.
- Usted tiene el derecho a entregar 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 revisarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Plazos para una apelación “rápida”

- Si su estado de salud lo requiere, solicite una “apelación rápida” a la organización de revisión independiente.
- Si la organización de revisión acepta otorgarle una “apelación rápida”, debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo no mayor de 72 horas** después de que reciba su solicitud de apelación.

Plazos para una apelación “estándar”

- Para las apelaciones estándar, la organización de revisión debe responder a su apelación de Nivel 2 **en un plazo no mayor de 7 días calendario** después de que reciba su apelación, si es por un medicamento que aún no ha recibido. Si solicita que le reembolsemos el pago de un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe responder a su apelación de Nivel 2 **en un plazo no mayor de 14 días calendario** después de que reciba su solicitud de apelación.

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

Para las apelaciones “rápidas”

- **Si la organización de revisión independiente acepta de manera total o parcial lo que usted solicitó,** debemos proporcionar la cobertura de medicamentos que fue aprobada por la organización de revisión **en un plazo no mayor de 24 horas** después de que recibamos la decisión de la organización de revisión.

Para las “apelaciones estándar”

- **Si la organización de revisión independiente acepta de manera total o parcial su solicitud de cobertura, debemos proporcionar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por la organización de revisión **en un plazo no mayor de 72 horas** después de que recibamos la decisión de la organización de revisión.

- **Si la organización de revisión independiente acepta de manera total o parcial su solicitud para que le reembolsemos el pago** de un medicamento que usted ya compró, se nos exige que **le enviemos el pago en un plazo no mayor de 30 días calendario** después de que recibamos la decisión de la organización de revisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión deniega su apelación?

Si esta organización deniega de manera total o parcial su apelación, significa que están de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de su solicitud). (A esto se le llama “ratificar la decisión”. También se le llama “denegar su apelación”.) En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta para:

- Explicar su decisión.
- Notificarle su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor monetario de la cobertura de medicamentos que usted solicita cumple ciertos niveles mínimos. Si el valor monetario de la cobertura de medicamentos que usted solicita es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión tomada en el Nivel 2 es definitiva.
- Indicarle el valor monetario necesario para poder seguir con el proceso de apelación.

Paso 4: Si su caso cumple los requisitos, usted decide si desea seguir con el proceso de apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (un total de cinco niveles de apelación).
- Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que reciba después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La Apelación de Nivel 3 es decidida por un Juez de Derecho Administrativo o por un abogado adjudicador. La Sección 10 de este capítulo explica más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 8 Cómo solicitar cobertura para una estadía en el hospital como paciente hospitalizado más prolongada si piensa que el médico le da de alta demasiado pronto

Si se le admite en un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su estadía en el hospital cubierta, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararle para el día en que se le dé de alta. Le ayudarán con los arreglos necesarios para el cuidado que pudiera necesitar al salir del hospital.

- El día que sale del hospital se llama su **“fecha de alta”.**
- Una vez decidida su fecha de alta, su médico o el personal del hospital se la comunicará.

- Si piensa que la fecha de su alta es demasiado pronto, puede solicitar una estadía más prolongada y su solicitud será evaluada.

Sección 8.1 Durante su estadía en el hospital como paciente hospitalizado, recibirá un aviso por escrito de Medicare con información sobre sus derechos

En un plazo no mayor de dos días después de ser admitido en el hospital, recibirá un aviso por escrito llamado **Mensaje Importante de Medicare sobre Sus Derechos**. Toda persona que tenga Medicare recibe una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien en el hospital (por ejemplo, un asistente social o una enfermera), solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicio al Cliente o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

1. **Lea este aviso detenidamente y haga las preguntas necesarias si no lo comprende.** Le indica:
   - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de una estadía en el hospital, según las indicaciones de su médico. Esto incluye su derecho a saber cuáles son estos servicios, quién los pagará y dónde puede recibirlos.
   - Su derecho a participar en las decisiones sobre su estadía en el hospital.
   - Dónde reportar toda duda o problema que tenga sobre la calidad del cuidado hospitalario.
   - Su derecho **a solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darle de alta si piensa que le dan de alta del hospital demasiado pronto. Es una manera formal y legal de solicitar que se aplace su fecha de alta para que cubramos su cuidado hospitalario durante más tiempo.
2. **Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo ha recibido y que comprende sus derechos.**
   - Se le pedirá a usted o a la persona que actúe en nombre de usted que firme este aviso.
   - El hecho de firmar este aviso **solamente** demuestra que usted recibió la información sobre sus derechos. El aviso no indica su fecha de alta. La firma del aviso **no significa** que usted acepta una fecha de alta.
3. **Guarde su copia** del aviso ya que contiene información sobre cómo presentar una apelación (o cómo reportar una duda o un problema sobre la calidad del cuidado).
   - Si firma el aviso más de dos días antes de su fecha de alta, recibirá otra copia antes de la fecha de alta que se ha programado para usted.
   - Si desea una copia de este aviso por adelantado, puede llamar a Servicio al Cliente o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede consultar el aviso en Internet en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html.

Sección 8.2 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital

Si desea solicitar que cubramos los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados durante más tiempo, debe usar el proceso de apelación para presentar su solicitud. Antes de comenzar, infórmese de lo que 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 en cualquier momento, llame a Servicio al Cliente. O llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud, una organización del gobierno que proporciona asistencia personalizada.

Durante una Apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. Verifica que su fecha de alta programada sea médicamente apropiada para usted.

La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos y otros profesionales de cuidado de la salud que reciben pago del gobierno federal para verificar y mejorar la calidad del cuidado que reciben los beneficiarios de Medicare. Esto incluye la revisión de las fechas de alta del hospital para los beneficiarios de Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado y solicite una revisión inmediata de su fecha de alta del hospital. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso escrito que recibió (**Mensaje Importante de Medicare sobre Sus Derechos**) le indica cómo comunicarse con esta organización. O puede encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápidamente:

- Para presentar su apelación, debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **antes** de salir del hospital y **antes de la medianoche del día que le dan de alta**.
  - Si cumple este plazo, puede seguir hospitalizado **después** de su fecha de alta sin **pagar la estadía** mientras espera a que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le comunique la decisión.
  - Si **no** cumple este plazo y decide seguir hospitalizado después de su fecha de alta programada, **es posible que tenga que pagar todos los costos** del cuidado hospitalario que reciba después de su fecha de alta programada.
- Si se pasa del plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, y todavía desea apelar, debe presentar su apelación directamente ante nuestro plan. Para obtener información sobre otra manera de presentar su apelación, consulte la Sección 8.4.

Una vez que solicite una revisión inmediata de su fecha de alta del hospital, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se comunicará con nosotros. Antes del mediodía del día después de

que se comuniquen con nosotros, le daremos un **Aviso Detallado del Alta**. Este aviso indica la fecha de alta programada y explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (médicamente apropiado) que se le dé de alta en la fecha indicada.

Para obtener un ejemplo del **Aviso Detallado del Alta**, llame a Servicio al Cliente o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.) También puede consultar un ejemplo del aviso en Internet en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html.

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

- Los profesionales de salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (les llamaremos “los revisores”) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que debería continuar la cobertura de los servicios. No es necesario que usted prepare nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores también examinarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que les proporcionamos el hospital y nosotros.
- Antes del mediodía del día después de que los revisores nos informaron de su apelación, usted recibirá un aviso por escrito que indica su fecha de alta programada. Este aviso también le explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (médicamente apropiado) que se le dé de alta en la fecha indicada.

Paso 3: Dentro de las 24 horas de haber recopilado toda la información necesaria, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad responderá a su apelación.

¿Qué sucede si la apelación es aceptada?

- Si la organización de revisión **acepta**, **debemos seguir prestando los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados cubiertos mientras estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (por ejemplo, deducibles o copagos, si corresponde). Además, es posible que sus servicios hospitalarios cubiertos tengan limitaciones.

¿ Qué sucede si la apelación es denegada?

- Si la organización de revisión **deniega**, significa que consideran que su fecha de alta programada es médicamente apropiada. En este caso, **nuestra cobertura de los servicios**

hospitalarios para pacientes hospitalizados terminará al mediodía del día después de que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad respondió a su apelación.

- Si la organización de revisión **deniega** su apelación y usted decide seguir hospitalizado, es **posible que usted deba pagar el costo total** del cuidado hospitalario que reciba a partir del mediodía del día después de que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad respondió a su apelación.

Paso 4: Si su apelación de Nivel 1 es denegada, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **denegó** su apelación **y** usted sigue hospitalizado después de su fecha de alta programada, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación implica que usted pasa al Nivel 2 del proceso de apelación.

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que revise su decisión en la primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad deniega su apelación de Nivel 2, es posible que usted deba pagar el costo total de su estadía después de su fecha de alta programada.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad nuevamente y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en un plazo no mayor de 60 días calendario** después del día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad denegó su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solamente si usted sigue hospitalizado después de la fecha en que terminó su cobertura del cuidado.

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

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

Paso 3: En un plazo no mayor de 14 días calendario después de recibir su solicitud para una apelación de Nivel 2, los revisores decidirán su apelación y se la comunicarán.

Si la organización de revisión acepta su apelación:

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos del cuidado hospitalario que usted haya recibido desde el mediodía del día después de la fecha en que su primera apelación fue denegada por la Organización para el Mejoramiento de la Calidad. **Debemos continuar proporcionando cobertura del cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Usted debe seguir pagando su parte de los costos; se pueden aplicar limitaciones a la cobertura.

Si la organización de revisión deniega su apelación:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron en su apelación de Nivel 1.
- El aviso por escrito que usted reciba le indicará lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si su apelación es denegada, usted decide si desea continuar con el proceso de apelación al Nivel 3.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (un total de cinco niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que reciba después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es decidida por un Juez de Derecho Administrativo o por un abogado adjudicador. La Sección 10 de este capítulo explica más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 8.4 ¿Qué debe hacer si se pasó del plazo para presentar su apelación de Nivel 1?

Término Legal	Una “revisión rápida” también se llama **“apelación rápida”.**

Puede presentar su apelación directamente ante nosotros

Tal como se explicó anteriormente, usted debe actuar rápidamente para comenzar la apelación de Nivel 1 de su fecha de alta del hospital. Si se pasa del plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, hay otra manera de presentar su apelación.

Si usa la otra manera de presentar su apelación, **los dos primeros niveles de apelación son diferentes.**

Paso a Paso: Cómo presentar una Apelación Alternativa de Nivel 1

Paso 1: Comuníquese con nuestro plan y solicite una "revisión rápida".

- **Solicite una "revisión rápida".** Esto significa que solicita que le demos una respuesta usando los plazos "rápidos" en lugar de los plazos "estándar". El Capítulo 2 tiene información de contacto.

Paso 2: Realizamos una revisión "rápida" de su fecha de alta programada para verificar si es médicamente apropiada.

- Durante esta revisión, revisamos toda la información relacionada con su estadía en el hospital. El propósito de nuestra revisión es decidir si su fecha de alta programada era médicamente apropiada. Verificamos si la decisión respecto a su fecha de alta fue justa y siguió todas las reglas.

Paso 3: Le damos nuestra decisión en un plazo no mayor de 72 horas después de que solicite una "revisión rápida".

- **Si aceptamos su apelación**, significa que estamos de acuerdo con usted en que necesita seguir hospitalizado después de su fecha de alta. Seguiremos prestando los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados cubiertos mientras estos servicios sean médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle nuestra parte de los costos del cuidado que usted haya recibido desde la fecha en que indicamos que su cobertura terminaría. (Usted debe pagar su parte de los costos; se pueden aplicar limitaciones a la cobertura.)
- **Si denegamos su apelación,** estamos diciendo que su fecha de alta programada era médicamente apropiada. Nuestra cobertura de los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados termina a partir del día en que indicamos que su cobertura terminaría.
  - Si usted siguió hospitalizado **después** de su fecha de alta programada, **es posible que deba pagar el costo total** del cuidado hospitalario que recibió después de su fecha de alta programada.

Paso 4: Si nuestro plan deniega su apelación, su caso será enviado automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelación.

Paso a Paso: Proceso para una Apelación Alternativa de Nivel 2

Término Legal	El nombre formal de la "Organización de Revisión Independiente" es **"Entidad de Revisión Independiente".** También se le llama **"IRE"** (Independent Review Entity).

La organización de revisión independiente es una organización independiente, contratada por Medicare. No está relacionada con nuestro plan y no es una agencia del gobierno. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o si debe modificarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Enviaremos automáticamente su caso a la organización de revisión independiente.

- Debemos enviar la información de su apelación de Nivel 2 a la organización de revisión independiente en un plazo no mayor de 24 horas después de que le informamos que denegamos su primera apelación. (Si usted piensa que no estamos cumpliendo con este plazo u otros plazos, puede presentar una queja. La Sección 11 de este capítulo indica cómo presentar una queja.)

Paso 2: La organización de revisión independiente realiza una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores le dan una respuesta en un plazo no mayor de 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión Independiente revisarán detenidamente toda la información relacionada con la apelación de su fecha de alta del hospital.
- **Si esta organización acepta su apelación,** debemos reembolsarle nuestra parte de los costos del cuidado hospitalario que usted haya recibido desde su fecha de alta programada. También debemos continuar proporcionando la cobertura del plan de los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados durante el tiempo que sea médicamente necesario. Usted debe seguir pagando la parte que le corresponde de los costos. Si la cobertura tiene limitaciones, estas podrían limitar la cantidad que reembolsaríamos o el tiempo que podríamos seguir cubriendo sus servicios.

- **Si esta organización deniega su apelación,** significa que está de acuerdo en que su fecha de alta del hospital programada era médicamente apropiada.
  - El aviso por escrito que reciba de la organización de revisión independiente le indicará cómo iniciar una apelación de Nivel 3 con el proceso de revisión, que es decidida por un Juez de Derecho Administrativo o por un abogado adjudicador.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente deniega su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (un total de cinco niveles de apelación). Si los revisores deniegan su apelación de Nivel 2, usted decide si acepta la decisión o si pasa a una apelación de Nivel 3.
- La Sección 10 de este capítulo explica más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 9 Cómo solicitar que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si piensa que su cobertura terminará demasiado pronto

Sección 9.1 Esta sección explica solamente tres servicios: Cuidado de asistencia médica a domicilio, cuidado en un centro de enfermería especializada y servicios en un Centro para Rehabilitación Integral de Pacientes Ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF)

Si usted recibe **servicios de asistencia médica a domicilio, cuidado en un centro de enfermería especializada o cuidado de rehabilitación (Centro para Rehabilitación Integral de Pacientes Ambulatorios)**, tiene derecho a seguir recibiendo los servicios que tengan cobertura durante todo el tiempo que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidamos que es el momento de suspender su cobertura de cualquiera de estos tres tipos de cuidado, debemos avisarle por anticipado. Cuando su cobertura de este cuidado termine, **dejaremos de pagar nuestra parte del costo de su cuidado.**

Si piensa que estamos terminando la cobertura de su cuidado demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo presentar una apelación.

Sección 9.2 Le avisaremos por anticipado cuándo terminará su cobertura

Término Legal	**“Aviso de Denegación de la Cobertura de Medicare”.** Le indica cómo presentar una **“apelación de tramitación rápida”.** Presentar una apelación de tramitación rápida es una manera formal y legal de solicitar que cambiemos nuestra decisión de cobertura sobre cuándo suspender la cobertura de su cuidado.

1. **Usted recibirá un aviso por escrito** al menos dos días antes de que nuestro plan suspenda la cobertura de su cuidado. El aviso le indica:
   - La fecha en que suspenderemos la cobertura de su cuidado.
   - Cómo presentar una “apelación de tramitación rápida” para solicitarnos que sigamos cubriendo su cuidado por un período de tiempo más largo.
2. **Usted o una persona que actúe en nombre de usted tendrán que firmar el aviso por escrito para demostrar que lo ha recibido.** El hecho de firmar este aviso solamente demuestra que usted recibió la información sobre la fecha en que se suspenderá su cobertura. **El hecho de firmarlo no significa que está de acuerdo** con la decisión del plan de suspender el cuidado.

Sección 9.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su cuidado durante más tiempo

Si desea solicitar que cubramos su cuidado durante más tiempo, deberá usar el proceso de apelación para presentar dicha solicitud. Antes de comenzar, infórmese de lo que 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 en cualquier momento, llame a Servicio al Cliente. O llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud, una organización del gobierno que proporciona asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. Esta decide si la fecha de terminación de su cuidado es médicamente apropiada.

Paso 1: Presente su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicite una apelación de tramitación rápida. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (Aviso de Denegación de la Cobertura de Medicare) le indica cómo comunicarse con esta organización. O puede encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápidamente:

- Para iniciar su apelación, debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad antes del mediodía del día anterior a la fecha de vigencia indicada en el Aviso de Denegación de la Cobertura de Medicare.

El plazo para comunicarse con esta organización.

- Si se pasa del plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y todavía desea apelar, puede presentar su apelación directamente ante nosotros. Para obtener información sobre otra manera de presentar su apelación, consulte la Sección 9.5 de este capítulo.

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

Término Legal	**“Explicación Detallada de Denegación de la Cobertura”.** Aviso que explica en detalle las razones para terminar la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de 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 es necesario que usted prepare nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- La organización de revisión también examinará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que le proporcionó nuestro plan.
- Al final del día, los revisores nos informan sobre su apelación, y usted recibirá la **Explicación Detallada de Denegación de la Cobertura** de nuestra parte que explicará en detalle nuestras razones para terminar la cobertura de sus servicios.

Paso 3: En un plazo no mayor de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aceptan?

- Si los revisores **aceptan** su apelación, **debemos seguir prestándole servicios cubiertos durante todo el tiempo que sea médicamente necesario**.

- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (por ejemplo, deducibles o copagos, si corresponde). Es posible que sus servicios cubiertos tengan limitaciones.

¿Qué sucede si los revisores deniegan?

- Si los revisores **deniegan**, **su cobertura terminará en la fecha que le indicamos.**
- Si usted decide seguir recibiendo cuidado de asistencia médica a domicilio, cuidado en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro para Rehabilitación Integral de Pacientes Ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) **después** de la fecha en que termine su cobertura, **tendrá que pagar el costo total** de este cuidado.

Paso 4: Si su apelación de Nivel 1 es denegada, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si los revisores **deniegan** su apelación de Nivel 1 **y** usted decide seguir recibiendo el cuidado después de que terminó su cobertura, usted puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 9.4 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su cuidado durante más tiempo

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que revise la decisión en su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad deniega su apelación de Nivel 2, es posible que usted deba pagar el costo total de su cuidado de asistencia médica a domicilio o cuidado en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro para Rehabilitación Integral de Pacientes Ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) **después** de la fecha en que indicamos que su cobertura terminaría.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad nuevamente y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en un plazo no mayor de 60 días** después del día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **denegó** su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solamente si siguió recibiendo cuidado después de la fecha en que terminó su cobertura del cuidado.

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

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

Paso 3: En un plazo no mayor de 14 días después de recibir su solicitud de apelación, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y se la comunicarán.

¿Qué sucede si la organización de revisión acepta?

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos del cuidado que usted haya recibido desde la fecha en que indicamos que su cobertura terminaría. **Debemos continuar proporcionando cobertura** del cuidado durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.
- Usted debe seguir pagando su parte de los costos; se pueden aplicar limitaciones a la cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión deniega su apelación?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron en su apelación de Nivel 1.
- El aviso por escrito que usted reciba le indicará lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le indicará cómo pasar al próximo nivel de apelación, que está a cargo de un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador.

Paso 4: Si su apelación es denegada, usted decide si desea continuar con el proceso de apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (un total de cinco niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que reciba después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es decidida por un Juez de Derecho Administrativo o por un abogado adjudicador. La Sección 10 de este capítulo explica más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 9.5 ¿Qué debe hacer si se pasó del plazo para presentar su apelación de Nivel 1?

Puede presentar su apelación directamente ante nosotros

Tal como se explicó anteriormente, debe actuar rápidamente y comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para comenzar su primera apelación (dentro de uno o dos días como máximo). Si se pasa del plazo para comunicarse con esta organización, hay otra manera de

presentar su apelación. Si usa la otra manera de presentar su apelación, **los dos primeros niveles de apelación son diferentes.**

Paso a Paso: Cómo presentar una Apelación Alternativa de Nivel 1

Término Legal	Una revisión "rápida" también se llama **"apelación rápida".**

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una "revisión rápida".

- **Solicite una "revisión rápida".** Esto significa que solicita que le demos una respuesta usando los plazos "rápidos" en lugar de los plazos "estándar". El Capítulo 2 tiene información de contacto.

Paso 2: Hacemos una revisión "rápida" de la decisión que tomamos sobre cuándo terminar la cobertura de sus servicios.

- Durante esta revisión, revisamos nuevamente toda la información relacionada con su caso. Verificamos si estábamos siguiendo todas las reglas cuando fijamos la fecha para terminar la cobertura de los servicios del plan que usted recibía.

Paso 3: Le damos nuestra decisión en un plazo no mayor de 72 horas después de que solicite una "revisión rápida".

- **Si aceptamos su apelación,** significa que estamos de acuerdo con usted en que necesita los servicios durante más tiempo, y que seguiremos prestándole servicios cubiertos durante todo el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que hemos aceptado reembolsarle nuestra parte de los costos del cuidado que usted haya recibido desde la fecha en que indicamos que su cobertura terminaría. (Usted debe pagar su parte de los costos; se pueden aplicar limitaciones a la cobertura.)
- **Si denegamos su apelación**, su cobertura terminará en la fecha que le indicamos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esa fecha.
- Si usted siguió recibiendo cuidado de asistencia médica a domicilio o cuidado en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro para Rehabilitación Integral de Pacientes Ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) **después** de la fecha en que indicamos que su cobertura terminaría, **tendrá que pagar el costo total** de este cuidado.

Paso 4: Si denegamos su apelación rápida, su caso pasará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelación.

Término Legal	El nombre formal de la "organización de revisión independiente" es **"Entidad de Revisión Independiente".** También se le llama **"IRE"** (Independent Review Entity).

Paso a Paso: Proceso para una Apelación Alternativa de Nivel 2

Durante la Apelación de Nivel 2, la **organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos cuando denegamos su "apelación rápida". Esta organización determina si debemos modificar la decisión que tomamos. **La organización de revisión independiente es una organización independiente, contratada por Medicare**. Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia del gobierno. Esta organización es una compañía elegida por Medicare para cumplir la función de ser una organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Enviaremos automáticamente su caso a la organización de revisión independiente.

- Debemos enviar la información de su apelación de Nivel 2 a la organización de revisión independiente en un plazo no mayor de 24 horas después de que le informamos que denegamos su primera apelación. (Si usted piensa que no estamos cumpliendo con este plazo u otros plazos, puede presentar una queja. La Sección 11 de este capítulo indica cómo presentar una queja.)

Paso 2: La organización de revisión independiente realiza una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores le dan una respuesta en un plazo no mayor de 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente revisarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización acepta su apelación**, debemos reembolsarle nuestra parte de los costos del cuidado que usted haya recibido desde la fecha en que indicamos que su cobertura terminaría. También debemos seguir cubriendo su cuidado durante todo el tiempo que sea médicamente necesario. Usted debe seguir pagando la parte que le corresponde de los

costos. Si la cobertura tiene limitaciones, estas podrían limitar la cantidad que reembolsaríamos o el tiempo que podríamos seguir cubriendo los servicios.

- **Si esta organización deniega su apelación,** significa que están de acuerdo con la decisión que tomó nuestro plan sobre su primera apelación y no la cambiarán**.**
  - El aviso que usted reciba de la organización de revisión independiente le indicará por escrito lo que puede hacer si desea pasar a una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente deniega su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (un total de cinco niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que reciba después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- Una apelación de Nivel 3 es revisada por un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador. La Sección 10 de este capítulo explica más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 10 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y a otros niveles superiores

Sección 10.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para Solicitudes Relacionadas con los Servicios Médicos

Esta sección puede serle útil si usted presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas fueron denegadas.

Si el valor monetario del artículo o servicio médico de la apelación cumple ciertos niveles mínimos, es posible que usted pueda pasar a otros niveles de apelación. Si el valor monetario es inferior al nivel mínimo, usted no puede seguir con el proceso de apelación. La respuesta por escrito que reciba a su apelación de Nivel 2 explicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan de manera muy similar. A continuación se indica quién revisa su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3: Un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el Juez de Derecho Administrativo o el abogado adjudicador aceptan su apelación, el proceso de apelación podría o no terminar allí**. A diferencia de la decisión de una apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted. Si decidimos apelar, pasará a una apelación de Nivel 4.

- Si decidimos **no** apelar, debemos autorizar o prestarle el servicio en un plazo no mayor de 60 días calendario después de haber recibido la decisión del Juez de Derecho Administrativo o del abogado adjudicador.
- Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos complementarios. Es posible que esperemos la decisión sobre la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o prestar el servicio en disputa.

- **Si el Juez de Derecho Administrativo o el abogado adjudicador deniegan su apelación, el proceso de apelación podría o no terminar allí.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelación termina.
  - Si no desea aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará lo que debe hacer para presentar una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4: El **Consejo de Apelaciones** de Medicare (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo de Apelaciones es parte del gobierno federal.

- **Si la apelación es aceptada, o si el Consejo de Apelaciones deniega nuestra solicitud de revisar una decisión favorable de una apelación de Nivel 3, el proceso de apelación podría o no terminar allí**. A diferencia de una decisión en el Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 que sea favorable para usted. Decidiremos si apelaremos o no esta decisión al Nivel 5.
  - Si decidimos **no** apelar la decisión, debemos autorizar o prestarle el servicio en un plazo no mayor de 60 días calendario después de haber recibido la decisión del Consejo de Apelaciones.
  - Si decidimos apelar esta decisión, se lo notificaremos por escrito.
- **Si la apelación es denegada o si el Consejo de Apelaciones deniega la solicitud de revisión, el proceso de apelación podría o no terminar allí**.
  - Si usted decide aceptar esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelación termina.
  - Si no desea aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo de Apelaciones deniega su apelación, el aviso que reciba le indicará si las reglas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo seguir con una apelación de Nivel 5.

Apelación de Nivel 5: Un juez del **Tribunal de Distrito Federal** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si acepta o deniega su solicitud. Esta es la respuesta final. No existen otros niveles de apelación después del Tribunal de Distrito Federal.

Sección 10.2 Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para Solicitudes Relacionadas con los Medicamentos de la Parte D

Esta sección puede serle útil si usted presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas fueron denegadas.

Si el valor del medicamento de la apelación cumple con el requisito de valor monetario mínimo, es posible que usted pueda llevar su apelación a niveles superiores. Si el valor monetario es menor, usted no puede seguir con el proceso de apelación. La respuesta por escrito que reciba a su apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y lo que debe hacer para presentar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan de manera muy similar. A continuación se indica quién revisa su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3: Un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la apelación es aceptada, el proceso de apelación termina**. Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que aprobó el Juez de Derecho Administrativo o el abogado adjudicador **en un plazo no mayor de 72 horas (24 horas para las apelaciones rápidas) o realizar un pago en un plazo no mayor de 30 días calendario** después de que recibamos la decisión.
- **Si la apelación es denegada, el proceso de apelación podría o no terminar allí.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelación termina.
  - Si no desea aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará lo que debe hacer para presentar una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4: El **Consejo de Apelaciones** de Medicare (el Consejo de Apelaciones) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo de Apelaciones es parte del gobierno federal.

- **Si la apelación es aceptada, el proceso de apelación termina**. Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que aprobó el Consejo de Apelaciones **en un plazo no mayor de 72 horas (24 horas para las apelaciones rápidas) o realizar un pago en un plazo no mayor de 30 días calendario** después de que recibamos la decisión.
- **Si la apelación es denegada, el proceso de apelación podría o no terminar allí**.
  - Si usted decide aceptar esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelación termina.
  - Si no desea aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo de Apelaciones deniega su apelación o no acepta su solicitud de revisión de la apelación, el aviso le indicará si las reglas le permiten pasar a una apelación de

Nivel 5. También le indicará con quién debe comunicarse y lo que debe hacer si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 5: Un juez del **Tribunal de Distrito Federal** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si acepta o deniega su solicitud. Esta es la respuesta final. No existen más niveles de apelación después del Tribunal de Distrito Federal.

Sección 11 Cómo presentar una queja sobre la calidad del cuidado, los tiempos de espera, el Servicio al Cliente u otros problemas

Sección 11.1 ¿Qué tipos de problemas se abordan a través del proceso para presentar quejas?

El proceso para presentar quejas se usa solamente para ciertos tipos de problemas. Se incluyen problemas relacionados con la calidad del cuidado, los tiempos de espera y el Servicio al Cliente. Los siguientes son ejemplos de los tipos de problemas que se abordan a través del proceso para presentar quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su cuidado médico	• ¿No está conforme con la calidad del cuidado que recibió (incluso el cuidado en el hospital)?
Respeto a su privacidad	• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, servicio al cliente deficiente u otros comportamientos negativos	• ¿Alguna persona fue descortés o irrespetuosa con usted? • ¿No está satisfecho con nuestro Servicio al Cliente? • ¿Le parece que le están alentando a que deje el plan?
Tiempos de espera	• ¿Tiene problemas para hacer una cita o está esperando demasiado para obtenerla? • ¿Ha tenido que esperar mucho para que le atiendan los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de salud? ¿O el Servicio al Cliente u otro personal de nuestro plan? ° Por ejemplo, largas esperas al hablar por teléfono, en la sala de espera o de examen o le surten una receta.
Limpieza	• ¿No está satisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o un consultorio médico?

Queja	Ejemplo
Información que recibe de nosotros	• ¿No le proporcionamos un aviso que teníamos que darle? • ¿La información que le proporcionamos por escrito es difícil de comprender?
Puntualidad (se refiere a nuestra **puntualidad** para procesar decisiones de cobertura y apelaciones)	Si nos solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación, y piensa que no le respondemos de manera suficientemente rápida, también puede presentar una queja contra nuestra tardanza. Ejemplos: • Usted nos solicitó una "decisión de cobertura rápida" o una "apelación rápida" y la denegamos; puede presentar una queja. • Usted cree que no estamos cumpliendo los plazos para comunicarle las decisiones de cobertura o apelaciones; puede presentar una queja. • Usted cree que no estamos cumpliendo los plazos para cubrir o reembolsarle ciertos servicios médicos o medicamentos que fueron aprobados; puede presentar una queja. • Usted cree que no cumplimos los plazos requeridos para enviar su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.

Sección 11.2 Cómo presentar una queja

Términos Legales

- Una **"queja"** también se llama **"queja formal".**
- **"Presentar una queja"** también se llama **"presentar una queja formal".**
- **"Usar el proceso para presentar quejas"** también se llama **"usar el proceso para presentar una queja formal".**
- Una **"queja rápida"** también se llama **"queja formal rápida".**

Sección 11.3 Paso a paso: Cómo presentar una queja

Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato – por teléfono o por escrito.

- **Generalmente, llamar a Servicio al Cliente es el primer paso.** Si debe hacer algo más, el Servicio al Cliente se lo indicará.

- **Si no desea llamar (o llamó, pero no quedó conforme), puede enviarnos su queja por escrito.** Si envía su queja por escrito, se la responderemos por escrito.
- Debemos recibir su queja en un plazo no mayor de 60 días calendario del evento o incidente que motivó su queja. Si algo le impidió presentar su queja (estaba enfermo, le proporcionamos información incorrecta, etc.), infórmenos y tal vez aceptemos su queja después del plazo de 60 días. Atenderemos su queja lo más rápido posible, pero a más tardar 30 días después de recibirla. A veces, necesitamos información adicional, o quizás usted desee presentar más información. En ese caso, podemos tomar 14 días adicionales para responder a su queja. Si nos tomamos los 14 días adicionales, le enviaremos una carta para avisarle.

  Si la queja se debe a que nos tomamos 14 días adicionales para responder a su solicitud de una determinación de cobertura o una apelación, o porque decidimos que usted no necesitaba una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida, puede presentar una queja rápida. Le responderemos en un plazo no mayor de 24 horas de recibir su queja. La dirección y los números de fax para presentar quejas se encuentran en el Capítulo 2 en la sección “Cómo comunicarse con nosotros para presentar una queja sobre su cuidado médico” o, para las quejas sobre los medicamentos con receta de la Parte D, “Cómo comunicarse con nosotros para presentar una queja sobre sus medicamentos con receta de la Parte D”.
- El **plazo** para presentar una queja es 60 días calendario desde el momento que usted tuvo el problema por el que desea quejarse.

Paso 2: Revisamos su queja y le damos nuestra respuesta.

- **Si es posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama con una queja, es posible que le podamos dar una respuesta en el mismo momento de su llamada.
- **La mayoría de las quejas se responden en un plazo no mayor de 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es por su bien o si usted nos pide más tiempo, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales (un total de 44 días calendario) para responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo informaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque denegamos su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o de una “apelación rápida”, automáticamente la convertiremos a una “queja rápida”.** Si tiene una “queja rápida”, significa que le daremos una respuesta en un plazo **no mayor de 24 horas.**
- **Si no estamos de acuerdo** con una parte o la totalidad de su queja o no asumimos la responsabilidad del problema por el que se queja, incluiremos los motivos en nuestra respuesta.

Sección 11.4 También puede presentar quejas sobre la calidad del cuidado ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Si la queja es sobre la **calidad del cuidado**, tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja directamente ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad**.
- La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos y otros expertos en el cuidado de la salud que reciben pago del gobierno federal para verificar y mejorar el cuidado que reciben los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 tiene información de contacto.

O

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

Sección 11.5 También puede presentar su queja ante Medicare

Puede presentar una queja sobre MedicareMax Plus (HMO D-SNP) directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, visite es.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Problemas Relacionados con sus Beneficios de Medicaid

Sección 12 Cómo resolver problemas relacionados con sus beneficios de Medicaid

Usted puede recibir ayuda con la inscripción y la información general de Medicaid de la Agencia para la Administración de Atención Médica (Agency for Health Care Administration, AHCA) de Florida Medicaid (Medicaid). Si tiene preguntas sobre los requisitos que debe cumplir, comuníquese con la Agencia para la Administración de Atención Médica de Florida Medicaid. La información de contacto aparece en la Sección 6 del Capítulo 2 de esta guía. Si se trata de beneficios de Medicaid, comuníquese con Servicio al Cliente.

Capítulo 10

Cómo terminar su membresía en el plan

Sección 1 Introducción a cómo terminar su membresía en nuestro plan

Su membresía en el plan puede terminar de manera **voluntaria** (por decisión propia) o **involuntaria** (no por decisión propia):

- Usted podría dejar nuestro plan porque ha decidido que **desea** hacerlo. Las Secciones 2 y 3 proporcionan información sobre cómo terminar su membresía de manera voluntaria.
- También existen situaciones limitadas en las que no es usted quien decide dejar el plan, sino que estamos obligados a terminar su membresía. La Sección 5 describe las situaciones en las que nosotros debemos terminar su membresía.

Si va a dejar nuestro plan, nuestro plan debe seguir proporcionando su cuidado médico y usted continuará pagando su costo compartido hasta que termine su membresía.

Sección 2 ¿Cuándo puede usted terminar su membresía en nuestro plan?

Sección 2.1 Es posible que pueda terminar su membresía porque tiene Medicare y Medicaid

La mayoría de los beneficiarios de Medicare pueden terminar su membresía solamente durante ciertos momentos del año.
Debido a que usted tiene Medicaid, es posible que pueda terminar su membresía en nuestro plan o cambiarse a un plan diferente una vez durante cada uno de los siguientes Períodos de Inscripción Especial:

- De enero a marzo
- De abril a junio
- De julio a septiembre

Si se inscribió en nuestro plan en uno de estos períodos, tendrá que esperar el próximo período para terminar su membresía o cambiarse a un plan diferente. No puede usar este Período de Inscripción Especial para terminar su membresía en nuestro plan entre octubre y diciembre. Sin embargo, todos los beneficiarios de Medicare pueden hacer cambios del 15 de octubre al 7 de diciembre durante el Período de Inscripción Anual. La Sección 2.2 le explica más sobre el Período de Inscripción Anual.

- Elija cualquiera de los siguientes planes de Medicare:
  - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos con receta
  - Medicare Original **con** un plan aparte para medicamentos con receta de Medicare
  - Medicare Original sin un plan aparte para medicamentos con receta de Medicare
    - Si elije esta opción, Medicare puede inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado por no utilizar la inscripción automática.

Tenga en cuenta: Si usted cancela su inscripción en una cobertura de medicamentos con receta de Medicare y continúa sin una cobertura de medicamentos con receta "acreditable" durante un período de 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Comuníquese con la Oficina Estatal de Medicaid para informarse sobre sus opciones de planes de Medicaid (los números de teléfono se encuentran en la Sección 6 del Capítulo 2 de este documento).

- **¿Cuándo terminará su membresía?** Su membresía generalmente terminará el primer día del mes después de que recibamos su solicitud de cambio de plan. Su inscripción en su nuevo plan también comenzará ese día.

Sección 2.2 Usted puede terminar su membresía durante el Período de Inscripción Anual

Usted puede terminar su membresía en nuestro plan durante el **Período de Inscripción Anual** (también se le llama "Período de Inscripción Abierta Anual"). Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y de medicamentos y decida sobre su cobertura para el próximo año.

- El **Período de Inscripción Anual** es del **15 de octubre al 7 de diciembre.**
- **Elija mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año.** Si decide cambiar de plan, puede elegir cualquiera de los siguientes planes:
  - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos con receta.
  - Medicare Original **con** un plan aparte para medicamentos con receta de Medicare.
  - Medicare Original **sin** un plan aparte para medicamentos con receta de Medicare.
  - **Su membresía en nuestro plan terminará** cuando comience la cobertura de su nuevo plan, el 1 de enero.

Si recibe el programa "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos con receta: Si se cambia a Medicare Original pero no se inscribe en un plan aparte para medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado por no utilizar la inscripción automática.

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

Sección 2.3 Puede terminar su membresía durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage

Usted tiene la oportunidad de hacer **un** solo cambio en su cobertura de salud durante el **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage.**

- **El Período de Inscripción Abierta anual de Medicare Advantage** es del 1 de enero al 31 de marzo.
- **Durante el Período de Inscripción Abierta anual de Medicare Advantage,** usted puede:
  - Cambiarse a otro Plan Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos con receta.
  - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Medicare Original. Si decide cambiarse a Medicare Original durante este período, usted también puede inscribirse en un plan aparte para medicamentos con receta de Medicare en ese momento.
- **Su membresía terminará** el primer día del mes después de que se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente o de que recibamos su solicitud para cambiarse a Medicare Original. Si también decide inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su Solicitud de Inscripción.

Sección 2.4 En ciertas situaciones, puede terminar su membresía durante un Período de Inscripción Especial

En ciertas situaciones, usted también podría cumplir los requisitos para terminar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período de Inscripción Especial**.

Es posible que cumpla los requisitos para terminar su membresía durante un Período de Inscripción Especial si usted se encuentra en una de las siguientes situaciones. Los siguientes son solamente ejemplos. Para obtener la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (es.medicare.gov):

- Normalmente, si se ha mudado.
- Si tiene Medicaid.
- Si cumple los requisitos del programa “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos con receta de Medicare.
- Si no cumplimos nuestro contrato con usted.
- Si recibe cuidados en una institución, por ejemplo en un asilo de convalecencia o en un hospital de cuidado a largo plazo (long-term care, LTC).

Nota: Si usted participa en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. La Sección 10 del Capítulo 5 contiene más información sobre los programas de administración de medicamentos.

Nota: La Sección 2.1 explica más sobre el período de inscripción especial para los beneficiarios de Medicaid.

Los períodos de inscripción varían según su situación.

Para saber si cumple los requisitos para un Período de Inscripción Especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si cumple los requisitos para terminar su membresía debido a una situación especial, usted puede decidir cambiar tanto su cobertura de salud como su cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Usted puede elegir:

- Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos con receta.
- Medicare Original **con** un plan aparte para medicamentos con receta de Medicare.
- **- o -** Medicare Original **sin** un plan aparte para medicamentos con receta de Medicare.

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

Su membresía generalmente terminará el primer día del mes después de que se reciba su solicitud de cambio de plan.

Si recibe el programa "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos con receta: Si se cambia a Medicare Original pero no se inscribe en un plan aparte para medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado por no utilizar la inscripción automática.

Nota: En las Secciones 2.1 y 2.2 encontrará más información sobre el período de inscripción especial para las personas que tienen Medicaid y reciben el programa Ayuda Adicional.

Sección 2.5 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede terminar su membresía?

Si tiene alguna pregunta sobre cómo terminar su membresía:

- **Llame a Servicio al Cliente.**
- Puede encontrar la información en el manual **Medicare y Usted 2023**.
- Puede comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

Sección 3 ¿Cómo puede terminar su membresía en nuestro plan?

La tabla que aparece a continuación explica las maneras de terminar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiarse de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
• Otro plan de salud de Medicare.	• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. Cuando comience la cobertura de su nuevo plan, su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente.
• Medicare Original **con** un plan aparte para medicamentos con receta de Medicare.	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente.

	Cuando comience la cobertura de su nuevo plan, su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente.
• Medicare Original **sin** un plan aparte para medicamentos con receta de Medicare. ◦ Si se cambia a Medicare Original pero no se inscribe en un plan aparte para medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado por no utilizar la inscripción automática. ◦ Si usted cancela su inscripción en una cobertura de medicamentos con receta de Medicare y continúa sin una cobertura de medicamentos con receta acreditable durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.	• **Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción.** Si necesita más información sobre cómo debe hacer esto, comuníquese con Servicio al Cliente. • También puede comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Cuando comience su cobertura de Medicare Original, su inscripción en nuestro plan se cancelará.

Nota: Si usted cancela su inscripción en una cobertura de medicamentos con receta de Medicare y continúa sin una cobertura de medicamentos con receta acreditable durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.
Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Florida Medicaid Agency for Health Care Administration (AHCA), (Medicaid) comuníquese con Florida Medicaid Agency for Health Care Administration (AHCA), al 1-888-419-3456, 8 a.m. a 5 p.m., hora del Este, de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-955-8771. Pregunte si su inscripción a otro plan o su regreso a Medicare Original afectan la cobertura que obtiene de Florida Medicaid Agency for Health Care Administration (AHCA) (Medicaid).

Sección 4 Hasta que termine su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que termine su membresía y su nueva cobertura de Medicare y Medicaid entre en vigencia, usted debe seguir recibiendo su cuidado médico y sus medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- ☐ **Siga usando los proveedores de nuestra red para recibir cuidado médico.**
- ☐ **Siga usando las farmacias de nuestra red o las farmacias de pedidos por correo para surtir sus recetas.**

- **Si es hospitalizado el mismo día en que termina su membresía, nuestro plan cubrirá su estadía en el hospital hasta que se le dé de alta** (incluso si se le da de alta después de que haya comenzado su nueva cobertura de salud).

Sección 5 Debemos terminar su membresía en el plan en ciertas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos terminar su membresía en el plan?

Debemos terminar su membresía en el plan en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Si usted ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si ya no cumple los requisitos de Medicaid. Como se indicó en la Sección 2.1 del Capítulo 1, nuestro plan es para personas que cumplen los requisitos tanto de Medicare como de Medicaid. Debemos notificarle por escrito que usted tiene un período de gracia de 6 meses para volver a cumplir los requisitos, antes de que cancelemos su inscripción. Para obtener más información sobre el período de gracia y cómo puede afectar sus costos en este plan, consulte la Sección 1.1 del Capítulo 4.
- Si tiene un excedente en gastos médicos y no lo paga.
- 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 va a mudar o va a salir de viaje por mucho tiempo, llame a Servicio al Cliente para saber si el lugar al que se mudará o al que viajará está dentro del área de servicio de nuestro plan.
- Si usted es encarcelado (va a prisión).
- Si usted ya no es ciudadano estadounidense o residente legal en los Estados Unidos.
- Si usted miente u oculta información sobre otro seguro que tiene y que le proporciona cobertura de medicamentos con receta.
- Si al inscribirse en nuestro plan usted nos proporciona intencionalmente información incorrecta que afecta su derecho de participación en nuestro plan. (No podemos obligarle a dejar nuestro plan por esta razón, a menos que obtengamos primero el permiso de Medicare.)
- Si usted se comporta constantemente de una manera conflictiva y nos dificulta proporcionarle cuidado médico a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos obligarle a dejar nuestro plan por esta razón, a menos que obtengamos primero el permiso de Medicare.)
- Si usted permite que otra persona use su tarjeta de ID de miembro para obtener cuidado médico. (No podemos obligarle a dejar nuestro plan por esta razón, a menos que obtengamos primero el permiso de Medicare.)
  - Si terminamos su membresía por esta razón, Medicare podría hacer que el Inspector General investigue su caso.
- Si tiene la obligación de pagar la cantidad adicional por la Parte D debido a sus ingresos y no la paga, Medicare cancelará su inscripción en nuestro plan.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene preguntas o desea más información sobre cuándo podemos terminar su membresía, llame a Servicio al Cliente.

Sección 5.2 No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud

Nuestro plan no tiene permitido pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer en este caso?

Si usted piensa que se le ha pedido que deje nuestro plan por un motivo relacionado con su salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 5.3 Usted tiene derecho a presentar una queja si terminamos su membresía en nuestro plan

Si terminamos su membresía en nuestro plan, debemos comunicarle el motivo por escrito. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja o una queja formal contra nuestra decisión de terminar su membresía.

Capítulo 11

Avisos legales

Sección 1 Aviso sobre las leyes vigentes

La ley principal que rige esta **Evidencia de Cobertura** es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las normas creadas conforme a la Ley del Seguro Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). Además, se pueden aplicar otras leyes federales y, en ciertas circunstancias, las leyes del estado donde usted vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si este documento no contiene ni explica esas leyes.

Sección 2 Aviso sobre antidiscriminación

No discriminamos por motivos de raza, origen étnico, origen nacional, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en reclamos, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad ni ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben obedecer las leyes federales que protegen contra la discriminación, entre otras, el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley contra la Discriminación Laboral debido a la Edad de 1975, la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades, Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, asimismo todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben financiamiento federal y cualquier otra ley o regla que se aplique por cualquier otro motivo.

Si desea obtener más información o tiene dudas o problemas relacionados con la discriminación o un trato injusto, llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a su Oficina de Derechos Civiles local. También puede revisar información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en https://www.hhs.gov/ocr/index.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder al cuidado, llame a Servicio al Cliente. Si tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, el Servicio al Cliente puede ayudarle.

Sección 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del Pagador Secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios que tienen cobertura de Medicare pero por los que Medicare no es el pagador primario. Según las normas de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en el Código de Reglamentos Federales (Code of Federal Regulations, CFR) 42, Secciones 422.108 y 423.462, nuestro plan, como Organización de planes Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce la Secretaría conforme a las normas de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid en los subapartados B a D de la parte 411 del Código de Reglamentos Federales 42, y las reglas establecidas en esta sección reemplazan cualquier ley estatal.

Sección 4 Responsabilidad civil ante terceros y subrogación

Si usted sufre una enfermedad o lesión por la que un tercero es presuntamente responsable debido a cualquier acto u omisión negligente o intencional que le causa una enfermedad o lesión, debe notificarnos rápidamente de dicha enfermedad o lesión. Le enviaremos un resumen de cuenta de las cantidades que pagamos por los servicios que se le prestaron relacionados con la enfermedad o lesión. Si se le restituye una cantidad cualquiera de dinero de parte de un tercero, debemos recibir un reembolso proveniente de esa restitución por los pagos que hicimos en nombre de usted, sujeto a las limitaciones que se detallan en los siguientes párrafos.

1) **Nuestros pagos son menores que la cantidad restituida**. Si nuestros pagos son menores que la cantidad total restituida recibida de un tercero (la "cantidad restituida"), nuestro reembolso se calcula de la siguiente manera:
   a) **Primero**: Determine la relación entre los costos de adquisición y la cantidad restituida (el término "costos de adquisición" significa los costos legales y los gastos incurridos para lograr un acuerdo o un fallo).
   b) **Segundo**: Aplique a nuestro pago la relación calculada anteriormente. El resultado es nuestra parte de los costos de adquisición.
   c) **Tercero**: Reste nuestra parte de los costos de adquisición del total de nuestros pagos. La cantidad restante es nuestro reembolso.
2) **Nuestros pagos igualan o exceden la cantidad restituida**. Si nuestros pagos igualan o exceden la cantidad restituida, nuestro reembolso es la cantidad total restituida menos los costos totales de adquisición.
3) **Incurrimos en costos de adquisición debido a la oposición a nuestro reembolso.** Si debemos demandar al tercero que recibió la cantidad restituida debido a que se opuso a nuestro reembolso, nuestro reembolso es la cantidad que sea menor de las siguientes:
   a) Los pagos que hicimos en nombre de usted por los servicios; o
   b) La cantidad restituida, menos el costo total de adquisición realizado por dicho tercero.

Sujeto a las limitaciones indicadas anteriormente, usted acepta concedernos una asignación, y un reclamo y un derecho de retención, de cualquier cantidad recobrada mediante un acuerdo, fallo o veredicto judicial. Es posible que usted sea requerido por nosotros y que usted acepte oficiar documentos y proporcionar la información necesaria para establecer la asignación, el reclamo o el derecho de retención para confirmar nuestro derecho a un reembolso.

Sección 5 Responsabilidad del miembro

Si no reembolsamos los cargos de un proveedor de la red por servicios cubiertos, usted no será responsable de ninguna cantidad que adeudemos. Ni el plan ni Medicare pagarán esos servicios, excepto en el caso de los siguientes gastos aprobados:

- Servicios para emergencias
- Servicios requeridos de urgencia
- Diálisis de rutina recibida fuera del área de servicio y durante un viaje (debe recibirse en un Centro de Diálisis Certificado por Medicare dentro de los Estados Unidos)

- Servicios para la posestabilización

Si usted celebra un contrato privado con un proveedor fuera de la red, ni el plan ni Medicare pagarán esos servicios.

Sección 6 Los servicios cubiertos por Medicare deben cumplir el requisito de ser razonables y necesarios

Al determinar la cobertura, los servicios deben cumplir el requisito de ser razonables y necesarios según los criterios de Medicare para que su plan los cubra, a menos que, de alguna otra manera, se indique que son un servicio cubierto. Un servicio es “razonable y necesario” si el servicio:

- Es seguro y eficaz;
- No es experimental ni de investigación; y
- Es apropiado y la duración y la frecuencia se consideren adecuadas para el servicio, en términos de si el servicio:
  1. Se presta según los estándares aceptados de la práctica médica para el diagnóstico o el tratamiento de la condición del paciente o para mejorar la función de una parte deformada del cuerpo;
  2. Se presta en un entorno apropiado para la condición y las necesidades médicas del paciente;
  3. Es indicado y prestado por personal calificado;
  4. Satisface, pero no excede, las necesidades médicas del paciente; y
  5. Es al menos tan beneficioso como una alternativa médicamente apropiada existente y disponible.

Sección 7 No debe haber duplicación de beneficios con cobertura de Seguro de Automóvil, contra Accidentes o de Responsabilidad Civil

Si usted recibe beneficios como resultado de otra cobertura de Seguro de Automóvil, contra Accidentes o de Responsabilidad Civil, no duplicaremos esos beneficios. Es su responsabilidad tomar las medidas necesarias para recibir el pago proveniente de la cobertura del Seguro de Automóvil, contra Accidentes o de Responsabilidad Civil cuando sea razonable esperar dichos pagos, además de notificarnos que usted cuenta con dicha cobertura. Si duplicamos los beneficios a los que usted tiene derecho por otra cobertura de Seguro de Automóvil, contra Accidentes o de Responsabilidad Civil, podemos solicitar un reembolso por el valor razonable de esos beneficios a usted, a su compañía de seguros o a su proveedor de cuidado de la salud, en la medida en que lo permitan las leyes federales o estatales. Proporcionaremos beneficios, en exceso de su otra cobertura de Seguro de Automóvil, contra Accidentes o de Responsabilidad Civil, si el costo de sus servicios para cuidado de la salud excede dicha cobertura. **Usted tiene la obligación de cooperar con nosotros para obtener el pago de la compañía de seguros en que adquirió su cobertura del Seguro de Automóvil, contra Accidentes o de Responsabilidad Civil. Su falta de cooperación podría resultar en la cancelación de su membresía en el plan.**

Sección 8 Hechos que escapan a nuestro control

Si, debido a una catástrofe natural, guerra, disturbio, insurrección civil, destrucción parcial o total de un centro, ordenanza, ley o decreto de una agencia gubernamental o cuasi gubernamental, disputa laboral (cuando dicha disputa no dependa de nosotros), o cualquier otra emergencia o evento similar que no esté bajo nuestro control, los proveedores de la red no pudieran hacer los arreglos necesarios para proporcionar o no pudieran prestar los servicios de salud conforme a esta Evidencia de Cobertura y Divulgación de Información, entonces intentaremos hacer los arreglos necesarios para proporcionar los servicios cubiertos en la medida en que sea posible según nuestro mejor criterio. Ni nosotros ni ningún proveedor de la red tendremos ninguna responsabilidad u obligación por no prestar o demorarse en prestar o hacer los arreglos necesarios para prestar los servicios cubiertos, si dicha demora es el resultado de alguna de las circunstancias anteriormente descritas.

Sección 9 Los proveedores médicos y hospitales de la red contratantes son contratistas independientes

La relación entre nosotros y los proveedores y hospitales de nuestra red es una relación de contratista independiente. Ninguno de los proveedores u hospitales de la red, ni sus médicos o empleados, son empleados o agentes de UnitedHealthcare Insurance Company ni de ninguna de sus compañías afiliadas. Un agente sería cualquier persona o entidad autorizada a actuar en nuestro nombre. Ni nosotros ni ninguno de los empleados de UnitedHealthcare Insurance Company o de una de sus compañías afiliadas somos empleados o agentes de los proveedores de la red u hospitales de la red.

Sección 10 Evaluación de tecnologías

Revisamos periódicamente los nuevos procedimientos, dispositivos y medicamentos para determinar si son seguros y eficaces para nuestros miembros. Los nuevos procedimientos y tecnologías que sean seguros y eficaces cumplen los requisitos para convertirse en Servicios Cubiertos. Si la tecnología se convierte en un Servicio Cubierto, estará sujeta a todos los términos y las condiciones del plan, incluso la necesidad médica y los copagos, coseguros, deducibles y otras contribuciones de pago del miembro que correspondan.

Para determinar si cubriremos un servicio, usamos pautas patentadas para la evaluación de tecnologías para analizar nuevos dispositivos, procedimientos y medicamentos, incluso los que están relacionados con la salud del comportamiento o con la salud mental. Cuando una necesidad clínica requiere una determinación rápida de la seguridad y la eficacia de una nueva tecnología o de una nueva aplicación de una tecnología existente para un miembro en particular, uno de nuestros Directores Médicos toma una determinación de necesidad médica en base a la documentación médica del miembro en particular, el análisis de evidencias científicas publicadas y, cuando corresponda, la opinión profesional o especializada pertinente de una persona con experiencia en esa tecnología.

Sección 11 Declaraciones del miembro

Ante la ausencia de fraude, todas las declaraciones que usted haga se considerarán declaraciones y no garantías. Ninguna de esas declaraciones anulará la cobertura ni reducirá los servicios cubiertos conforme a esta Evidencia de Cobertura ni tampoco se usará como defensa de una acción legal, a menos que esté expresada en una solicitud por escrito.

Sección 12 Información disponible a solicitud

Como miembro del plan, usted tiene derecho a solicitar información sobre lo siguiente:

- Información general de la cobertura e información comparativa del plan
- Procedimientos para controlar la utilización
- Programas para el mejoramiento de la calidad
- Datos estadísticos de quejas formales y apelaciones
- La situación financiera de UnitedHealthcare Insurance Company o de una de sus compañías afiliadas

Sección 13 Comunicación de parte de un Miembro de Casos de Fraude y Abuso en el Año 2023

Comunicación de parte de un Miembro de Casos de Fraude y Abuso en el Año 2023
Cómo puede combatir el fraude en el cuidado de la salud
Nuestra compañía se ha impuesto el compromiso de prevenir el fraude, el desperdicio y el abuso en los programas de beneficios de Medicare y, para eso, le pedimos su ayuda. Si identifica un posible caso de fraude, le pedimos que nos lo avise inmediatamente.

Estos son algunos ejemplos de posibles casos de fraude relacionados con Medicare:

- Un proveedor de cuidado de la salud - como un médico, una farmacia o una compañía de dispositivos - le factura servicios que usted nunca recibió;
- Un proveedor le factura un equipo diferente al que usted recibió;
- Alguien usa la tarjeta de Medicare de otra persona para obtener cuidado médico, medicamentos con receta, suministros o equipos;
- Alguien factura por un equipo médico de uso en el domicilio después de que ese equipo ya se devolvió;
- Una compañía ofrece un plan de salud o de medicamentos de Medicare que no ha sido aprobado por Medicare; o
- Una compañía usa información falsa para inducirle de manera engañosa a inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare.

Para denunciar un posible caso de fraude en un programa de beneficios de Medicare, llame a Servicio al Cliente de MedicareMax Plus (HMO D-SNP) al 1-800-407-9069 (TTY 711), 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana.

Esta línea telefónica especial le permite denunciar casos de manera anónima y confidencial. Haremos todo lo posible por mantener su confidencialidad. Sin embargo, si se debe involucrar a un organismo responsable de hacer cumplir la ley, no podremos garantizar su confidencialidad. Tenga la certeza que nuestra organización no tomará ninguna acción en contra de usted por hacer denuncias de buena fe sobre un posible caso de fraude.

También puede denunciar posibles casos de fraude en servicios médicos o en medicamentos con receta ante el Contratista de Integridad de Medicamentos de Medicare (Medicare Drug Integrity Contractor, MEDIC) llamando al 1-877-7SafeRx (1-877-772-3379), o directamente ante el programa de Medicare llamando al (1-800-633-4227). El número de fax de Medicare es 1-717-975-4442 y el sitio web es es.medicare.gov.

Sección 14 Compromiso de las Decisiones de Cobertura

Los médicos y el personal de servicios clínicos de UnitedHealthcare toman decisiones sobre los servicios para el cuidado de la salud que usted recibe en función de la idoneidad del cuidado y del servicio, y de la existencia de cobertura. Los médicos y el personal clínico que toman estas decisiones: 1. No son recompensados específicamente por denegar cobertura; 2. No ofrecen incentivos a médicos ni a ningún otro profesional de cuidado de la salud para animar la subutilización inapropiada de cuidado o de servicios; y 3. No contratan, promueven ni despiden a médicos ni a ninguna otra persona basando su decisión en la probabilidad, o la aparente probabilidad, de que la persona en cuestión apoyará o tendrá tendencia a apoyar la denegación de beneficios.

Sección 15 Términos y Condiciones del programa Renew Active™

Requisitos de Participación

- Solamente los miembros inscritos en un Plan de Medicare participante asegurado por UnitedHealthcare Insurance Company (“UnitedHealthcare") y sus compañías afiliadas cumplen los requisitos del programa Renew Active (el “Programa”), lo que incluye, entre otros, acceso a una membresía estándar en un programa de acondicionamiento físico en gimnasios y centros de acondicionamiento físico participantes, proveedores de servicios cognitivos o de acondicionamiento físico por Internet, comunidades digitales, eventos, clases y descuentos en la entrega de comida, sin costo adicional.
- Al inscribirse en el Programa, usted acepta y se ve obligado a cumplir con los Términos y Condiciones del programa Renew Active.

Requisitos de Inscripción

- La membresía y la participación en el Programa son voluntarias.

- Para inscribirse en el Programa debe seguir las instrucciones que se indican en este sitio web. Una vez que esté inscrito, debe obtener su código de confirmación y usarlo al momento de inscribirse en cualquiera de los servicios del Programa. Presente su código de confirmación cuando visite un gimnasio o centro de acondicionamiento físico participante para recibir acceso de membresía estándar sin costo adicional, al registrarse con proveedores de servicios cognitivos o de acondicionamiento físico por Internet, al inscribirse en la Comunidad Fitbit® para Renew Active y para tener acceso a los descuentos. Tenga en cuenta que, al usar su código de confirmación, usted elige divulgar que es miembro del programa Renew Active con un plan de Medicare de UnitedHealthcare participante.
- La inscripción en el Programa es individual y la tarifa de la membresía mensual del Programa que no se cobra por servicios de membresía estándar en gimnasios y centros de acondicionamiento físico participantes se aplica únicamente a las membresías individuales.
- Usted es responsable de todos y cada uno de los servicios no cubiertos o de productos y servicios de tarifas similares ofrecidos por los proveedores de servicios del Programa (lo que incluye, entre otros, gimnasios o centros de acondicionamiento físico, ofertas de acondicionamiento físico digital, proveedores de servicios cognitivos digitales, Fitbit y otras ofertas de servicios por terceros disponibles a través del Programa). Estas tarifas incluyen, entre otras, las tarifas asociadas con sesiones de entrenamiento personal, clases especializadas, niveles mejorados de membresía en centros más allá del nivel de membresía estándar o básica y la entrega de comida.

El equipo, las clases, los planes de acondicionamiento físico personalizados, el acceso para los cuidadores y los eventos de la membresía en el programa de acondicionamiento físico pueden variar según el sitio. El acceso a la red de gimnasios y centros de acondicionamiento físico puede variar según el sitio y el plan.

Exención de Responsabilidad

- Siempre busque el consejo de un médico antes de empezar un programa de ejercicios o de hacer cambios en su estilo de vida o en su rutina de cuidado de la salud.
- Ciertos servicios, descuentos, clases, eventos y ofertas de acondicionamiento físico por Internet son proporcionados por compañías afiliadas de UnitedHealthcare o por terceros que no están afiliados a UnitedHealthcare. La participación en estos servicios de terceros está sujeta a la aceptación de sus términos y normas correspondientes. UnitedHealthcare y sus correspondientes subsidiarias no son responsables de los servicios ni de la información proporcionada por terceros. La información proporcionada a través de estos servicios es para su conocimiento solamente y no sustituye el consejo de un médico. UnitedHealthcare y sus correspondientes subsidiarias y compañías afiliadas no avalan, ni son responsables de, los servicios ni la información proporcionada por terceros, ni el contenido de cualquier sitio web vinculado, tampoco de lesiones que usted pueda sufrir mientras participa en cualquiera de las actividades del Programa.

Requisitos Adicionales

- Antes de inscribirse, usted debe verificar que el gimnasio, el centro de acondicionamiento físico o el proveedor de servicios en particular participe en el Programa.

- Si el proveedor de servicios del Programa que utiliza, incluso un gimnasio o centro de acondicionamiento físico, deja de participar en el Programa, su participación en el Programa y la tarifa por membresía mensual que no se cobra con dicho proveedor de servicios a través del Programa se interrumpirán hasta que usted se inscriba en otro servicio ofrecido por un proveedor de servicios participante. Usted será responsable de pagar las tarifas de membresía estándar de dicho proveedor de servicios si elige seguir recibiendo servicios de un proveedor de servicios una vez que el proveedor de servicios deje de participar en nuestro Programa. Si desea cancelar la membresía con dicho proveedor de servicios, puede hacerlo según las normas de cancelación del proveedor de servicios en particular, incluso el gimnasio o centro de acondicionamiento físico correspondiente. Usted debe revisar sus derechos de cancelación con un proveedor de servicios al momento que elija inscribirse con dicho proveedor de servicios.

Requisitos de Datos

- Optum (el administrador del Programa) o su proveedor de servicios recopilarán y enviarán o recibirán electrónicamente la información personal mínima requerida para facilitar el Programa según los requisitos de las leyes vigentes, incluso las leyes de privacidad. Tal información personal requerida incluye, entre otros, el código de confirmación del programa, la ID de membresía del gimnasio, centro de acondicionamiento físico o proveedor, el año y el mes de actividad y la cantidad mensual de visitas. Al inscribirse en el Programa, usted autoriza a Optum a solicitar, y a cada proveedor de servicios a proporcionar, dicha información personal.

©2021 United HealthCare Services, Inc. Todos los derechos reservados.

Sección 16 Términos y Condiciones de Fitbit®

El uso por parte suya de un servicio o dispositivo de Fitbit es voluntario. Si sufre de una condición médica o cardíaca, debe consultar a su médico antes de utilizar el Servicio de Fitbit, de participar en un programa de ejercicios o de modificar su dieta. La disponibilidad del beneficio de Fitbit varía según el plan o el mercado. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4 para obtener información detallada. Fitbit, el logotipo de Fitbit y marcas o logotipos relacionados son marcas comerciales de Google LLC o de sus compañías afiliadas.

Capítulo 12

Definición de palabras importantes

Capítulo 12

Definiciones de palabras importantes

Centro de Cirugía Ambulatoria – Entidad que opera exclusivamente con el fin de suministrar servicios de cirugía para pacientes ambulatorios que no requieren ser hospitalizados y cuya estadía en el centro no es mayor de 24 horas.

Apelación – Lo que usted presenta si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar una solicitud de cobertura de servicios para el cuidado de la salud o de medicamentos con receta, o de denegar el pago de servicios o medicamentos que ya recibió. Usted también puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de suspender los servicios que está recibiendo.

Periodo de beneficios – Es la forma como Medicare Original cuantifica el uso que usted hace de los servicios de hospitales y de centros de enfermería especializada (SNF). Un periodo de beneficios comienza el día en que usted ingresa a un hospital o a un centro de enfermería especializada. El período de beneficios termina cuando usted no ha recibido ningún cuidado hospitalario como paciente hospitalizado (o ningún cuidado especializado en un centro de enfermería especializada) por 60 días consecutivos. Si lo internan en un hospital o en un centro de enfermería especializada después de que ha terminado un periodo de beneficios, comienza entonces un nuevo período de beneficios. Usted debe pagar el deducible correspondiente al cuidado hospitalario como paciente hospitalizado por cada periodo de beneficios. El número de períodos de beneficios es ilimitado.

Medicamento de marca – Es un medicamento recetado que es fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que lo investigó y desarrolló desde el principio. Los medicamentos tienen en su formulación los mismos principios activos que la versión genérica. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y normalmente están disponibles una vez que haya vencido la patente del medicamento de marca.

Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores – Etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D en la que usted paga un copago o coseguro bajo por sus medicamentos una vez que usted, u otra persona calificada en nombre de usted, hayan gastado $7,400 en medicamentos cubiertos durante el año de cobertura.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) – Es la agencia federal que administra el programa Medicare.

Plan para Personas con Necesidades Especiales por Condiciones Crónicas (Chronic-Care Special Needs Plan, C-SNP) – los C-SNP son Planes para Personas con Necesidades Especiales que limitan la inscripción solamente a personas con necesidades especiales que tienen condiciones crónicas graves o incapacitantes específicas, según se define en el Código de Reglamentos Federales (Code of Federal Regulations, CFR) 42, 422.2. Un C-SNP debe ofrecer atributos específicos que superen la prestación de servicios básicos de la Parte A y la Parte B de Medicare y la coordinación del cuidado de la salud que se exige de todos los Planes de Cuidado Coordinado de Medicare Advantage, para recibir la designación especial y las adaptaciones de marketing e inscripción proporcionadas a los C-SNP.

Ensayo Clínico - Es un método con el cual los médicos y los científicos ponen a prueba nuevas terapias de cuidado médico, por ejemplo, qué tan bien funciona un medicamento nuevo para el cáncer. Para realizar estos estudios se solicita la participación de voluntarios para probar los nuevos medicamentos o procedimientos de cuidados médicos. Un ensayo clínico es una de las etapas finales del proceso de investigación que ayuda a médicos y científicos a determinar si un nuevo método de tratamiento funciona y si es seguro.

Coseguro – Cantidad que posiblemente tenga que pagar, la cual se expresa como un porcentaje (por ejemplo, 20%) como su parte del costo de los servicios o los medicamentos con receta. El coseguro para los servicios dentro de la red se basa en tarifas negociadas contractualmente (cuando están disponibles para el servicio cubierto específico para el cual se aplica el coseguro) o en el Costo Permitido por Medicare, según nuestros acuerdos contractuales para el servicio.

Compendios – Fuentes de referencia reconocidas por Medicare que contienen información sobre los medicamentos y las indicaciones médicamente aceptadas para la cobertura de la Parte D.

Queja – El nombre formal para "presentar una queja" es "presentar una queja formal". El proceso para presentar quejas se usa solamente para ciertos tipos de problemas. Se incluyen problemas relacionados con la calidad del cuidado, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También se incluyen quejas si su plan no respeta los plazos del proceso de apelación.

Centro para Rehabilitación Integral de Pacientes Ambulatorios – Es un centro que principalmente proporciona servicios de rehabilitación después de haber tenido una enfermedad o lesión, entre ellos, fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y patología del lenguaje y servicios de evaluación del entorno hogareño.

Copago – Cantidad que posiblemente tenga que pagar como su parte del costo de un suministro o servicio médico, como una visita al médico, una visita al hospital como paciente ambulatorio, o un medicamento con receta. El copago es una cantidad fija (por ejemplo $10), no es un porcentaje.

Costo Compartido – Costo compartido se refiere a lo que un miembro debe pagar al recibir servicios o medicamentos. (Esto es adicional a la prima mensual del plan.) El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) el deducible que un plan puede imponer antes de cubrir servicios o medicamentos; (2) el "copago" fijo que un plan requiere cuando se recibe un servicio o medicamento específico; o (3) el "coseguro", un porcentaje del total que se paga por un servicio o medicamento, que un plan requiere cuando se recibe un servicio o medicamento específico.

Determinación de cobertura – Es una decisión con respecto a un medicamento recetado cubierto por el plan y la cantidad, de haberla, que usted debe pagar por él. Por lo general, una determinación de cobertura no ocurre cuando usted va a una farmacia para surtir una receta le indican que lo recetado no está cubierto por su plan. Por lo tanto, para obtener una decisión formal de su cobertura, usted debe llamar o escribir al plan y solicitarla. En esta guía, a las determinaciones de cobertura se les llama "decisiones de cobertura". En este documento, las determinaciones de cobertura se llaman "decisiones de cobertura".

Medicamentos cubiertos – Son todos los medicamentos con receta cubiertos por el plan.

Servicios Cubiertos – Término que usamos en esta **Evidencia de Cobertura** para referirnos a todos los suministros y servicios para el cuidado de la salud que están cubiertos por nuestro plan.

Cobertura de Medicamentos con Receta Acreditable – Cobertura de medicamentos con receta

(por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que, como mínimo, la cobertura pague, en promedio, tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando comienzan a cumplir los requisitos de Medicare generalmente pueden mantener esa cobertura sin pagar una multa, si deciden inscribirse en una cobertura de medicamentos con receta de Medicare más adelante.

Cuidado de Custodia – Es el cuidado personal prestado en un asilo de convalecencia, en un centro de cuidados paliativos o en otro tipo de centros si usted no necesita cuidado médico o cuidado de enfermería especializados. El cuidado de custodia, proporcionado por una persona que no tiene capacitación o especialización profesional, incluye la ayuda en las actividades de la vida diaria, por ejemplo, bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse o levantarse de la cama, sentarse o pararse de una silla, desplazarse y usar el baño. También puede incluir el tipo de cuidados relacionados con la salud que la mayoría de la gente realiza por sí misma, como poner gotas en los ojos. Medicare no cubre el costo del cuidado de custodia.

Servicio al Cliente – Departamento dentro de nuestro plan que se encarga de responder sus preguntas sobre membresía, beneficios, quejas formales y apelaciones.

Tarifa diaria de costo compartido - Es la tarifa que se aplica cuando el médico receta una cantidad menor que el suministro para un mes completo de ciertos medicamentos y cuando usted paga el copago. La tarifa diaria de costo compartido es la cantidad de copago dividida entre el número de días de un suministro mensual. Por ejemplo: Si su copago por un suministro de un mes de un medicamento es de $30, y un suministro de un mes en su plan es de 30 días, su "costo compartido diario" es de $1 por día.

El Costo Compartido Diario se aplica solamente si el medicamento se presenta en una dosis oral sólida (p. ej., una tableta o cápsula) cuando se surte un suministro de menos de un mes conforme a la ley vigente. Los requisitos de la tarifa diaria de costo compartido no se aplican a ninguno de los siguientes casos:

1. Antibióticos en dosis orales sólidas.
2. Dosis orales sólidas que se suministran en su recipiente empaque original para ayudar a los pacientes con el cumplimiento.

Deducible – Cantidad que usted debe pagar por el cuidado de la salud o los medicamentos con receta antes de que nuestro plan pague.

Cancelar la Inscripción o Cancelación de la Inscripción – Proceso para terminar su membresía en nuestro plan.

Cargo de Suministro – Tarifa que se cobra cada vez que se suministra un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir una receta, como el tiempo que le lleva al farmacéutico preparar y envasar el medicamento con receta.

Persona con elegibilidad doble – Es la persona que cumple los requisitos para recibir cobertura tanto de Medicare como de Medicaid.

Plan para Personas con Necesidades Especiales que Tienen Elegibilidad Doble (Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP) – Los D-SNP inscriben a personas que tienen derecho tanto a Medicare (título XVIII de la Ley del Seguro Social) como a la asistencia médica de un plan estatal de Medicaid (título XIX). Los estados cubren algunos de los costos de Medicare, según el estado y los requisitos de participación de la persona.

Equipo Médico Duradero – Es el equipo médico que el doctor receta por razones médicas. Por ejemplo, caminadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchón motorizado, suministros para personas diabéticas, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital solicitadas por el proveedor para que los miembros del plan las usen en su propio domicilio.

Emergencia – Una emergencia médica se da cuando usted, o cualquier persona prudente con conocimientos promedio de salud y medicina, creen que usted tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir la muerte (y, si se trata de una mujer embarazada, la pérdida de un feto), la pérdida de una extremidad o de la funcionalidad de una extremidad o la pérdida de, o una limitación grave en, una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor grave o una condición médica que empeora rápidamente.

Cuidado de Emergencia – Servicios cubiertos que son: 1) prestados por un proveedor calificado para prestar servicios para emergencias; y 2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia.

Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) y Divulgación de Información – Es el documento que, junto con su Solicitud de Inscripción y los adjuntos, las cláusulas adicionales u otra cobertura opcional que haya elegido, explica su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que usted debe hacer como miembro de nuestro plan.

Excepción – Una decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está en nuestro formulario (una excepción al formulario), o que le permite obtener un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido más bajo (una excepción de nivel). Usted puede solicitar una excepción, si nuestro plan requiere que pruebe primero otro medicamento antes de recibir el medicamento que usted desea o si nuestro plan limita la cantidad o dosis del medicamento que usted solicita (una excepción al formulario).

Programa Ayuda Adicional – Programa de Medicare o de un estado que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como las primas, los deducibles y los coseguros.

Medicamento genérico – Es un medicamento recetado que ha sido aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos que contiene los mismos principios activos que un medicamento de marca. Generalmente, un medicamento genérico funciona de igual manera que un medicamento de marca, pero por lo general cuesta menos.

Queja Formal – Tipo de queja que usted puede presentar sobre nuestro plan, los proveedores o las farmacias, incluso una queja relacionada con la calidad del cuidado que ha recibido. Esto no incluye disputas sobre la cobertura o el pago de servicios.

Auxiliar de Asistencia Médica a Domicilio – Persona que presta servicios para los que no se necesita la especialización de una enfermera o terapeuta con licencia, como la ayuda con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o realizar los ejercicios indicados).

Cuidado de la Salud a Domicilio – Es el cuidado de enfermería especializada y otros servicios de cuidado de la salud que usted recibe en su domicilio para el tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos aparecen en la Tabla de Beneficios, en la Sección 2.1 del Capítulo

4, bajo el título “Agencia de cuidado de la salud a domicilio.” Si necesita servicios de cuidado de la salud a domicilio, el plan cubrirá estos servicios, siempre y cuando se cumplan los requisitos de cobertura de Medicare. Estos cuidados pueden incluir los servicios de un **auxiliar de cuidado de salud a domicilio,** si los servicios son parte del plan de cuidado de la salud a domicilio que se utiliza para el cuidado de su enfermedad o lesión. Estos cuidados no o están cubiertos, a menos que los proporciones un profesional capacitado como parte de un servicio que sí está cubierto. Los servicios de cuidado de la salud a domicilio no incluyen los servicios de limpieza de la casa, los arreglos necesarios para obtener servicio de alimentos ni tampoco incluyen el cuidado de enfermería a domicilio de tiempo completo.

Cuidados Paliativos – Un beneficio que proporciona un tratamiento especial a un miembro que ha sido médicamente certificado con una enfermedad terminal, lo que significa que tiene una expectativa de vida de 6 meses o menos. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de los centros de cuidados paliativos en su zona geográfica. Si elige un centro de cuidados paliativos y continúa pagando las primas, usted seguirá siendo miembro de nuestro plan. Puede seguir recibiendo todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Cuidados Paliativos – Una forma especial de dar cuidado a pacientes con enfermedades terminales y de proveer asesoramiento a sus familiares. Los cuidados paliativos incluyen el cuidado en sí y el asesoramiento. Los servicios son proporcionados por un equipo de personas que forman parte de una agencia pública o una compañía privada que han sido certificadas por Medicare. Dependiendo de la situación, este cuidado puede ser proporcionado a domicilio, en un centro de cuidados paliativos, en un hospital o en un asilo de convalecencia. Los cuidados paliativos tienen el propósito de ayudar a los pacientes durante sus últimos meses de vida, aliviando el dolor y dando bienestar. El enfoque se centra en dar cuidado al paciente, no en lograr su curación. Para obtener más información acerca de los cuidados paliativos, descargue el folleto Medicare y los Beneficios de Hospicio en www.medicare.gov. O bien, llame al 1-800-633-4227. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Estadía como Paciente Hospitalizado – Es una estadía en un hospital cuando usted ha sido internado formalmente para recibir servicios médicos especializados. Aunque usted sea admitido en el hospital por una noche, es muy probable que se le considere paciente ambulatorio y no paciente hospitalizado.

Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA) – Si sus ingresos brutos en su declaración de impuestos de los últimos 2 años (una vez que han sido ajustados y modificados), son mayores que una cantidad determinada, usted pagará la prima estándar y, además, un Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA), al que también se le llama IRMAA. IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Menos del 5 % de las personas que tienen Medicare se ven afectadas, así que la mayoría no pagará una prima más alta.

Límite de Cobertura Inicial – Límite máximo de la cobertura durante la Etapa de Cobertura Inicial.

Etapa de cobertura inicial -Es la etapa antes de que los gastos totales de los medicamentos, incluidas las cantidades que usted o el plan ha pagado en su nombre los gastos de su bolsillo durante año alcancen $4,660.

Período de Inscripción Inicial – Es el plazo que tiene para inscribirse en la Parte A y en la Parte B de Medicare tan pronto como cumpla los requisitos de participación en Medicare por primera vez. Si cumple los requisitos de la Parte B al cumplir 65 años, el periodo de inscripción inicial es un plazo de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que usted cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y termina 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Plan Institucional para Personas con Necesidades Especiales (Special Needs Plan, SNP) – Plan que inscribe a personas que cumplen los requisitos y que viven continuamente, o se espera que vivan continuamente, durante 90 días o más en un centro de cuidado a largo plazo (long-term care, LTC). Estos centros de cuidado a largo plazo pueden incluir un centro de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF); un centro de enfermería (nursing facility, NF) o ambos (SNF/NF); un Centro de Cuidado Intermedio para Personas con Discapacidades Intelectuales (Intermediate Care Facility for Individuals with Intellectual Disabilities, ICF/IID); un centro psiquiátrico para pacientes hospitalizados, o centros aprobados por CMS que prestan servicios para el cuidado a largo plazo similares que están cubiertos por la Parte A de Medicare, la Parte B de Medicare o Medicaid; y cuyos residentes tienen necesidades y un estado de cuidado de la salud similares a los de los otros tipos de centros mencionados. Un Plan Institucional para Personas con Necesidades Especiales debe tener un acuerdo contractual con (o ser dueño y operar) los centros de cuidado a largo plazo específicos.

Plan Institucional Equivalente para Personas con Necesidades Especiales (Special Needs Plan, SNP) – Plan que inscribe a personas que cumplen los requisitos y viven en la comunidad, pero que requieren un nivel de cuidado institucional basado en la evaluación realizada por el estado. La evaluación debe realizarse utilizando la misma herramienta de evaluación del nivel de cuidado del estado correspondiente y debe ser administrada por una entidad que no sea la organización que ofrece el plan. Este tipo de Plan para Personas con Necesidades Especiales puede limitar la inscripción solamente a personas que viven en una residencia de vivienda asistida (assisted living facility, ALF) contratada, si es necesario para asegurar la prestación uniforme del cuidado especializado.

Lista de medicamentos cubiertos o Formulario – Es la lista de medicamentos con receta cubiertos por el plan.

Subsidio para Personas de Bajos Ingresos (Low Income Subsidy, LIS) – Consulte Programa “Ayuda Adicional”.

Cantidad máxima de gastos de su bolsillo – Es la cantidad máxima que usted paga de gastos de su bolsillo durante el año calendario dentro de la red por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. La cantidad que usted paga por las primas de su plan , las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y los medicamentos con receta no se contabilizan para alcanzar la cantidad máxima de gastos de su bolsillo. (Nota: Ya que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, rara vez alguno de ellos alcanza este máximo de gastos de su bolsillo.) Para obtener más información, consulte la Sección 1.2 del Capítulo 4.

Medicaid o Asistencia Médica – Programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda a pagar los costos médicos de algunas personas de bajos ingresos y recursos limitados. Los

programas estatales de Medicaid varían, pero la mayoría de los costos de cuidado de la salud están cubiertos si califica para Medicare y Medicaid.

Emergencia médica - Es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento común de la salud y de la medicina, piensa que usted presenta síntomas que requieren cuidado médico inmediato para prevenir la muerte, la pérdida de o la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una lesión, un dolor intenso, enfermedad o una condición médica que empeora rápidamente.

Indicación médicamente aceptada – Uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o que está respaldado por fuentes de referencia específicas.

Médicamente Necesario – Es la necesidad de usar servicios, suministros o medicamentos para prevenir, diagnosticar o tratar una condición médica que cumple los criterios aceptados de la profesión médica.

Medicare – Programa federal de seguro de salud para personas mayores de 65 años, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con Enfermedad Renal en Etapa Terminal (generalmente personas con insuficiencia renal permanente que requieren diálisis o trasplante de riñón).

Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage – Período del 1 de enero al 31 de marzo en el que los miembros de un Plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage, u obtener cobertura a través de Medicare Original. Si decide cambiarse a Medicare Original durante este período, usted también puede inscribirse en un plan aparte para medicamentos con receta de Medicare en ese momento. El Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage también está disponible por un período de 3 meses después de que una persona cumple los requisitos de Medicare por primera vez.

Plan Medicare Advantage (MA) – En ocasiones se le llama Parte C de Medicare. Es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene contrato con Medicare para proporcionarle a usted todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un Plan Medicare Advantage puede ser i) un plan de una Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO), ii) un plan de una Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO), iii) un plan Privado de Tarifa por Servicio (Private Fee-for-Service, PFFS) o iv) un plan de Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos (Medical Savings Account, MSA) de Medicare. Además de elegir de estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Plan para Personas con Necesidades Especiales (Special Needs Plan, SNP). En la mayoría de los casos, los Planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos con receta). A estos planes se les llama **Planes Medicare Advantage con cobertura de Medicamentos con Receta**.

Costo Permitido por Medicare – Costo máximo de un servicio para que pueda ser reembolsado por Medicare Original.

Asignación de Medicare – En Medicare Original, un médico o proveedor “acepta la asignación” si acepta la cantidad aprobada por Medicare como pago total de los servicios cubiertos.

Programa de descuento para la Etapa Sin Cobertura de Medicare – Programa que ofrece descuentos en la mayoría de los medicamentos de marca de la Parte D cubiertos a los miembros inscritos en la Parte D que han alcanzado la Etapa Sin Cobertura y que aún no reciben el programa

"Ayuda Adicional". Los descuentos se establecen mediante acuerdos alcanzados entre el gobierno federal y ciertos fabricantes de medicamentos.

Servicios Cubiertos por Medicare – Servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. El término Servicios Cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, tales como los servicios para la vista, los servicios dentales o los servicios para la audición, que el plan Medicare Advantage puede ofrecer.

Plan de Salud de Medicare – Plan de salud de Medicare ofrecido por una compañía privada que tiene contrato con Medicare para proporcionar los beneficios de la Parte A y la Parte B a los beneficiarios de Medicare que se inscriban en el plan. Este término incluye todos los Planes Medicare Advantage, los Planes de Costos de Medicare, los Planes para Personas con Necesidades Especiales, los Programas Piloto o de Demostración y los Programas de Cuidado Todo Incluido para Ancianos (PACE).

Cobertura de Medicamentos con Receta de Medicare (Parte D de Medicare) – Seguro que ayuda a pagar medicamentos con receta para pacientes ambulatorios, vacunas, productos biológicos y algunos suministros que no cubre la Parte A ni la Parte B de Medicare.

Póliza "Medigap" o Seguro Complementario de Medicare – Es una póliza de seguro de salud comercializado por compañías de seguros privadas para proporcionar cobertura de los servicios que no proporciona la cobertura de Medicare Original. Las pólizas Medigap solamente funcionan con la cobertura Medicare Original. (Los planes Medicare Advantage no son pólizas Medigap.)

Miembro (Miembro de nuestro plan o "Miembro del Plan") – Beneficiario de Medicare que cumple los requisitos para recibir servicios cubiertos, se ha inscrito en nuestro plan, y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Red – Son todos los médicos y otros profesionales de cuidado de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros o proveedores de cuidado médico que tienen un contrato con el plan para proporcionar servicios cubiertos a nuestros miembros. Todos ellos aceptan el pago total por sus servicios y el costo compartido correspondiente de parte del plan. (Consulte la Sección 3.2 del Capítulo 1).

Farmacia de la red – Farmacia que tiene contrato con nuestro plan en la que los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos con receta. En la mayoría de los casos, sus medicamentos con receta tienen cobertura solamente si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

Proveedor de la Red – "Proveedor" es el término general para médicos, otros profesionales de cuidado de la salud, hospitales y otros centros de cuidado de la salud con licencia o certificación de Medicare y del estado para prestar servicios para el cuidado de la salud. "Los proveedores de la red" tienen un acuerdo con nuestro plan de aceptar lo que pagamos como pago total, y en algunos casos, coordinar además de prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se llaman "proveedores del plan."

Determinación de la Organización – Decisión que nuestro plan toma cuando decide si los artículos o servicios que tienen o no tienen cobertura, o cuánto debe pagar usted por los artículos o servicios cubiertos. En este documento, las determinaciones de la organización se llaman "decisiones de cobertura".

Medicare Original (“Medicare Tradicional” o “Medicare de Tarifa por Servicio”) – El plan Medicare Original lo ofrece el gobierno, no es un plan de salud privado como, por ejemplo, los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. Es el Congreso quien establece el monto de los pagos que realiza Medicare Original para pagar el costo de los servicios de Medicare que proporcionan médicos, hospitales y otros proveedores de cuidado de la salud. Usted puede acudir a cualquier médico, hospital u otro proveedor de cuidado de la salud que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare cubre la parte que le corresponde pagar de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga su parte. Medicare Original consiste de dos partes: Parte A (seguro hospitalario) y Parte B (seguro médico) y está disponible en todas partes de los Estados Unidos.

Farmacia Fuera de la Red – Farmacia que no tiene contrato con nuestro plan para coordinar o suministrar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que obtiene en las farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Proveedor Fuera de la Red o Centro Fuera de la Red – Proveedor o centro que no tiene contrato con nuestro plan para coordinar o prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan.

Gastos de su Bolsillo – Consulte la definición de “costo compartido”. Los “gastos de su bolsillo” del miembro son la cantidad que el miembro tiene la obligación de pagar como su parte del costo de los servicios o medicamentos recibidos.

Plan del Programa de Cuidado Todo Incluido para Ancianos (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE) – Plan que combina servicios médicos, sociales y para el cuidado a largo plazo para personas frágiles para ayudarles a mantener su independencia y vivir en su comunidad (en lugar de mudarse a un asilo de convalecencia) durante el mayor tiempo posible y, a su vez, recibir el cuidado de alta calidad que necesitan. Las personas inscritas en el programa PACE reciben sus beneficios de Medicare y de Medicaid a través del plan. El programa PACE no está disponible en todos los estados. Si desea saber si el programa PACE está disponible en su estado, comuníquese con Servicio al Cliente.

La Parte C – Consulte **“Plan Medicare Advantage (MA)”.**

Parte D – Programa de Beneficios de Medicamentos con Receta de Medicare voluntario.

Medicamentos de la Parte D – Medicamentos que tienen cobertura mediante la Parte D. Es posible que no ofrezcamos todos los medicamentos de la Parte D. El Congreso excluyó ciertas categorías de medicamentos de la cobertura de medicamentos de la Parte D. Cada plan debe ofrecer cobertura para ciertas categorías de medicamentos de la Parte D.

Multa por Inscripción Tardía en la Parte D – Cantidad que se agrega a la prima mensual de su cobertura de medicamentos de Medicare si usted ha estado sin cobertura acreditable (una cobertura que se espera que pague como mínimo, en promedio, tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare) durante un período de 63 días consecutivos o más después de que usted cumple los requisitos por primera vez para inscribirse en un plan de la Parte D. Si pierde el programa Ayuda Adicional, es posible que esté sujeto a una multa por inscripción tardía si continúa durante 63 días consecutivos o más sin otra cobertura de medicamentos con receta acreditable o de la Parte D.

Prima – Es la cantidad que se paga periódicamente a Medicare, a una compañía de seguros o a

un plan de cuidado de la salud por la cobertura de salud o de medicamentos con receta.

Proveedor de cuidado primario (Primary Care Provider, PCP) – Es el médico u otro proveedor a quien usted consulta primeramente para la mayor parte de sus problemas de salud. Con muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar a su proveedor de cuidado primario antes de consultar a cualquier otro médico.

Preautorización – En el caso de los servicios médicos, significa un proceso en el cual el Proveedor de Cuidado Primario o el proveedor que proporciona el tratamiento debe recibir la preaprobación antes de que ciertos servicios médicos sean prestados o pasen a ser pagaderos. En el caso de ciertos medicamentos significa un proceso en el que usted o su proveedor deben recibir la preaprobación antes de que ciertos medicamentos sean proporcionados o pasen a ser pagaderos. Los servicios cubiertos que necesitan preautorización se indican en la Tabla de Beneficios Médicos del Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que requieren preautorización están indicados en el formulario.

Prótesis y Ortesis – Dispositivos médicos que incluyen, entre otros, abrazaderas ortopédicas para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte interna o una función del cuerpo, incluso los suministros para ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Proveedor – Médico u otro proveedor a quien usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar a su proveedor de cuidado primario antes de consultar a cualquier otro proveedor de cuidado de la salud.

Organización para el Mejoramiento de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO) – Grupo de médicos y otros expertos en el cuidado de la salud que reciben pago del gobierno federal para verificar y mejorar el cuidado que reciben los pacientes de Medicare.

Límites de cantidad – es una herramienta administrativa diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados tomando en cuenta su calidad, seguridad o razón de utilización. Los límites pueden referirse a la cantidad de medicamento que cubre el plan por cada receta o a un periodo de tiempo específico.

Referencia – Es una la recomendación formal de parte de un proveedor de cuidado primario para que usted reciba cuidado de un especialista o proveedor de la red.

Servicios de Rehabilitación – Son servicios que incluyen fisioterapia, terapia del lenguaje y terapia ocupacional, entre otros.

Clínica Sin Previa Cita – Un lugar donde normalmente es atendido sin necesidad de citas. Puede ser un establecimiento independiente o estar ubicado en una tienda, supermercado o farmacia. Los servicios de una clínica sin previa cita están sujetos al mismo costo compartido que los centros de cuidado de urgencia. (Consulte la tabla de beneficios en el Capítulo 4).

Área de Servicio – Zona geográfica en la que usted debe vivir para inscribirse en un plan de salud particular. En el caso de planes que limitan los médicos y hospitales que usted puede utilizar, esta zona es, por lo general, donde también puede recibir servicios de rutina (los que no son de emergencia). El plan puede cancelar su inscripción si usted se muda permanentemente fuera del área de servicio del plan.

Cuidado en un Centro de Enfermería Especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) – Cuidado

de enfermería especializada y servicios para la rehabilitación que se proporcionan diaria y continuamente en un centro de enfermería especializada. Ejemplos de cuidado incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solamente pueden ser proporcionados por un médico o una enfermera titulada.

Plan para personas con necesidades especiales – Es un tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona cuidados médicos con un enfoque mayor en grupos específicos de personas, como aquellos afiliados tanto Medicare como Medicaid, quienes residen en un asilo de convalecencia o quienes tienen ciertas condiciones médicas crónicas.

Terapia Escalonada – Procedimiento de utilización en que requiere que usted primero pruebe otro medicamento para tratar su condición médica antes de que cubramos el medicamento que su médico le recetó inicialmente.

Programa Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI) – Es un beneficio mensual que el Seguro Social paga a personas con ingresos y recursos limitados, a quienes son discapacitados, están ciegos o tienen 65 años o más. Los beneficios de este programa son distintos a los beneficios del Seguro Social.

Servicios Requeridos de Urgencia – Servicios cubiertos que no sean servicios para emergencia, prestados cuando los proveedores de la red no están a su disposición ni accesibles temporalmente o cuando el miembro se encuentra fuera del área de servicio. Por ejemplo, usted necesita cuidado inmediato durante el fin de semana. Los servicios deben ser médicamente necesarios y de inmediato.

MedicareMax Plus (HMO D-SNP) Servicio al Cliente:

Llame al **1-800-407-9069**

Las llamadas a este número son gratis, 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. El Servicio al Cliente también ofrece servicios gratuitos de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.

TTY **711**

Las llamadas a este número son gratis, 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana.

Escriba a **P.O. Box 30769**
Salt Lake City, UT 84130-0769

PCNhealth.com

Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud

El programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para proporcionar asesoramiento local gratuito sobre el seguro de salud a los beneficiarios de Medicare.
Puede llamar al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud de su estado al número de teléfono indicado en la Sección 3 del Capítulo 2 de la Evidencia de Cobertura.

Declaración de Divulgación de la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos *Según la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información, a menos que esta exhiba un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene algún comentario o sugerencia para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*

PNFL23HM0053007_000