1.° de enero – 31 de diciembre de 2025

Evidencia de cobertura:

Sus beneficios y servicios médicos de Medicare y su cobertura de farmacia como miembro de AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO-SNP)

Este documento le ofrece información sobre la atención médica de Medicare y la cobertura de medicamentos con receta desde el 1.° de enero al 31 de diciembre de 2025. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Si tiene alguna pregunta sobre este documento, póngase en contacto con Servicios al Miembro al 1-833-535-3767. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Los horarios son los siguientes: del 1.° de octubre al 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. Del 1.° de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. **Esta llamada es gratuita.**

Este plan, AmeriHealth Caritas VIP Care, es ofrecido por AmeriHealth Caritas Florida, Inc. (Cuando esta *Evidencia de Cobertura* dice "nosotros", "nos" o "nuestro", significa AmeriHealth Caritas Florida, Inc. Cuando dice "plan" o "nuestro plan", significa AmeriHealth Caritas VIP Care).

Este documento está disponible de manera gratuita en español y lengua criolla.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-833-535-3767 (TTY 711) de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., del 1.° de abril al 30 de septiembre; o los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., del 1.° de octubre al 31 de marzo. La llamada es gratuita.

ATANSYON: Si w pale kreyòl, ou ka resevwa sèvis pou ede w nan lang pa w san w pa peye pou sa. Rele nan 1-833-535-3767 (TTY 711) lendi pou vandredi, soti 8 à nan maten rive 8 è diswa, ant 1ye avril ak 30 septanm, oswa sèt jou sou sèt, soti 8 è nan maten rive 8 è diswa, ant 1ye oktòb ak 31 mas. Apèl la gratis.

Servicios al Miembro cuenta con servicios gratuitos de intérprete disponibles para personas que no hablan inglés (los números de teléfono están impresos al dorso de este folleto).

Comuníquese con Servicios al Miembro si necesita este documento en un formato alternativo, como letra grande, braille o audio.

Los beneficios, las primas, los deducible y/o los copagos pueden cambiar el 1.º de enero de 2026.

Aprobación de OMB 0938-1051 (Caduca: 31 de agosto de 2026)

El formulario, la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario. Notificaremos los cambios a los inscritos afectados con al menos 30 días de anticipación.

Este documento explica sus beneficios y derechos. Use este documento para comprender la siguiente información:

- Su prima del plan y costos compartidos.
- Sus beneficios médicos y de medicamentos con receta.
- Cómo presentar una queja si no está conforme con un servicio o tratamiento.
- Cómo contactarnos si necesita ayuda adicional; y
- Otras protecciones exigidas por la ley de Medicare.

Evidencia de cobertura para 2025

Tabla de contenidos

CAPÍTULO 1: *Primeros pasos como miembro* 4

SECCIÓN 1 Introducción 5
SECCIÓN 2 ¿Qué hace que usted sea apto para ser miembro del plan? 7
SECCIÓN 3 Materiales importantes de membresía que recibirá 9
SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para AmeriHealth Caritas VIP Care 10
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual 14
SECCIÓN 6 Mantenga su registro de miembro del plan actualizado 14
SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan 15

CAPÍTULO 2: *Números de teléfono y recursos importantes* 17

SECCIÓN 1 Contactos de AmeriHealth Caritas VIP Care (cómo comunicarse con nosotros, incluso cómo comunicarse con Servicios al Miembro) 18
SECCIÓN 2 Medicare(cómo obtener ayuda e información directamente del programa Federal de Medicare) 22
SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (ayuda, información y respuestas sin cargo a sus preguntas sobre Medicare) 24
SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad 25
SECCIÓN 5 Seguro Social 25
SECCIÓN 6 Medicaid 26
SECCIÓN 7 Información sobre los programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos con receta 28
SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario 32

CAPÍTULO 3: *Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos* 34

SECCIÓN 1 Cosas que debe saber sobre cómo obtener atención médica y otros servicios como miembro de nuestro plan 35
SECCIÓN 2 Utilice proveedores de la red del plan para recibir atención médica y otros servicios 37
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cuando tiene una emergencia o necesidad urgente de recibir atención o durante un desastre 42
SECCIÓN 4 ¿Qué pasa si le facturan directamente a usted el costo total de sus servicios? 44
SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando está en un estudio de investigación clínica? 45
SECCIÓN 6 Normas para recibir atención cubierta en una institución religiosa no médica de atención de la salud 47

SECCIÓN 7 Normas para la propiedad del equipo médico duradero 48

CAPÍTULO 4: *Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto)*..... 51

SECCIÓN 1 Cómo entender los servicios cubiertos 52
SECCIÓN 2 Use el Cuadro de beneficios médicos para averiguar lo que está cubierto.....52
SECCIÓN 3 ¿Qué servicios están cubiertos fuera de AmeriHealth Caritas VIP Care?.....101
SECCIÓN 4 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan? 104

CAPÍTULO 5: *Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D* 107

SECCIÓN 1 Introducción 108
SECCIÓN 2 Surta su receta médica en una farmacia de la red o mediante el servicio de pedido por correo del plan 109
SECCIÓN 3 Sus medicamentos tienen que estar en el Listado de medicamentos del plan.....114
SECCIÓN 4 Hay restricciones en la cobertura de algunos medicamentos.....116
SECCIÓN 5 ¿Qué pasa si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que querría que estuviera cubierto? 117
SECCIÓN 6 ¿Qué pasa si cambia su cobertura para uno de sus medicamentos? 120
SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* están cubiertos por el plan?.....123
SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta médica 124
SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales 125
SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos 126
SECCIÓN 11 Le enviamos informes que explican los pagos por sus medicamentos y en cuál etapa de pago se encuentra.....129

CAPÍTULO 6: *Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D* 131

CAPÍTULO 7: *Cómo solicitarnos que paguemos una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*. 133

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos sus servicios o medicamentos cubiertos.....134
SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió.....136
SECCIÓN 3 Examinaremos su solicitud de pago para decidir si pagaremos o no.....137

CAPÍTULO 8: *Sus derechos y responsabilidades* 139

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan 140
SECCIÓN 2 Tiene algunas responsabilidades como miembro del plan.....148

CAPÍTULO 9: *Qué hacer si usted tiene algún problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)* 150

SECCIÓN 1 Introducción 151
SECCIÓN 2 Dónde recibir más información y asistencia personalizada 152
SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debería utilizar para tratar su problema? 153
SECCIÓN 4 Cómo resolver sus problemas con los beneficios de Medicare 154
SECCIÓN 5 Una guía sobre los conceptos básicos de las decisiones de cobertura y apelaciones 154
SECCIÓN 6 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura 158
SECCIÓN 7 Sus medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 166
SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que cubramos una admisión hospitalaria más larga si considera que está recibiendo el alta demasiado pronto 176
SECCIÓN 9 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que su cobertura está terminando demasiado pronto 181
SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y posteriores 185
SECCIÓN 11 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes 188
SECCIÓN 12 Cómo manejar sus problemas con los beneficios de Medicaid 192

CAPÍTULO 10: *Cómo cancelar su membresía en el plan* 193

SECCIÓN 1 Introducción para cancelar su membresía en nuestro plan 194
SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan? 194
SECCIÓN 3 ¿Cómo cancela su membresía en nuestro plan? 197
SECCIÓN 4 Usted debe continuar recibiendo sus servicios médicos y medicamentos mediante nuestro plan hasta que su membresía termine 199
SECCIÓN 5 AmeriHealth Caritas VIP Care debe cancelar su membresía en el plan en determinadas situaciones 199

CAPÍTULO 11: *Avisos legales* 202

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley vigente 203
SECCIÓN 2 Aviso contra la discriminación 203
SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación de Medicare como pagador secundario 205

CAPÍTULO 12: *Definiciones de palabras importantes* 206

CAPÍTULO 1:
Primeros pasos como miembro

Aprobación de OMB 0938-1051 (Caduca: 31 de agosto de 2026)

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Usted está inscrito en AmeriHealth Caritas VIP Care, un plan especializado de Medicare Advantage (Plan de necesidades especiales)

Usted está cubierto por Medicare y Medicaid:

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

Usted ha elegido recibir la atención médica de Medicare y la cobertura de medicamentos con receta a través de nuestro plan, AmeriHealth Caritas VIP Care. Tenemos la obligación de 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 difieren de Original Medicare.

AmeriHealth Caritas VIP Care es un plan especializado de Medicare Advantage (un "Plan de necesidades especiales" de Medicare), lo que significa que los beneficios están diseñados para personas con necesidades especiales de atención médica. AmeriHealth Caritas VIP Care está diseñado para personas que tienen Medicare y que también tienen derecho a recibir asistencia de Medicaid.

Debido a que recibe asistencia de Medicaid con sus costos compartidos de la Parte A y la Parte B de Medicare (deducibles, copagos y coseguros), es posible que no deba pagar nada por sus servicios de atención médica de Medicare. Medicaid también le brinda otros beneficios al cubrir servicios médicos que generalmente no cubre Medicare. Usted también recibirá "Ayuda Extra" de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos con receta de Medicare. AmeriHealth Caritas VIP Care ayudará a que maneje todos estos beneficios para que obtenga los servicios médicos y la asistencia con los pagos a los que tiene derecho.

AmeriHealth Caritas VIP Care está administrado por una empresa privada. Al igual que todos los planes Medicare Advantage, este Plan de necesidades especiales de Medicare está aprobado por Medicare. El plan también tiene un contrato con el programa de Asistencia Médica de Florida para coordinar sus beneficios de Medicaid. Nos complace brindarle la cobertura médica de Medicare, incluida su cobertura de medicamentos con receta.

La cobertura bajo este plan califica como Cobertura médica calificada (QHC) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección del Paciente y

Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA). Consulte el sitio de Internet del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en: www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Sección 1.2 ¿De qué trata el documento de *Evidencia de cobertura*?

Este documento de *Evidencia de cobertura* le indica cómo recibir su atención médica de Medicare y medicamentos con receta. Explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto, lo que paga como miembro del plan y cómo presentar una queja si no está conforme con una decisión o un tratamiento.

Las palabras *cobertura* y *servicios cubiertos* se refieren a la atención médica, los servicios y medicamentos con receta que están disponibles para usted como miembro de AmeriHealth Caritas VIP Care.

Es importante que conozca cuáles son las normas del plan y qué servicios están disponibles para usted. Le recomendamos que aparte un poco de tiempo para revisar este documento de *Evidencia de cobertura*.

Si tiene dudas, inquietudes o solo preguntas, comuníquese con Servicios al Miembro.

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo AmeriHealth Caritas VIP Care cubre su atención. Otras partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción, el *Listado de medicamentos cubiertos (Formulario)* y los avisos que reciba de nosotros con respecto a los cambios en su cobertura o las condiciones que afecten su cobertura. Estos avisos a veces se llaman *cláusulas* o *enmiendas*.

El contrato tiene vigencia durante los meses en los que usted está inscrito en AmeriHealth Caritas VIP Care entre el 1.° de enero de 2025 y el 31 de diciembre de 2025.

Cada año calendario, Medicare nos permite hacer cambios a los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de AmeriHealth Caritas VIP Care después del 31 de diciembre de 2025. También podemos optar por dejar de ofrecer el plan en su área de servicio, u ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2025.

Medicare (los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar AmeriHealth Caritas VIP Care todos los años. Usted puede seguir recibiendo todos los años la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre y cuando decidamos continuar ofreciendo el plan y Medicare renueve la aprobación del plan.

SECCIÓN 2 ¿Qué hace que usted sea apto para ser miembro del plan?

Sección 2.1 Sus requisitos de aptitud

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

- Usted tenga tanto la Parte A como la Parte B de Medicare
- -- *y* -- viva en nuestra área de servicio geográfica (la Sección 2.3 más abajo describe nuestra área de servicio). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área de servicio geográfica, aunque se encuentren físicamente en el territorio
- -- *y* -- sea ciudadano de los Estados Unidos o esté presente legalmente en los Estados Unidos
- -- *y* -- cumpla con los requisitos de aptitud especial que se describen a continuación.

Requisitos especiales de aptitud para nuestro plan

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

Tenga en cuenta lo siguiente: si pierde su aptitud, pero se puede esperar razonablemente que recupere la aptitud en el plazo de **seis** meses, entonces todavía es apto para ser miembro de nuestro plan (el Capítulo 4, Sección 2.1 habla sobre la cobertura y los costos compartidos durante un período estimado en que se considera la aptitud continua).

Sección 2.2 ¿Qué es Medicaid?

Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda con los costos médicos para ciertas personas que tienen ingresos y recursos limitados. Cada estado decide lo que se considera como ingresos y recursos, quién es apto, qué servicios están cubiertos y el costo de los servicios. Los estados también pueden decidir cómo administrar su programa siempre que sigan las guías federales.

Además, hay programas que se ofrecen a través de Medicaid que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus gastos de Medicare, tales como las primas de Medicare. Estos "programas de ahorros de Medicare" ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero todos los años:

- **Beneficiario calificado de Medicare Plus (QMB+):** ayuda a pagar las primas de Medicare Parte A y Parte B y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y

copagos). algunas personas con QMB+ son aptas para beneficios completos de Medicaid.

- **Programa de Beneficiario calificado de Medicare (QMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte A y Parte B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunas personas con QMB también son aptos para beneficios completos de Medicaid (QMB+)).
- **Programa de Beneficiarios especificados de bajos ingresos de Medicare Plus (SLMB+):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. Las personas con SLMB+ son aptos para beneficios completos de Medicaid. (SLMB+).
- **Doble aptitud con beneficios completos (FBDE)-**: Las personas aptas para los beneficios completos de Medicaid se denominan personas de beneficios completos de doble aptitud

Sección 2.3 Esta es el área de servicio del plan para AmeriHealth Caritas VIP Care

AmeriHealth Caritas VIP Care solo está disponible para personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para continuar siendo miembro de nuestro plan, usted debe seguir viviendo en el área de servicio del plan. A continuación, se describe el área de servicio.

Nuestra área de servicio incluye estos condados en Florida: Palm Beach, Broward o Miami-Dade.

Si tiene planes de mudarse a otro estado, deberá comunicarse con la oficina de Medicaid de su estado y consultar cómo la mudanza puede afectar sus beneficios de Medicaid. Los números de teléfono de Medicaid se encuentran en el Capítulo 2, Sección 6 de este documento.

Si tiene planes de mudarse fuera del área de servicio del plan, no podrá seguir siendo miembro de nuestro plan. Comuníquese con Servicios al Miembro para consultar si tenemos disponible un plan en su área nueva. Cuando se mude, tendrá un período de inscripción especial que le permitirá cambiar a Original Medicare o inscribirse en un plan médico o un plan de medicamentos de Medicare que esté disponible en su nueva ubicación.

También es importante que llame al Seguro Social si se muda o cambia su dirección de correo. Puede encontrar los números de teléfono e información de contacto del Seguro Social en el Capítulo 2, Sección 5.

Sección 2.4 Ciudadano norteamericano o con presencia legal

Un miembro de un plan médico Medicare debe ser ciudadano norteamericano o estar legalmente presente en los Estados Unidos. Medicare (los Centros para servicios de Medicare y Medicaid) notificará a AmeriHealth Caritas VIP Care si usted no es apto para permanecer como miembro

en base a esto. AmeriHealth Caritas VIP Care deberá cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes de membresía que recibirá

Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan

Mientras que usted sea miembro de nuestro plan, debe utilizar su tarjeta de membresía cada vez que reciba servicios cubiertos por este plan y los medicamentos con receta que obtiene en farmacias de la red. También deberá mostrar al proveedor su tarjeta de Medicaid. Este es un ejemplo de una tarjeta de membresía para que vea cómo será la suya:

NO use su tarjeta Medicare roja, blanca y azul para servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa su tarjeta Medicare en lugar de su tarjeta de miembro de AmeriHealth Caritas VIP Care, puede que tenga que pagar el costo total de los servicios médicos usted mismo. Guarde su tarjeta Medicare en un lugar seguro. Se le puede pedir que la muestre si necesita servicios de hospital, servicios de atención de enfermos terminales, o participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare, también llamadas pruebas clínicas.

Si su tarjeta de miembro del plan se daña, se pierde o se la roban, llame a Servicios al Miembro de inmediato y le enviaremos una nueva tarjeta.

Sección 3.2 Directorio de proveedores

El *Directorio de proveedores* enumera nuestros proveedores de la red y abastecedores de equipos médicos duraderos actuales. Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, abastecedores de equipos médicos duraderos, hospitales y otros centros médicos que tienen un contrato con nosotros para aceptar nuestro pago y todo costo compartido del plan como pago total.

Deberá usar proveedores de la red para recibir su atención médica y sus servicios. Si va a otro lugar sin la autorización apropiada, debe realizar el pago completo. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios que se necesitan con urgencia cuando la red no está disponible (es

decir, en situaciones en las que no es razonable o no es posible recibir servicios dentro de la red), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que AmeriHealth Caritas VIP Care autoriza utilizar proveedores fuera de la red.

La lista más reciente de proveedores y abastecedores también está disponible en nuestro sitio de Internet en www.amerihealthcaritasvipcare.com/fl.

Si no tiene su copia del *Directorio de proveedores*, puede solicitar una (de manera electrónica o en forma impresa) de Servicios al Miembro. Las solicitudes de copias impresas de Directorios de proveedores se enviarán por correo dentro de los tres días hábiles.

Sección 3.3 Directorio de farmacias

El *directorio de farmacias* www.amerihealthcaritasvipcare.com/fl enumera las farmacias de la red. **Las farmacias de la red** son todas aquellas que han acordado surtir recetas médicas cubiertas para nuestros miembros del plan. Usted puede utilizar el *Directorio de farmacias* para encontrar la farmacia de la red que quiera utilizar. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para consultar información sobre cuándo puede usar farmacias que no están en la red del plan.

Si no tiene el *Directorio de farmacias*, puede pedir una copia a Servicios al Miembro. También puede encontrar esta información en nuestro sitio de Internet en www.amerihealthcaritasvipcare.com/fl.

Sección 3.4 El Listado de medicamentos cubiertos *(Formulario)* del plan

El plan tiene un *Listado de medicamentos cubiertos (Formulario)*. Lo llamamos "Listado de medicamentos" para abreviar. Dice cuáles medicamentos con receta de la Parte D están cubiertos bajo el beneficio de la Parte D incluido en AmeriHealth Caritas VIP Care. El plan selecciona los medicamentos en esta lista con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado el Listado de medicamentos de AmeriHealth Caritas VIP Care.

El Listado de medicamentos también le dice si existen normas que restrinjan la cobertura de sus medicamentos.

Le enviaremos una copia del Listado de medicamentos. Para obtener la información más completa y actual sobre los medicamentos que están cubiertos, puede visitar el sitio de Internet del plan (www.amerihealthcaritasvipcare.com/fl) o llamar a Servicios al Miembro.

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para AmeriHealth Caritas VIP Care

Sus costos pueden incluir los siguientes:

- Prima del plan (Sección 4.1)

- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Multa por inscripción tardía de la Parte D (Sección 4.3)
- Monto ajustado mensual relacionado con los ingresos (Sección 4.4)
- Monto de plan de pago de medicamentos con receta de Medicare (Sección 4.5)

Sección 4.1 Prima del plan

Usted no paga una prima de plan mensual separada para AmeriHealth Caritas VIP Care.

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

Muchos miembros están obligados a pagar otras primas de Medicare

Algunos miembros están obligados a pagar otras primas de Medicare. Como se explicó en la Sección 2 anterior, para poder resultar apto para nuestro plan, debe mantener su aptitud para Medicaid, así como tener la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare. A la mayoría de los miembros de AmeriHealth Caritas VIP Care, Medicaid les paga la prima de la Parte A (si no califica automáticamente) y la prima de la Parte B.

Si Medicaid no le paga sus primas de Medicare, usted debe seguir pagándolas para seguir siendo miembro del plan. Esto incluye su prima para la Parte B. También incluye una prima para la Parte A, que afecta a los miembros que no son aptos para la Parte A con prima gratis.

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía de la Parte D (LEP)

Como usted es doblemente apto, la LEP no se le aplica siempre que mantenga su condición de doble aptitud. Sin embargo, si pierde su condición de doble elegibilidad, es posible que deba incurrir en una LEP. La multa por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que debe pagarse para la cobertura de la Parte D si en algún momento después de su período de inscripción inicial, ocurre un período de 63 días o más consecutivos en los que no tenga la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos con receta. La "cobertura acreditable de medicamentos con receta" es una cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare ya que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende del tiempo que estuvo sin Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos con receta. Deberá pagar esta multa el tiempo que tenga la cobertura de la Parte D.

No tendrá que pagar en estos casos:

- Recibe "Ayuda Extra" de Medicare para pagar sus medicamentos con receta:
- Estuvo menos de 63 días consecutivos sin una cobertura acreditable.
- Tiene una cobertura acreditable de medicamentos a través de otra fuente como un empleador anterior, sindicato, TRICARE o Administración de Salud de Veteranos (VA).

Su aseguradora o departamento de recursos humanos le indicará cada año si su cobertura de medicamentos es acreditable. Usted puede recibir esta información en una carta o se puede incluir en un boletín informativo de este plan. Tenga a mano esta información, ya que es posible que la necesite si se suma más tarde a un plan de medicamentos de Medicare.

- **Nota:** Todo aviso debe indicar que tiene cobertura acreditable de medicamentos con receta que se espera pagar tanto como lo que paga el plan de medicamentos con receta de Medicare.
- **Nota:** Las siguientes *no* son coberturas acreditables de medicamentos con receta: tarjetas de descuento de medicamentos con receta, clínicas gratuitas y sitios de Internet con descuentos en medicamentos.

Medicare determina el costo de la multa. Así es cómo funciona:

- Primero, cuente el número de meses completos que tardó en inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare una vez que cumpla con los requisitos para inscribirse. O cuente el número de meses completos que no tuvo cobertura acreditable de medicamentos con receta si la interrupción de la cobertura fue de 63 días o más. La multa es del 1% por cada mes que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será de 14%.
- Luego, Medicare determinará el costo de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en la nación del año anterior. Para 2024, este monto promedio de prima fue de $34.70. Es posible que el monto cambie para 2025.
- Para calcular su multa mensual, multiplique el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio y luego redondee a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería 14% aplicado a $34.70, lo que equivale a $4.86. El valor redondeado es de $4.90. Este monto sería agregado **a la prima mensual para una persona con una multa por inscripción tardía de la Parte D.**

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

- Primero, **es posible que la multa cambie cada año**, ya que la prima mensual promedio puede cambiar todos los años.
- Segundo, **seguirá pagando una multa** cada mes durante el tiempo que esté inscrito en un plan que tenga beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- Tercero, si tiene menos de 65 y recibe actualmente beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se reiniciará cuando cumpla 65. Después de los 65, su multa por inscripción tardía de la Parte D se basará solo en los meses que no tenga cobertura luego de su período de inscripción inicial por cumplir los años en Medicare.

Si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante podrán pedir una revisión. En general, deberá solicitar esta revisión **dentro de los 60 días** desde la fecha en la primera carta que indica que debe pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si estaba pagando una multa antes de unirse a nuestro plan, es posible que no tenga otra oportunidad de pedir una revisión de esa multa por inscripción tardía.

Sección 4.4 Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos

Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos de la Parte D, o IRMAA. El cargo adicional se calcula a partir de su ingreso bruto ajustado modificado según lo que informó en su declaración de ingresos de hace 2 años. Si este valor supera un cierto monto, deberá pagar el monto de prima estándar y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que quizás deba pagar según sus ingresos, visite https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans.

Si usted tiene que pagar un monto adicional, el Seguro Social, no su plan Medicare, le enviará una carta para informarle cuánto será ese monto adicional. El monto adicional se retendrá de su Seguro Social, Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios o cheque de beneficios de la Oficina de Administración de Personal, independientemente de cómo paga su prima del plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional debido. Si el cheque de beneficio no es suficiente para cubrir el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Deberá pagar el monto adicional al gobierno. No puede pagarse con su prima mensual del plan. Si no paga el monto adicional, se cancelará su inscripción del plan y perderá la cobertura de medicamentos con receta.**

Si no está de acuerdo con tener que pagar un monto adicional, puede pedir que el Seguro Social revise la decisión. Para obtener más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con el Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Sección 4.5 Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare

Si participa en el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare, todos los meses pagará su prima del plan (si tiene uno) y recibirá una factura de su plan médico o de farmacia para sus medicamentos con receta (en lugar de pagar a la farmacia). Su factura mensual se basa en lo que debe por cualquier medicamento con receta que reciba, además de su saldo del mes anterior, dividido por la cantidad de meses que quedan en el año.

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

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual

Sección 5.1 ¿Podemos cambiar su prima mensual del plan durante el año?

No. No tenemos permitido cambiar el monto que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia para el próximo año, se lo informaremos en septiembre y el cambio entrará en vigencia el 1.° de enero.

Sin embargo, en algunos casos, podrá dejar de pagar una multa por inscripción tardía, si es que la tiene. O es posible que necesite comenzar a pagar una multa por inscripción tardía. Esto podría ocurrir si pasa a cumplir con los requisitos para el programa de "Ayuda Extra" o si pierde los derechos para el programa de "Ayuda Extra" durante el año.

- Si actualmente paga la multa de la Parte D por inscripción tardía y pasa a cumplir con los requisitos para recibir "Ayuda Extra" durante el año, podría dejar de pagar la multa.
- Si pierde "Ayuda Extra", puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía si pasa un período de 63 días consecutivos o más sin cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos con receta.

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

SECCIÓN 6 Mantenga su registro de miembro del plan actualizado

Su registro de miembro tiene información de su formulario de inscripción, que incluye su dirección y número de teléfono. Muestra la cobertura específica del plan, que incluye su proveedor de atención primaria.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red del plan necesitan tener información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red utilizan su registro de miembro para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y los costos compartidos que tiene.** Por este motivo, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos estos cambios:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico que tenga (como la de su empleador, la del empleador de su cónyuge o pareja doméstica, compensación de trabajadores o Medicaid)
- Si tiene algún reclamo de responsabilidad legal, como por un accidente automovilístico
- Si recibió admisión en un hogar de ancianos

- Si recibe atención en un hospital fuera del área o fuera de la red o en una sala de emergencia
- Si cambia su parte responsable designada (por ejemplo, un cuidador)
- Si está participando en un estudio de investigación clínica (**Nota:** No tiene la obligación de informar al plan sobre los estudios de investigación clínica en los que tiene la intención de participar, pero lo motivamos a hacerlo)

Si cambia alguna parte de esta información, llame a Servicios al Miembro para informarnos.

También es importante comunicarse con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección de correo. Puede encontrar los números de teléfono e información de contacto del Seguro Social en el Capítulo 2, Sección 5.

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Otros seguros

Medicare exige que recopilemos información sobre cualquier otra cobertura médica o de medicamentos que usted tenga. El motivo es porque debemos coordinar cualquier otra cobertura que tenga con sus beneficios bajo nuestro plan. Esto se llama **Coordinación de Beneficios**.

Una vez al año, le enviaremos una carta que enumera cualquier otra cobertura médica o de medicamentos que conozcamos. Lea esta información detenidamente. Si es correcta, no necesita hacer nada. Si la información es incorrecta, o si tiene otra cobertura que no está enumerada, llame a Servicios al Miembro. Es posible que necesite dar su número de identificación del plan a sus otras aseguradoras (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen en tiempo y forma.

Cuando usted tiene otro seguro (como cobertura médica de grupo del empleador), existen normas establecidas por Medicare que deciden si nuestro plan o su otro seguro paga primero. El seguro que paga primero se llama pagador primario y paga hasta los límites de su cobertura. El que paga en segundo lugar, llamado pagador secundario, solo paga si quedan gastos sin cubrir por la cobertura principal. Es posible que el pagador secundario no pague todos los costos que quedaron sin cubrir. Si tiene otro seguro, informe a su médico, hospital y farmacia.

Esas normas corresponden a la cobertura del plan médico del empleador o del sindicato:

- Si usted tiene cobertura de jubilación, Medicare paga primero.
- Si su cobertura de plan médico de grupo se basa en su empleo actual suyo o de un integrante de su familia, quién paga primero depende de su edad, de la cantidad de personas empleadas por su empleador, y si usted tiene Medicare por su edad, discapacidad o por estar en la etapa final de la enfermedad renal (ESRD):

  - Si tiene menos de 65 años y es discapacitado y usted o un integrante de su familia siguen trabajando, su plan médico de grupo paga primero si el empleador tiene 100 empleados o más o al menos un empleador en un plan de empleadores múltiples que tiene más de 100 empleados.
  - Si tiene más de 65 años y usted o su cónyuge o pareja doméstica siguen trabajando, su plan médico de grupo paga primero si el empleador tiene 20 empleados o más o al menos un empleador en un plan de empleadores múltiples con más de 20 empleados.
- Si usted tiene Medicare debido a la ESRD, su plan médico de grupo pagará primero por los primeros 30 meses después de que usted pasa a cumplir con los requisitos para Medicare.

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

- Seguro sin culpa (incluido el seguro de automóvil)
- Responsabilidad legal (incluido el seguro de automóvil)
- Beneficios por pulmones negros
- Compensación de trabajadores

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

CAPÍTULO 2:
Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1 Contactos de AmeriHealth Caritas VIP Care (cómo comunicarse con nosotros, incluso cómo comunicarse con Servicios al Miembro)

Cómo comunicarse con Servicios al Miembro de nuestro plan

Para recibir ayuda con reclamos, facturación o preguntas sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba a Servicios al Miembro de AmeriHealth Caritas VIP Care. Estaremos a su entera disposición.

Método	Servicios al Miembro: Información de contacto
LLAME	**1-833-535-3767** Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1.° de octubre al 31 de marzo: de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1.° de abril al 30 de septiembre: de 8 a. m. a 8 p. m. de lunes a viernes. Servicios al Miembro también cuenta con servicios de intérpretes de idiomas sin cargo disponibles para personas que no hablen inglés.
TTY	**711** Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1.° de octubre al 31 de marzo: de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1.° de abril al 30 de septiembre: de 8 a. m. a 8 p. m. de lunes a viernes.
FAX	1-833-329-1535
ESCRIBA	AmeriHealth Caritas VIP Care Servicios al Miembro PO Box 7151 London, KY 40742-7151
SITIO EN LÍNEA	www.amerihealthcaritasvipcare.com/fl

Cómo comunicarse con nosotros cuando usted solicita una decisión de cobertura o apelación sobre su atención médica

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos recetados de la Parte D. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones sobre su atención médica o medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 *[Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)]*.

Método	Decisiones de cobertura y apelaciones para Atención Médica o medicamentos con receta de la Parte D: Información de contacto
LLAME	**1-833-535-3767** Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1.° de octubre al 31 de marzo: de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1.° de abril al 30 de septiembre: de 8 a. m. a 8 p. m. de lunes a viernes
TTY	**711** Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1.° de octubre al 31 de marzo: de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1.° de abril al 30 de septiembre: de 8 a. m. a 8 p. m. de lunes a viernes
FAX	**Médico:** **Decisiones de cobertura:** 1-833-329-3586 **Apelaciones:** 1-855-221-0046 **Parte D:** **Decisiones de cobertura:** Estándar: 1-833-726-7627 Urgencia: 1-833-698-7787 **Apelaciones:** 1-855-221-0046

Método	Decisiones de cobertura y apelaciones para Atención Médica o medicamentos con receta de la Parte D: Información de contacto
ESCRIBA	**Médico:** **Decisiones de cobertura:** AmeriHealth Caritas VIP Care Prior-Authorization Medical Care P.O. Box 7151 London, KY 40742-7151 **Apelaciones:** AmeriHealth Caritas VIP Care Attn: Apelaciones P.O. Box 80109 London, KY 40742 **Parte D:** **Decisiones de cobertura:** AmeriHealth Caritas VIP Care ATTN: Pharmacy Prior Authorization Member Prescription Coverage Determination 200 Stevens Drive Philadelphia, PA 19113-9802 **Apelaciones** AmeriHealth Caritas VIP Care Attn: Apelación P.O. Box 80109 London, KY 40742-0109
SITIO EN LÍNEA	www.amerihealthcaritasvipcare.com/fl

Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una queja sobre su atención médica o medicamentos con receta de la Parte D

Usted puede presentar una queja sobre nosotros o uno de nuestros proveedores o farmacias de la red, incluso una queja sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no implica disputas de cobertura o pago. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica o sus medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 *[Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)]*.

Método	Quejas sobre la atención médica o sus medicamentos con receta de la Parte D: Información de contacto
LLAME	**1-833-535-3767** Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1.° de octubre al 31 de marzo: de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1.° de abril al 30 de septiembre: de 8 a. m. a 8 p. m. de lunes a viernes
TTY	**711** Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1.° de octubre al 31 de marzo: de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1.° de abril al 30 de septiembre: de 8 a. m. a 8 p. m. de lunes a viernes
FAX	1-833-329-1535
ESCRIBA	AmeriHealth Caritas VIP Care Attn: Customer Experience, Grievances, and Complaints P.O. Box 7140 London, KY 40742-7140
SITIO EN LÍNEA DE MEDICARE	Usted puede presentar una queja sobre AmeriHealth Caritas VIP Care directamente a Medicare. Para presentar una queja en línea a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Dónde enviar una solicitud para pedirnos que paguemos el costo de la atención médica o un medicamento que ha recibido

Si recibió una factura o pagó servicios (como la factura de un proveedor) que considera que nosotros deberíamos pagar, es posible que usted necesite pedirnos un reembolso o que paguemos la factura del proveedor. Consulte el Capítulo 7 *(Cómo solicitarnos que paguemos una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos)*.

Tenga en cuenta lo siguiente: si usted nos envía una solicitud de pago y rechazamos alguna parte de su solicitud, usted podrá apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 *[Qué hacer si usted tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)]* para obtener más información.

Método	Solicitudes de pago: Información de contacto
LLAME	1-833-535-3767 Del 1.° de octubre al 31 de marzo: de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1.° de abril al 30 de septiembre: de 8 a. m. a 8 p. m. de lunes a viernes. Las llamadas a este número son gratuitas.
TTY	**711** Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1.° de octubre al 31 de marzo: de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1.° de abril al 30 de septiembre: de 8 a. m. a 8 p. m. de lunes a viernes
ESCRIBA	**Médico:** AmeriHealth Caritas VIP Care PO Box 7151 London, KY 40742-7151 **Medicamentos de la Parte D:** AmeriHealth Caritas VIP Care Atención Direct Member Reimbursement P.O. Box 516 Essington, PA 19029
SITIO EN LÍNEA	www.amerihealthcaritasvipcare.com/fl

SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa Federal de Medicare)

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

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (a veces llamado CMS). Esta agencia tiene contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluidos nosotros.

Método	Medicare: información de contacto
LLAME	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

Método	Medicare: información de contacto
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere un equipo de teléfono especial y solo está disponible para personas que tienen dificultades con la audición o el habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
SITIO EN LÍNEA	www.Medicare.gov Este es el sitio de Internet oficial del gobierno para Medicare. Brinda información actualizada sobre Medicare y temas actuales de Medicare. También tiene información sobre hospitales, hogares de ancianos, médicos, agencias de salud en el hogar y centros médicos para diálisis. Incluye documentos que se pueden imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar los contactos de Medicare en su estado. El sitio de Internet de Medicare también cuenta con información detallada sobre sus opciones de aptitud e inscripción en Medicare con las siguientes herramientas: • **Herramienta de aptitud de Medicare:** brinda información sobre el estado de aptitud de Medicare. • **Buscador de planes de Medicare:** brinda información personalizada sobre planes de medicamentos con receta de Medicare, planes médicos de Medicare y pólizas Medigap (Seguro suplementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas ofrecen un *estimado* de cuáles podrían ser sus gastos de bolsillo en diferentes planes de Medicare. También puede utilizar el sitio en línea para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga sobre AmeriHealth Caritas VIP Care: • **Comunique su queja a Medicare:** Usted puede presentar una queja sobre AmeriHealth Caritas VIP Care directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma en serio sus quejas y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare. Si no tiene una computadora, su biblioteca local o centro para personas de la tercera edad podrían ayudar a que visite este sitio en línea con su computadora. O puede llamar a Medicare y decirles la información que está buscando. Ellos encontrarán la información en el sitio de Internet y revisarán la información 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 sobre seguro médico (ayuda, información y respuestas sin cargo a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en todos los estados. En Florida, el SHIP se llama Atención a las Necesidades de Seguros Médicos de las Personas de la Tercera Edad (Serving Health Insurance Needs of Elders, SHINE).

SHINE es un programa estatal independiente (no conectado con ninguna compañía de seguros o plan médico) que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento local gratuito sobre seguros médicos a personas con Medicare.

Los asesores de SHINE pueden ayudar a que comprenda sus derechos de Medicare, presente quejas sobre la atención médica o tratamiento y resuelva problemas con sus facturas de Medicare. Los asesores del SHINE también pueden brindarle ayuda con preguntas o problemas relacionados con Medicare o a comprender las opciones que tiene con respecto a los planes de Medicare y responderán preguntas sobre cómo cambiar de plan.

MÉTODO PARA ACCEDER A SHIP y a OTROS RECURSOS:

- Visite https://www.shiphelp.org (Haga clic en SHIP LOCATOR en el medio de la página)
- Seleccione su **ESTADO** de la lista. Lo llevará a una página con números de teléfono y recursos específicos para su estado.

Método	SHINE (SHIP de Florida): Información de contacto
LLAME	1-800-96-ELDER (1-800-963-5337)
TTY	1-800-955-8770 Este número requiere un equipo de teléfono especial y solo está disponible para personas que tienen dificultades con la audición o el habla.
ESCRIBA	Florida Department of Elder Affairs 4040 Esplanade Way, Suite 280-S Tallahassee, FL 32399
SITIO EN LÍNEA	http://www.floridashine.org/

SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad

En cada estado hay una Organización para la mejora de la calidad destinada a brindar atención a los beneficiarios de Medicare. En Florida, la Organización para la mejora de la calidad se llama Acentra Health.

Acentra Health cuenta con un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a quienes Medicare paga para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Acentra Health es una organización independiente. No está conectada con nuestro plan.

Usted debe comunicarse con Acentra Health en cualquiera de estas situaciones:

- Tiene una queja sobre la calidad de la atención que ha recibido.
- Considera que la cobertura de su admisión hospitalaria se termina demasiado pronto.
- Siente que la cobertura de su atención médica domiciliaria, la atención en un establecimiento de enfermería especializada, o los servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) están finalizando demasiado pronto.

Método	Acentra Health (QIO de Florida): Información de contacto
LLAME	1-888-317-0751 de 9:00 a. m. a 5:00 p. m. de lunes a viernes y de 11:00 a. m. a 4:00 p. m. los sábados, domingos y feriados. También puede dejar un mensaje las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	711
ESCRIBA	Acentra Health 5201 West Kennedy Blvd. Suite 900 Tampa, FL 33609
SITIO EN LÍNEA	https://www.acentraqio.com/

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la aptitud y manejar la inscripción en Medicare. Los ciudadanos estadounidenses que tienen 65 años o más, o tienen una discapacidad o

enfermedad renal en etapa terminal y cumplen con ciertas condiciones tienen derecho a Medicare. Si usted ya está recibiendo cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si usted no está recibiendo cheques del Seguro Social, tiene que inscribirse en Medicare. Para solicitar Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar la oficina local del Seguro Social.

El Seguro Social también es responsable de determinar quiénes tienen que pagar un monto adicional para la cobertura de los medicamentos de la Parte D porque tienen un ingreso más alto. Si recibe una carta del Seguro Social que dice que tiene que pagar un monto adicional y tiene preguntas sobre el monto o si su ingreso se redujo debido a un evento que le cambió la vida, puede llamar al Seguro Social y solicitar una reconsideración.

Es importante comunicarse con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección de correo para informárselo.

Método	Seguro Social: Información de contacto
LLAME	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponibles de 8:00 a. m. a 7:00 p. m. de lunes a viernes. Puede utilizar los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas operaciones las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere un equipo de teléfono especial y solo está disponible para personas que tienen dificultades con la audición o el habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponibles de 8:00 a. m. a 7:00 p. m. de lunes a viernes.
SITIO EN LÍNEA	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda con los costos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados.

Además, hay programas que se ofrecen a través de Medicaid que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus gastos de Medicare, tales como las primas de Medicare. Estos "programas de ahorros de Medicare" ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero todos los años:

- **Beneficiario calificado de Medicare Plus (QMB+):** ayuda a pagar las primas de Medicare Parte A y Parte B y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). algunas personas con QMB+ son aptas para beneficios completos de Medicaid.
- **Programa de Beneficiario calificado de Medicare (QMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte A y Parte B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para beneficios completos de Medicaid (QMB+)).
- **Programa de Beneficiarios especificados de bajos ingresos de Medicare Plus (SLMB+):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. Las personas con SLMB+ son aptos para beneficios completos de Medicaid. (SLMB+)
- **Doble aptitud con beneficios completos (FBDE)-**: Las personas aptas para los beneficios completos de Medicaid se denominan personas de beneficios completos de doble aptitud

Si tiene preguntas sobre la asistencia que recibe de Medicaid, comuníquese con la Agencia para la Administración de Atención Médica (Medicaid).

Método	Agencia para la Administración de Atención Médica (programa de Medicaid de Florida): Información de contacto
LLAME	1-888 419-3456 De lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
TTY	1-800-955-8771 Este número requiere un equipo de teléfono especial y solo está disponible para personas que tienen dificultades con la audición o el habla.
ESCRIBA	Agency for Health Care Administration 2727 Mahan Drive Tallahassee, FL 32308
SITIO EN LÍNEA	https://ahca.myflorida.com/Medicaid/Operations/assistance/index.shtml

La Oficina del Defensor del Pueblo de Atención a Largo Plazo ayuda a las personas inscritas en Medicaid con problemas de facturación o de servicios. Pueden ayudar a que presente una queja formal o apelación ante nuestro plan.

Método	Oficina del Defensor del Pueblo de Atención a Largo Plazo de Florida: Información de contacto
LLAME	1-888-831-0404 De lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
ESCRIBA	Long Term Care Ombudsman 4040 Esplanade Way, Suite 380 Tallahassee, FL 32399-7000
SITIO EN LÍNEA	https://ombudsman.elderaffairs.org/

La Oficina del Defensor del Pueblo de Atención a Largo Plazo de Florida ayuda a las personas a obtener información sobre hogares de ancianos y a resolver problemas entre los hogares de ancianos y los residentes o sus familias.

Método	Oficina del Defensor del Pueblo de Atención a Largo Plazo de Florida: Información de contacto
LLAME	1-888-831-0404 De lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
ESCRIBA	Long Term Care Ombudsman 4040 Esplanade Way, Suite 380 Tallahassee, FL 32399-7000
SITIO EN LÍNEA	https://ombudsman.elderaffairs.org/

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

El sitio de Medicare.gov (https://www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) brinda información sobre cómo reducir los costos de sus medicamentos recetados. Para las personas con ingresos limitados, existen además otros programas para asistir, los cuales se describen a continuación.

Programa "Ayuda Extra" de Medicare

Dado que usted cumple los requisitos para Medicaid, califica para recibir y está recibiendo "Ayuda Extra" de Medicare para pagar los costos del plan de medicamentos con receta. No necesita hacer nada más para conseguir esta "Ayuda Extra".

Si tiene preguntas sobre la "Ayuda Extra", llame a:

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

Si considera que está pagando un monto incorrecto de costos compartidos cuando obtiene sus medicamentos con receta en una farmacia, nuestro plan cuenta con un proceso que le permite solicitar ayuda para obtener evidencia de su nivel correcto de copago o, si ya tiene la evidencia, poder brindárnosla.

Comuníquese con Servicios al Miembro para solicitar ayuda o para brindar uno de los documentos enumerados a continuación para establecer el nivel correcto de copago. Tenga en cuenta que todos los documentos siguientes deben demostrar que usted cumplía con los requisitos para Medicaid durante un mes después de junio del año anterior:

- Una copia de su tarjeta de Medicaid que incluya su nombre, fecha de aptitud y nivel de condición;
- Un informe del contacto que incluya la fecha en que se realizó la llamada de verificación a la Oficina de Medicaid, y el nombre, cargo y número de teléfono del miembro del personal del estado que verificó el nivel de beneficio de Medicaid de la condición de Medicaid;
- Una copia de un documento del estado que confirme la condición activa;
- Una impresión del archivo de inscripción electrónica estatal que muestre el estado de Medicaid;
- Una captura de pantalla de los sistemas de Medicaid que muestren su condición ante Medicaid;
- Otra documentación provista por el Estado que muestre su condición ante Medicaid;
- Un aviso de otorgamiento de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) con fecha de entrada en vigencia; o

- Una carta de "Información importante" de la Administración del Seguro Social (SSA) que confirme que usted "tiene derecho a recibir ayuda extra".

Si usted es un miembro que está institucionalizado, brinde uno o más de los siguientes:

- Un remito de un centro médico de atención a largo plazo que muestre el pago de Medicaid para un mes calendario completo;
- Una copia de un documento estatal que confirme el pago de Medicaid a un centro médico de atención a largo plazo por un mes calendario completo a su nombre;
- Una impresión de pantalla de los sistemas de Medicaid que muestre que está institucionalizado en base a, por lo menos, un mes calendario completo de permanencia con la finalidad de pago de Medicaid.
- Cuando recibamos pruebas que demuestren su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que usted pueda realizar el copago correcto cuando retire el siguiente medicamento con receta en la farmacia. Si realiza un copago mayor, se lo reembolsaremos. Le enviaremos un cheque por el monto de su pago de más o se lo compensaremos en copagos futuros. Si la farmacia no le ha cobrado un copago y está considerando su copago como deuda, podemos realizar el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, podemos realizar el pago directamente al estado. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al Miembro.

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

El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a las personas que viven con VIH/SIDA y que reúnen los requisitos de ADAP a tener acceso a los medicamentos para el VIH que salvan vidas. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están en el formulario del ADAP califican para la asistencia de costos compartidos de medicamentos con receta a través del número de atención de servicio al cliente del Programa de Asistencia para los Medicamentos contra el SIDA (ADAP) de Florida al 1-850-245-4422.

Nota: Para resultar apto para el ADAP que opera en su estado, las personas deben cumplir ciertos criterios, que incluyen la prueba de residencia en el estado y el estado de VIH, los bajos ingresos según lo definido por el estado, y el estado de no asegurado o insuficientemente asegurado. Si cambia de plan, notifique a su trabajador de inscripción del ADAP para que pueda seguir recibiendo asistencia. Para obtener información sobre los criterios de aptitud, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame a:

Método	Asistencia para los Medicamentos contra el SIDA (ADAP) de Florida: Información de contacto
LLAME	1-850-245-4422 de 8 a. m. a 5 p. m., hora local, de lunes a viernes
ESCRIBA	HIV/AIDS Section 4052 Bald Cypress Way Tallahassee, FL 32399
SITIO EN LÍNEA	https://www.floridahealth.gov/diseases-and-conditions/aids/adap/index.html

Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare

El Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare es una nueva opción de pago que funciona con su cobertura actual de medicamentos, y puede ayudar a que administre los costos de sus medicamentos al distribuirlos en **pagos mensuales que varían durante el año** (enero a diciembre). **Esta opción de pago podría ayudar a que administre sus gastos, pero no ayudará a que ahorre dinero o reduzca los costos de sus medicamentos.** La "Ayuda Extra" de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP, para quienes califiquen, ofrece más ventajas que la participación en el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare. Todos los miembros cumplen los requisitos para participar en esta opción de pago, sin importar el nivel de ingresos, y todos los planes de medicamentos de Medicare y los planes médicos de Medicare con cobertura de medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Comuníquese con nosotros o visite Medicare.gov para saber si esta opción es la adecuada para usted.

Método	Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare: Información de contacto
LLAME	**1-833-535-3767** Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1.° de octubre al 31 de marzo: de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1.° de abril al 30 de septiembre: de 8 a. m. a 8 p. m. de lunes a viernes Servicios al Miembro también cuenta con servicios de intérpretes de idiomas sin cargo disponibles para personas que no hablen inglés.
TTY	**711** Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1.° de octubre al 31 de marzo: de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1.° de abril al 30 de septiembre: de 8 a. m. a 8 p. m. de lunes a viernes
FAX	1-855-822-9400
ESCRIBA	AmeriHealth Caritas VIP Care P.O. Box 7139 London, KY 40742
SITIO EN LÍNEA	www.amerihealthcaritasvipcare.com/fl

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 completos para los trabajadores ferroviarios de la nación y sus familias. Si recibe Medicare a través de la Junta de Retiro Ferroviario, es importante que les informe si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario, comuníquese con la agencia.

Método	Junta de Retiro Ferroviario: Información de contacto
LLAME	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona "0", puede hablar con un representante de 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 presiona "1", puede acceder a la Línea de ayuda automatizada de RRB y a la información grabada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere un equipo de teléfono especial y solo está disponible para personas que tienen dificultades con la audición o el habla. Las llamadas a este número *no* son gratuitas.
SITIO EN LÍNEA	rrb.gov/

CAPÍTULO 3:
Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

SECCIÓN 1 Cosas que debe saber sobre cómo obtener atención médica y otros servicios como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que necesita saber sobre cómo utilizar el plan para recibir atención médica y otros servicios cubiertos. Define términos y explica las normas que debe seguir para obtener tratamientos médicos, servicios, equipos, medicamentos con receta y otros tipos de atención médica cubiertos por el plan.

Para obtener más información sobre qué atención médica y servicios cubre nuestro plan, use el cuadro de beneficios en el capítulo siguiente, Capítulo 4 (*Cuadro de beneficios médicos, lo que está cubierto*).

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

- Los **proveedores** son médicos y otros profesionales de atención médica habilitados por el estado para prestar servicios y atención médica. El término proveedores también incluye hospitales y otros centros médicos.
- Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, hospitales y otros centros médicos que tienen un contrato con nosotros para aceptar nuestro pago como pago total. Hemos arreglado que estos proveedores ofrezcan servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan directamente a nosotros por su atención médica. Cuando visita a un proveedor de la red, usted no paga nada por los servicios cubiertos.
- Los **servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, los servicios médicos, insumos, equipos y medicamentos con receta cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos para la atención médica se enumeran en el cuadro de beneficios en el Capítulo 4. Sus servicios cubiertos para medicamentos con receta se indican en el Capítulo 5.

Sección 1.2 Normas básicas para recibir atención médica y otros servicios cubiertos por el plan

Como un plan médico de Medicare, AmeriHealth Caritas VIP Care debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y puede ofrecer otros servicios además de los cubiertos bajo Original Medicare (esto se incluye en el capítulo 4 de este folleto).

Generalmente, AmeriHealth Caritas VIP Care cubrirá su atención médica, siempre y cuando:

- **La atención que reciba esté incluida en el Cuadro de beneficios médicos del plan** (este cuadro está en el Capítulo 4 de este documento).
- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria.** Médicamente necesario significa que los servicios, insumos, equipo o medicamentos son necesarios para la

prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de la práctica médica.

- **Usted tiene un proveedor de atención primaria (PCP) de la red que brinda y supervisa su atención.** Como miembro de nuestro plan, usted debe elegir a un PCP de la red (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
    - No es necesario que su PCP realice una referencia médica para la atención de emergencia o para servicios que se necesitan con urgencia. También existen algunos otros tipos de atención que usted puede recibir sin la aprobación previa de su PCP (para obtener más información, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Usted debe recibir atención médica de un proveedor de la red** (para más información, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, la atención de un proveedor fuera de la red (que no forma parte de la red de nuestro plan) no está cubierta. Esto significa que deberá pagar al proveedor todo el valor por los servicios brindados. *Hay tres excepciones:*
    - El plan cubre la atención de emergencia o los servicios que necesita con urgencia y que recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información al respecto y ver qué significa servicios de emergencia o servicios que se necesitan con urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
    - Si usted necesita atención médica que Medicare exige que nuestro plan cubra, pero no hay especialistas en nuestra red que brinden los cuidados, usted podrá recibir esta atención de un proveedor fuera de la red al mismo costo compartido que usted generalmente paga dentro de la red. Se exigirá una autorización previa. Se solicitará a su PCP o especialista que brinde información sobre su afección y el plan de tratamiento propuesto para que el plan pueda determinar si el servicio es médicamente necesario. La continuidad de atención para miembros que participan de un tratamiento continuo con un profesional o proveedor fuera de la red podría estar cubierta, pero será necesaria una autorización previa. En esta situación, cubriremos esos servicios como si los hubiera recibido de un proveedor de la red. Para obtener información sobre cómo obtener la aprobación para ver a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
    - El plan cubre los servicios de diálisis renal que reciba en un centro médico de diálisis certificado por Medicare cuando está temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor de este servicio no esté temporalmente disponible o accesible. El costo compartido que paga el plan por la diálisis no podrá exceder el costo compartido de Original Medicare. Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y obtiene la diálisis de un proveedor que está fuera de la red del plan, su costo compartido no podrá exceder lo que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de la red para la diálisis no está disponible temporalmente y usted opta por recibir los servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red del plan, el costo compartido por la diálisis podrá ser mayor.

SECCIÓN 2 Utilice proveedores de la red del plan para recibir atención médica y otros servicios

Sección 2.1 Usted debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) que brinde y supervise su atención

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

Cuando usted pasa a ser miembro de nuestro plan, debe elegir a un proveedor del plan de nuestro Directorio de proveedores para que sea su PCP. Existen diferentes tipos de médicos que pueden ser PCP. Generalmente, los PCP se especializan en medicina familiar, medicina general o medicina interna. Es posible que también tengamos disponibles otros proveedores especializados como PCP si fuera necesario o apropiado. Si se identifican en la sección de PCP del Directorio de proveedores y usted cumple con los requisitos (si corresponde) y el panel de PCP está abierto (lo que significa que están aceptando pacientes nuevos), usted puede solicitar que uno de estos médicos calificados sea su PCP.

Además de planificar y coordinar su atención, su PCP:

- Conocerá su historia médica y mantendrá actualizados sus registros.
- Responderá preguntas sobre su salud.
- Brindará información sobre alimentación y dieta saludables.
- Le dará vacunas y realizará las pruebas que necesita.
- Ayudará a obtener atención de otros proveedores, si es necesario.
- Encontrará problemas antes de que sean graves.
- Será un defensor del paciente.
- Brindará tratamiento preventivo para afecciones como: diabetes, hipertensión arterial y enfermedades cardíacas.
- Para algunos servicios, su PCP o especialista necesitará obtener la aprobación por anticipado de nuestro plan (esto se llama "autorización previa"). En estos casos, se solicitará a su PCP o especialista que brinde información sobre su afección y el plan de tratamiento propuesto para que AmeriHealth Caritas VIP Care pueda determinar si el servicio es médicamente necesario. Su PCP también sirve como punto de comunicación central para todos los servicios que recibe. Consultará a otros proveedores del plan sobre su atención y sobre cómo le está yendo. Ya que su PCP brindará y coordinará su atención médica, usted debe enviar todos sus registros médicos previos al consultorio de su PCP.

¿Cómo elegir a su PCP?

Usted debe elegir al proveedor de atención primaria (PCP) que le resulte cómodo ver y tener para administrar todas sus necesidades médicas. Puede cambiar de PCP en cualquier momento. Si quiere consultar los médicos que están disponibles como PCP, consulte nuestro Directorio de proveedores impreso, realice una búsqueda en nuestro Directorio de proveedores en línea o llame a Servicios al Miembro para confirmar la participación en la red. Tenga en cuenta que cuando cambia de PCP debe programar una consulta tan pronto como sea posible para asegurar que todas las autorizaciones para los servicios correspondientes están actualizadas.

Si no elige un PCP dentro de los primeros 14 días desde su inscripción, y AmeriHealth Caritas VIP Care intentó razonablemente brindarle ayuda pero sin éxito (por teléfono o por correo) en elegir un PCP, entonces AmeriHealth Caritas VIP Care le asignará uno y luego notificará a usted y al PCP de la designación. La designación del PCP no afectará de manera negativa ningún derecho de transición que usted tenga.

Cómo cambiar de PCP

Puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. También, existe la posibilidad de que su PCP deje la red de proveedores de nuestro plan, por lo que usted tendría que buscar un nuevo PCP. Si su PCP deja la red o ya no participa en la red de proveedores de nuestro plan, usted recibirá una notificación de este cambio, le ofreceremos un PCP de reemplazo o le ayudaremos a seleccionar un nuevo PCP. La notificación de estos cambios se realizará por carta y por una llamada de teléfono de Servicios al Miembro. Si bien nuestro objetivo e intención es avisarle del cambio, con frecuencia estos cambios ocurren de inmediato o con poco aviso. En estos casos, le asignaremos un nuevo PCP. Cuando se lo notifiquemos, si no desea el PCP seleccionado, podrá cambiar a otro PCP de la red disponible que usted elija.

El cambio tendrá efecto dentro de los cinco días hábiles de recibir la solicitud para cambiar de PCP. Los miembros que estén recibiendo un tratamiento activo de un proveedor que suspenda su participación en nuestro plan podrán continuar el tratamiento iniciado previamente con este proveedor hasta completarlo o hasta lograr la transición a un nuevo proveedor. La finalización o transición no podrán exceder los seis meses desde la fecha en que el proveedor suspenda la participación en nuestro plan.

Sección 2.2 ¿Qué tipo de atención médica y otros servicios puede recibir sin una referencia de su PCP?

Usted puede recibir los siguientes servicios sin obtener la aprobación previa de su PCP.

- Atención médica de rutina de la mujer, que incluye exámenes de mama, mamografías (radiografías de mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos siempre que los realice con un proveedor de la red.

- Dosis contra la influenza (o vacunas), vacunas contra la COVID-19, vacunas contra la Hepatitis B y vacuna contra la neumonía siempre que las reciba de un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia de los proveedores de la red o de proveedores fuera de la red.
- Servicios cubiertos del plan de necesidad urgente, que son servicios que requieren atención médica inmediata que no son emergencias siempre que usted se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan, o no es razonable dado a su momento, lugar y circunstancias obtener este servicio de proveedores de la red con quienes el plan tiene un contrato. Algunos ejemplos de servicios de necesidad urgente son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de dolencias existentes. Sin embargo, las consultas de proveedores de rutina médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran de necesidad urgente incluso si está fuera del área de servicio del plan o la red del plan no se encuentra disponible temporalmente.
- Servicios de diálisis renal en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando esté temporalmente fuera del área de servicio del plan. Si es posible, llame a Servicios al Miembro antes de salir del área de servicio para que podamos ayudar a hacer los arreglos para que realice la diálisis de mantenimiento mientras está afuera.
- Consultas médicas de un especialista.
- Atención médica mental para pacientes ambulatorios.
- Servicios de la vista y odontológicos de rutina.

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

Un especialista es un médico que presta servicios de atención médica para una enfermedad o parte del cuerpo específicas. Hay muchos tipos de especialistas. Estos son algunos ejemplos:

- Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos atienden a pacientes con enfermedades del corazón.
- Los ortopedistas atienden a pacientes con ciertas afecciones en huesos, articulaciones o músculos.

Las solicitudes que requieran autorización previa las puede presentar el miembro, el representante del miembro o el médico tratante/profesional de atención de manera verbal o a través del teléfono, fax o correo. El médico tratante o profesional de atención médica también puede solicitar una autorización a través del portal seguro de proveedores.

La autorización previa es realizada por el personal de Administración de la Utilización (UM) que tiene apoyo de médicos certificados. Las decisiones de autorización de previa se basan en guías de aceptación nacional (Criterios de Necesidad Médica de UM) y el personal de UM

puede aprobar los servicios solicitados cuando no se hayan cumplido los criterios de necesidad médica de UM.

Toda decisión de rechazar, alterar o aprobar la cobertura para una admisión, servicio, procedimiento o extensión de estadía en una cantidad, duración o alcanza que sea menor a la solicitada la realiza el director médico o designado luego de evaluar las necesidades de salud individuales del miembro, características del sistema de prestación local y, según sea necesario, consulta con el médico tratante. Los directores médicos o designados que tomen la decisión de rechazar, alterar o aprobar la cobertura de una admisión, servicio, procedimiento o extensión de la estadía en una cantidad, duración o alcance menor a la solicitada son médicos u otros profesionales de atención médica apropiados con suficiente experiencia médica y de otro tipo, incluido el conocimiento de los criterios de cobertura de Medicare con una licencia actual y sin restricciones para ejercer dentro del ámbito de su profesión en el estado asociado al plan del miembro.

Para algunos servicios, es posible que su PCP o especialista deba obtener la aprobación anticipada de nuestro plan. Esto se llama "autorización previa". En estos casos, se solicitará a su PCP o especialista que brinde información sobre su afección y el plan de tratamiento propuesto para que el plan pueda determinar si el servicio es médicamente necesario. Consulte el Capítulo 4, Sección 2.1 para obtener información sobre los servicios que requieren autorización previa.

¿Qué sucede si un especialista u otro proveedor de la red dejan nuestro plan?

Es posible que hagamos cambios en hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que son parte de su plan durante el año. Si su médico o especialista abandona su plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Si bien nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le demos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le daremos un aviso que su proveedor deja nuestro plan para que tenga tiempo suficiente de seleccionar un nuevo proveedor.
    - Si su proveedor de atención primaria o de la salud conductual deja nuestro plan, le daremos un aviso si tuvo alguna consulta con ese proveedor en los últimos tres años.
    - Si alguno de los otros proveedores deja nuestro plan, le daremos un aviso si usted está asignado al proveedor, recibe atención de esa personal en el momento o tuvo consultas en los últimos tres meses.
- Le brindaremos asistencia para seleccionar un proveedor nuevo calificado de la red al que pueda acceder para una atención continua.
- Si usted recibe actualmente un tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar que continúen las terapias y los tratamientos médicamente necesarios y trabajaremos con usted para garantizar que esto ocurra.

- Le brindaremos información sobre los distintos períodos de inscripción que tiene disponibles y las opciones que pueda tener para cambiar de plan.
- Haremos arreglos de cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores, pero con un costo compartido de red, cuando un proveedor o beneficio de la red no esté disponible o no sea adecuado para cumplir con sus necesidades médicas. Puede exigirse autorización previa.
- Si se entera que su médico o especialista va a dejar su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudar a que encuentre un nuevo proveedor que administre su atención.
- Si considera que no le brindamos un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no se está administrando de manera adecuada, tiene derecho a presentar una queja con respecto a la calidad de atención a la QIO, una queja formal de calidad de atención al plan, o ambas. Consulte el Capítulo 9.

Sección 2.4 Cómo recibir atención de proveedores fuera de la red

En la mayoría de los casos, la atención de un proveedor fuera de la red (que no forma parte de la red de nuestro plan) no está cubierta. Hay tres excepciones:

- El plan cubre la atención de emergencia o los cuidados que necesita con urgencia y que recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información al respecto y ver qué significa atención de emergencia o que se necesitan con urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
- Los servicios de diálisis renal que usted realiza en un centro médico de diálisis certificado por Medicare están cubiertos cuando esté temporalmente fuera del área de servicio del plan.
- Si usted necesita atención médica que Medicare exige que nuestro plan cubra y los proveedores de nuestra red no puedan brindar esta atención, usted podrá recibir esta atención de un proveedor fuera de la red.

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

Sección 3.1 Cómo recibir atención si tiene una emergencia médica

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

Una **emergencia médica** es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, creen que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de su vida (y, si está embarazada, la pérdida de un hijo aún no nacido), la pérdida de una extremidad o la pérdida o grave incapacidad de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección que empeora rápidamente.

Si tiene una urgencia médica:

- **Reciba ayuda tan pronto como sea posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o vaya a la sala de emergencias u hospital más cercanos. Llame a una ambulancia si es necesario. *No* es necesario obtener primero aprobación o referencia médica de su PCP. No es necesario que acuda a un médico de la red. Puede obtener atención médica de urgencia cubierta siempre que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios o en todo el mundo, y de cualquier proveedor con la licencia estatal apropiada, aunque no sea parte de nuestra red.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de que nuestro plan está al tanto de su emergencia.** Necesitamos realizar un seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona deben informarnos sobre su atención médica de emergencia, por lo general, dentro de las 48 horas. Llame Servicios al Miembro a los números de teléfono que están impresos en la contraportada de este folleto.

¿Qué está cubierto si tiene una emergencia médica?

Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones en las que llegar a la sala de emergencias de cualquier otro modo podría poner en riesgo su salud. También cubrimos servicios médicos durante la emergencia.

Los médicos que estén atendiendo su emergencia decidirán cuándo su condición sea estable y haya terminado la situación de emergencia.

Después de que la emergencia termine, usted tendrá derecho a recibir atención médica de seguimiento para asegurar que su estado sigue siendo estable. Sus médicos seguirán brindándole tratamiento hasta que se pongan en contacto con nosotros y harán planes de atención adicional. Su cuidado de seguimiento estará cubierto por nuestro plan. Si los proveedores que lo atiendan

en primera instancia no forman parte de nuestra red, intentaremos coordinar que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su afección médica y las circunstancias lo permitan.

¿Qué pasa si no era una emergencia médica?

A veces puede ser difícil saber si tiene una emergencia médica. Por ejemplo, podría ir por atención de emergencia pensando que su salud está en grave peligro y el médico puede determinar que, después de todo, no era una emergencia médica. Si resulta que no era una emergencia, cubriremos su atención siempre y cuando haya tenido motivos razonables para pensar que su salud estaba en grave peligro.

Sin embargo, una vez que el médico determine que *no* era una emergencia, cubriremos la atención adicional *solo* si usted recibe la atención adicional en una de estas dos maneras:

- Va a un proveedor de la red para recibir atención adicional.
- - *o* - La atención adicional que recibe se considera "servicios de necesidad urgente" y cumple con las normas para obtener esta atención urgente (para más información sobre esto, consulte la Sección 3.2 siguiente).

Sección 3.2 Cómo recibir atención cuando tiene servicios de necesidad urgente

¿Qué son servicios de necesidad urgente?

Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata que no es una emergencia es un servicio de necesidad urgente si ya sea usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan, o no es razonable dado a su momento, lugar y circunstancias obtener este servicio de proveedores de la red con quienes el plan tiene un contrato. Algunos ejemplos de servicios de necesidad urgente son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de dolencias existentes. Sin embargo, las consultas de proveedores de rutina médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran de necesidad urgente incluso si está fuera del área de servicio del plan o la red del plan no se encuentra disponible temporalmente.

Si necesita atención urgente, pero no está seguro de si se trata de una urgencia, llame primero a su PCP. Si no puede comunicarse con su PCP, llame a la Línea de enfermería 24/7 al

1-833-835-6250 (TTY 711). Su PCP o la enfermera ayudará a que decida si necesita ir a la sala de emergencias, al consultorio de su PCP o a un centro de atención médica urgente cercano.

Si tiene una urgencia médica:

Pida ayuda lo más pronto posible. Llame al 911 o vaya a la sala de urgencias u hospital más cercanos. Llame a una ambulancia si es necesario. No es necesario obtener primero aprobación o referencia médica de su PCP.

Tan pronto como sea posible, asegúrese de que nuestro plan esté al tanto de su emergencia. Necesitamos realizar un seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona deben informarnos sobre su atención médica de emergencia, por lo general, dentro de las 48 horas. Sin embargo, no deberá pagar por servicios de emergencia si se demoró en informarnos. Llame a Servicios al Miembro al 1-833-535-3767 **(los usuarios de TTY deberán llamar al 711).** Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas del 1.° de abril al 30 de septiembre de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. y del 1.° de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. Las llamadas a estos números son gratuitas. Puede recibir atención médica de urgencia cubierta cuando la necesite en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios.

Nuestro plan cubre los servicios de emergencia y atención urgente en todo el mundo fuera de los Estados Unidos en las siguientes circunstancias: servicios de emergencia, incluida la atención de urgencia o de emergencia y el transporte de emergencia en ambulancia desde el lugar de la emergencia hasta el centro de tratamiento médico más cercano. No está cubierto el transporte de regreso a los Estados Unidos desde otro país. No se cubren los tratamientos preprogramados y planificados (incluida la diálisis para una enfermedad en curso) y/o procedimientos electivos.

Sección 3.3 Cómo recibir atención durante un desastre

Si el gobernador de su estado, el secretario de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., o el presidente de los Estados Unidos declaran estado de desastre o emergencia en su área geográfica, usted tendrá de todas formas derecho a recibir atención de su plan.

Consulte el siguiente sitio de Internet: www.amerihealthcaritasvipcare.com/fl para obtener información sobre cómo recibir atención necesaria durante un desastre.

Si no puede usar un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá recibir atención de proveedores fuera de la red con los costos compartidos dentro de la red. Si no puede utilizar una farmacia de la red durante un desastre, posiblemente pueda surtir sus medicamentos bajo receta en una farmacia fuera de la red. Para más información, consulte el Capítulo 5, Sección 2.5.

SECCIÓN 4 ¿Qué pasa si le facturan directamente a usted el costo total de sus servicios?

Sección 4.1 Usted puede pedirnos que paguemos los servicios cubiertos

Si usted ha pagado sus servicios cubiertos o si ha recibido una factura por servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 *(Cómo solicitarnos que paguemos una factura que ha recibido*

por servicios médicos o medicamentos cubiertos) para obtener información sobre qué debe hacer.

Sección 4.2 ¿Qué debería hacer si nuestro plan no cubre los servicios?

AmeriHealth Caritas VIP Care cubre todos los servicios médicamente necesarios según el Cuadro de Beneficios Médicos en el Capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios no cubiertos por nuestro plan o servicios obtenidos fuera de la red y que no fueron autorizados, usted será responsable de pagar el costo total de los servicios.

Con respecto a los servicios cubiertos que tienen un límite de beneficios, usted también deberá pagar el costo total de los servicios que recibe después de haber agotado su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Toda cantidad que pague por servicios después de haber alcanzado un límite de beneficio no se tendrá en cuenta para el máximo de gastos de bolsillo.

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando está en un estudio de investigación clínica?

Sección 5.1 ¿Qué es un estudio de investigación clínica?

Un estudio de investigación clínica (también llamado *ensayo clínico*) es la forma en que los médicos y científicos prueban nuevos tipos de atención médica; por ejemplo, cómo funciona un nuevo medicamento contra el cáncer. Ciertos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare por lo general solicitan la participación de voluntarios en el estudio.

Una vez que Medicare apruebe el estudio, y usted exprese interés, una persona que trabaja en el estudio se comunicará con usted para explicarle más sobre el estudio y determinar si cumple con los requisitos establecidos por los científicos que lo están llevando a cabo. Usted puede participar en el estudio siempre que cumpla con los requisitos de participación *y* comprenda y acepte plenamente lo que implica participar en el estudio.

Si usted participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare pagará la mayor parte de los costos por los servicios cubiertos que recibe como parte del estudio. Si usted nos informa que está participando en un ensayo clínico calificado, solo será responsable de los costos compartidos dentro de la red por los servicios de ese ensayo. Si pagó de más, por ejemplo, si ya pagó el monto de costo compartido de Original Medicare, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido dentro de la red. Sin embargo, usted deberá brindar la documentación que demuestre cuánto pagó. Cuando participa en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su atención (la que no se relaciona con el estudio) a través de nuestro plan.

Si usted quiere participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* es necesario que nos diga o que obtenga nuestra aprobación o la de su PCP. Los proveedores que brindan atención como parte del estudio de investigación clínica *no* necesitan ser parte de la red de proveedores de nuestro plan. Tenga en cuenta que esto no incluye beneficios para los cuales nuestro plan es responsable que incluyen, como componente, un estudio clínico o registro para evaluar el beneficio. Estos incluyen ciertos beneficios especificados bajo las determinaciones de cobertura nacional que exigen cobertura con estudios de desarrollo de evidencia (NCS-CED) y exenciones de dispositivos de investigación (IDE) y pueden estar sujetos a autorización previa y otras normas del plan.

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

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

Sección 5.2 Cuando participa de un estudio de investigación clínica, ¿quién paga qué?

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

- Alojamiento y comida para la admisión hospitalaria que Medicare pagaría, aunque no estuviera en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si forma parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de efectos secundarios y complicaciones de la nueva atención.

Después de que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará el resto. Como para todos los servicios cubiertos, usted no tendrá que pagar nada por los servicios cubiertos se reciba en el estudio de investigación clínica.

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

- Por lo general, Medicare *no* pagará el nuevo artículo o servicio que el estudio esté probando a menos que Medicare cubriera el artículo o servicio incluso si *no* estuviera en un estudio.
- Artículos o servicios que solo se brinda para recopilar datos y no se utilizan en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no pagaría tomografías computarizadas

(TC) mensuales que sean parte del estudio si su afección normalmente requeriría solo una TC.

- Artículos o servicios brindados habitualmente por patrocinadores de la investigación de forma gratuita a cualquier participante en el ensayo.

¿Quiere saber más?

Puede obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica a través del sitio de Internet de Medicare para leer o descargar la publicación *Medicare y los estudios de investigación clínica*. (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

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

Una institución religiosa no médica de atención de la salud es una institución que brinda atención para una afección que normalmente se trataría en un hospital o en un establecimiento de enfermería especializada. Si obtener atención en un hospital o un establecimiento de enfermería especializada va contra las creencias religiosas de un miembro, en su lugar prestamos cobertura para atención en una institución religiosa no médica de atención de la salud. Este beneficio se solo brinda para los servicios a los pacientes internados de la Parte A (servicios de salud no médicos).

Sección 6.2 Recibir atención cubierta en una institución religiosa no médica de atención de la salud

Para recibir atención en una institución religiosa no médica de atención de la salud debe firmar un documento legal que dice que se opone conscientemente a recibir tratamiento médico que **no esté exceptuado**.

- La atención o los tratamientos médicos que **no están exceptuados** se refieren a la atención o al tratamiento médico *voluntarios* y que *no son obligatorios* según la legislación federal, estatal o local.

- La atención o el tratamiento médico **exceptuados** se refieren a la atención o el tratamiento médico que *no* son voluntarios o son *obligatorio* según la legislación federal, estatal o local.

Para estar cubierto por nuestro plan, la atención que recibe de una institución no médica religiosa dedicada al cuidado de la salud debe cumplir con las siguientes condiciones:

- El centro que brinda atención debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de nuestro plan de los servicios que recibe se limita a aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si usted recibe servicios de esta institución que se brindan en un centro de atención de la salud, corresponden las siguientes condiciones:
    - Debe tener una afección que le permitiría recibir los servicios cubiertos para la atención en el hospital o atención en un establecimiento de enfermería especializada.
    - - *y* - Usted debe obtener la aprobación previa de nuestro plan antes de ser admitido en el centro de salud o no cubriremos su admisión.

Se aplican límites de Medicare para la cobertura de la internación hospitalaria. El límite de Medicare para la cobertura de la internación hospitalaria se puede encontrar en el cuadro de beneficios en el Capítulo 4.

SECCIÓN 7 Normas para la propiedad del equipo médico duradero

Sección 7.1 ¿Usted será dueño del equipo médico duradero después de hacer un cierto número de pagos según nuestro plan?

El equipo médico duradero (DME) incluye artículos como equipos e insumos de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, insumos para diabéticos, dispositivos generadores de habla, bombas de infusión intravenosa (IV), nebulizadores y camas de hospital ordenadas por un proveedor para su uso en el hogar. El miembro siempre posee ciertos artículos, como prótesis. En esta sección, abordaremos otros tipos de equipos médicos duraderos que se deben alquilar.

En Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de equipos médicos duraderos pasan a ser dueñas del equipo después de pagar los copagos para dicho artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de AmeriHealth Caritas VIP Care, usted por lo general no pasará a ser dueño de los artículos del equipo médico duradero que haya alquilado sin importar cuántos copagos haya hecho como miembro de nuestro plan, incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de DME de acuerdo con Original Medicare antes de que se sumó a

nuestro plan. Bajo ciertas circunstancias limitadas, transferiremos la propiedad del equipo médico duradero. Llame a Servicios al Miembro para obtener más información.

¿Qué sucede con los pagos que ha realizado por el equipo médico duradero si cambia a Original Medicare?

Si no adquirió la propiedad del artículo de DME mientras que estaba en nuestro plan, tendrá que realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de cambiarse a Original Medicare con el fin de adquirir la propiedad del artículo. Los pagos realizados mientras está inscrito en su plan no cuentan.

Ejemplo 1: Realizó 12 o menos pagos consecutivos por el artículo en Original Medicare y luego se sumó a nuestro plan. Los pagos que realizó en Original Medicare no cuentan. Deberá realizar 13 pagos a nuestro plan antes de ser propietario del artículo.

Ejemplo 2: Realizó 12 o menos pagos consecutivos por el artículo en Original Medicare y luego se sumó a nuestro plan. Era parte de nuestro plan, pero no obtuvo la propiedad durante ese tiempo. Luego vuelve a Original Medicare. Deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos para ser propietario del artículo cuando se una de nuevo a Original Medicare. Todos los pagos previos (ya sea a nuestro plan o a Original Medicare) no cuentan.

SECCIÓN 7.2 Normas para equipos de oxígeno, insumos y mantenimiento

¿Qué beneficios de oxígeno le corresponden?

Si usted califica para la cobertura de Medicare de equipos de oxígeno, AmeriHealth Caritas VIP Care cubrirá:

- Alquiler de equipos de oxígeno.
- Entrega de oxígeno y suministros de oxígeno.
- Tubos y accesorios relacionados para la entrega de oxígeno e insumos de oxígeno
- Mantenimiento y reparaciones de equipos de oxígeno

Si usted deja AmeriHealth Caritas VIP Care o el equipo de oxígeno ya no es médicamente necesario, entonces se debe devolver el equipo de oxígeno.

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

Original Medicare requiere que un abastecedor de oxígeno le brinde servicios durante cinco años. Durante los primeros 36 meses, usted alquilará el equipo. Los 24 meses restantes, el abastecedor brindará el equipo y el mantenimiento (usted seguiría siendo responsable del copago del oxígeno). Luego de los cinco años, usted podrá elegir quedarse con la misma compañía o pasarse a otra. A esta altura, el ciclo de cinco años comenzará de nuevo, incluso si permanece

con la misma compañía, que le exigirá que realice los copagos de los primeros 36 meses. Si se suma o deja nuestro plan, el ciclo de cinco años comenzará de nuevo.

CAPÍTULO 4:
Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto)

SECCIÓN 1 Cómo entender los servicios cubiertos

Este capítulo brinda un Cuadro de beneficios médicos que enumera sus servicios cubiertos como miembro de AmeriHealth Caritas VIP Care. Más adelante en este capítulo, podrá encontrar información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También explica los límites en ciertos servicios.

Sección 1.1 Usted no paga nada por sus servicios cubiertos

Como usted recibe asistencia de Medicaid, no paga nada por sus servicios cubiertos siempre y cuando siga las normas de los planes para recibir la atención. (Consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre las normas de los planes para recibir atención).

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

Nota: Debido a que nuestros miembros también reciben ayuda de Medicaid, muy pocos alcanzan este gasto máximo de bolsillo. Usted no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo a cuenta del gasto máximo de bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

Como usted está inscrito en un Plan Medicare Advantage, existe un límite al monto que tiene que pagar de gastos de bolsillo cada año por los servicios médicos que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Este límite se llama monto de gasto de bolsillo máximo (MOOP) por servicios médicos. Para el año calendario de 2025, este monto es de $9,350.

Los montos que usted paga para copagos por los servicios cubiertos se tienen en cuenta para el monto máximo de gastos de bolsillo. Los montos que usted paga para las primas de su plan y para los medicamentos con receta de la Parte D no se tienen en cuenta para el monto máximo de gastos de bolsillo. Si alcanza el monto máximo de gastos de bolsillo de $9,350, usted no tendrá que pagar ningún gasto de bolsillo por el resto del año por los servicios cubiertos de la Parte A y Parte B. Sin embargo, debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare (a menos que a su prima de la Parte B la pague Medicaid u otro tercero).

SECCIÓN 2 Use el *Cuadro de beneficios médicos* para averiguar lo que está cubierto

Sección 2.1 Sus beneficios médicos como miembro del plan

El Cuadro de beneficios médicos en las siguientes páginas enumera los servicios que cubre AmeriHealth Caritas VIP Care. La cobertura de medicamentos recetados de la Parte D se

encuentra en el Capítulo 5. Los servicios enumerados en el Cuadro de beneficios médicos se cubren solo cuando se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

- Sus servicios cubiertos de Medicare deben brindarse según las guías de cobertura establecidas por Medicare.
- Los servicios (lo que incluye atención médica, servicios, insumos, equipo y medicamentos de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que los servicios, insumos o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de la práctica médica.
- Para los nuevos inscriptos, su plan de atención coordinada de MA debe brindar un periodo de transición mínimo de 90 días, durante el cual el nuevo plan de MA no puede exigir autorización previa para ningún curso activo de tratamiento, incluso si el curso de tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Usted recibe atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierta, a menos que se trate de una atención de emergencia o de urgencia o que su plan o un proveedor de la red le haya dado una referencia médica. Esto significa que deberá pagar al proveedor todo el valor por los servicios brindados.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (PCP) que brinda y supervisa su atención. En la mayoría de las situaciones, sus PCP deberá brindarle aprobación por adelantado para que pueda ver a otros proveedores de la red del plan. Esto se llama darle una referencia médica.
- Algunos de los servicios enumerados en el Cuadro de beneficios médicos se cubren *solo* si su médico u otro proveedor de la red recibe nuestra aprobación por adelantado (a veces llamada autorización previa). Los servicios cubiertos que necesitan la aprobación previa están marcados en el Cuadro de beneficios médicos con un asterisco. Además, los siguientes servicios no incluidos en el Cuadro de beneficios necesitan autorización previa:
    - Terapia con oxígeno hiperbárico
    - Bypass gástrico/gastroscopia vertical con banda
    - Cirugía de párpados
    - Servicios de infusión en el hogar
    - Procedimientos que podrían considerarse estéticos
    - Cirugía para la apnea del sueño
    - Cirugía de la mandíbula y articulación temporomandibular (ATM)
    - Servicios de trasplantes
    - Cirugía de venas varicosas

- Instituciones religiosas no médicas para la atención de la salud (RNHCI)
- Uvulopalatofaringoplastia (UPPP)

Otras cosas importantes que debe saber sobre nuestra cobertura:

- Usted tiene cobertura de Medicare y Medicaid. Medicare cubre atención médica y medicamentos bajo receta. Medicaid cubre su costo compartido por los servicios de Medicare. Medicaid cubre los servicios que no cubre Medicare, como servicios en el hogar y los servicios basados en la comunidad.
- Como todos los planes médicos de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. (Si quiere saber más sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, lea su manual *Medicare y usted 2025*. Consúltelo en Internet en www.medicare.gov o solicite una copia al 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).
- Todos los servicios de atención médica preventiva que Original Medicare cubre sin costo, también están cubiertos sin costo para usted.
- Si Medicare agrega la cobertura de cualquier servicio nuevo en 2025, ya sea Medicare o nuestro plan cubrirán los servicios.
- Este plan incluye tanto los beneficios de Medicare como algunos de los de Medicaid que no se ofrecen con Medicare. El Cuadro de beneficios médicos a continuación enumera los beneficios de Medicare y los beneficios adicionales de Medicaid que están cubiertos.
- Si usted se encuentra en el período de los **seis meses** de nuestro plan en que se considera la aptitud continua, continuaremos brindando todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. Sin embargo, durante este período, AmeriHealth Caritas VIP Care no cubrirá los beneficios de Medicaid que se incluyen en el Plan Estatal de Medicaid, ni pagaremos las primas de Medicare o los costos compartidos de los que, de otro modo, el estado sería responsable.

No paga nada por los servicios enumerados en el Cuadro de beneficios, siempre que cumpla con los requisitos de cobertura descritos anteriormente.

Información importante sobre beneficios para inscriptos que cumplen con los requisitos para recibir "Ayuda Extra".

- Si recibe "Ayuda Extra" para pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como primas, deducibles y coseguro, es posible que cumpla con los requisitos para otros beneficios complementarias específicos y/o costos compartidos reducidos específicos.
- Vaya al Cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4 para obtener más información.
- Comuníquese con nosotros para conocer exactamente los beneficios para los que podría ser elegible.

Verá esta manzana junto a los servicios de atención médica preventiva en el Cuadro de beneficios.

Cuadro de beneficios médicos

Servicios que se cubren para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios.
Examen de aneurisma de la aorta abdominal Un examen único de ultrasonido para personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y obtiene una referencia médica de su médico, auxiliar médico, enfermero profesional o especialista en enfermería clínica.	No hay coseguro, copago o deducible para los beneficiarios aptos para esta prueba de detección preventiva.
Acupuntura para dolor lumbar crónico Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Cobertura de hasta 12 sesiones en 90 días para beneficiarios de Medicare bajos las siguientes circunstancias: A efectos de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define de la siguiente forma: • que dura 12 semanas o más; • no específico, ya que no tiene una causa sistémica identificable (por ejemplo, no está asociado con enfermedad metastática, inflamatoria, infecciosa, etc.); • no asociado con una cirugía, y • no asociado con un embarazo. Se cubrirán ocho sesiones adicionales a aquellos pacientes que demuestren mejoras. No se pueden suministrar más de 20 tratamientos de acupuntura anuales. El tratamiento deberá interrumpirse si el paciente no mejora o empeora. Requisitos para los proveedores: Los médicos (según la definición de 1861(r)(1) de la Ley de Seguridad Social (la Ley)) pueden ofrecer acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables. Los asistentes médicos (PA), los enfermeros profesionales (NP)/especialistas en enfermería clínica (CNS) (como se identifican en 1861(aa)(5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden realizar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y tienen lo siguiente:	No hay coseguro, copago o deducible para las sesiones de acupuntura cubiertas por Medicare. No hay coseguro, copago o deducible para las sesiones de acupuntura cubiertas por Medicare.

Servicios que se cubren para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios.
Acupuntura para dolor lumbar crónico (continuación) • un título de maestría o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una facultad acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM), y • una licencia actualizada, completa, activa y sin restricciones para practicar acupuntura en el estado, territorio, o Commonwealth (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos, o Distrito de Columbia. El personal auxiliar que realiza acupuntura debe estar bajo el nivel adecuado de supervisión de un médico, un PA o un NP/CNS, tal como lo requieren nuestros reglamentos en 42 CFR §§ 410.26 y 410.27. Servicios de rutina cubiertos: Hasta un total combinado de 20 sesiones de acupuntura y quiropráctica de rutina (no Medicare) médicamente necesarias al año	
Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o no emergencia, incluyen servicios de ambulancia de ala fija, ala rotativa y terrestre al centro médico adecuado más cercano y que estén equipados para brindar atención a un miembro cuya afección sea tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona o si así lo autoriza el plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, se deberá documentar que la afección del miembro es tal que otro medio de transporte podría poner en peligro la salud de la persona y que el transporte por ambulancia es médicamente necesario. ***Se requiere autorización previa para servicios de ambulancia que no son de urgencia.*** ***Solicitudes de ambulancia que no son de urgencia entre un establecimiento de cuidados agudos y uno de cuidados semiagudos no requieren autorización previa.***	No hay coseguro, copago o deducible por servicios de ambulancia. *

Servicios que se cubren para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios.
Consulta anual de rutina Si usted ha tenido la Parte B durante más de 12 meses, puede realizar una consulta anual de rutina para crear o actualizar un plan de prevención personalizado en base a su salud actual y a los factores de riesgo. Esto se cubre una vez cada 12 meses. **Nota**: Su primera consulta anual de rutina no puede realizarse dentro de los 12 meses de su consulta preventiva de Bienvenido a Medicare. Sin embargo, no necesita haber tenido una visita de Bienvenido a Medicare para tener cobertura de las visitas anuales de rutina después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.	No hay coseguro, copago o deducible para la consulta anual de rutina.
Medición de la masa ósea Los siguientes servicios se cubren cada 24 meses, o con mayor frecuencia si es médicamente necesario, para las personas que cumplen con los requisitos (generalmente, se refiere a personas en riesgo de perder masa ósea o riesgo de osteoporosis): procedimientos para identificar la masa ósea, detectar pérdida ósea, o determinar la calidad del hueso, incluso la interpretación de los resultados por parte de un médico.	No hay coseguro, copago o deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.
Pruebas de detección del cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Una mamografía de referencia entre los 35 y los 39 años • Una mamografía cada 12 meses para mujeres de 40 años o más • Exámenes médicos de mamas una vez cada 24 meses	No hay coseguro, copago o deducible para mamografías de detección cubiertas.

Servicios que se cubren para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios.
Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios físicos, educación y asesoramiento están cubiertos para los miembros que reúnan ciertas condiciones con la orden de un médico. El plan también cubre programas de rehabilitación cardíaca intensiva que son típicamente más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca. ***Se requiere autorización previa***	No hay coseguro, copago o deducible por Servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare. * No hay coseguro, copago o deducible por Servicios intensivos de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare.* *
Consulta de reducción del riesgo de enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una consulta al año con su médico de atención primaria para ayudar a reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, su médico puede hablar sobre el uso de la aspirina (si corresponde), controlar su presión arterial y darle consejos para asegurarse de que está comiendo saludablemente.	No hay coseguro, copago o deducible para el beneficio preventivo de terapia conductual intensiva para enfermedades cardiovasculares.
Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas con un riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).	No hay coseguro, copago o deducible para las pruebas de enfermedades cardiovasculares que se cubren una vez cada 5 años.
Pruebas de detección para el cáncer de cuello uterino y vaginal Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Para todas las mujeres: Las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos se cubren una vez cada 24 meses • Si usted tiene un alto riesgo de padecer cáncer cervical o vaginal o está en edad reproductiva y ha tenido una prueba de Papanicolaou anormal dentro de los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses	No hay coseguro, copago o deducible para los exámenes preventivos de Papanicolaou y pélvicos cubiertos por Medicare.

Servicios que se cubren para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios.
Servicios quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación. Servicios de rutina cubiertos: Hasta un total combinado de 20 sesiones de acupuntura y quiropráctica de rutina (no Medicare) médicamente necesarias al año.	No hay coseguro, copago o deducible para las consultas quiroprácticas cubiertas por Medicare. No hay coseguro, copago o deducible por consultas quiroprácticas de rutina.

Servicios que se cubren para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios.
Prueba de detección para el cáncer colorrectal Se cubren las siguientes pruebas de detección: • La colonoscopia no tiene límite mínimo ni máximo de edad y se cubre una vez cada 120 meses (10 años) para los pacientes que no tenga un alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para los pacientes que no tengan un alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para los pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa o enema de bario. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para pacientes que no tenga un alto riesgo después de que el paciente haya recibido una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo a partir de la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario. • Pruebas de detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • ADN en heces multiobjetivo para pacientes de 45 a 85 años que no cumplan criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años que no cumplan criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Enema de bario como alternativa a la colonoscopia para pacientes de alto riesgo y 24 meses desde el último enema de bario de detección o la última colonoscopia de detección. • Enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes sin alto riesgo y mayores de 45 años. Una vez al menos 48 meses después del último enema de bario de detección o sigmoidoscopia flexible de detección. Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba de detección del cáncer colorrectal no invasiva basada en heces cubierta por Medicare muestre un resultado positivo.	No hay coseguro, copago o deducible para una prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare, excluidos los enemas de bario, para los cuales aplica el coseguro. Si su médico encuentra y remueve un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o la sigmoidoscopia flexible, el examen de detección se convierte en un examen de diagnóstico.
Servicios dentales En general, los servicios odontológicos preventivos (como limpiezas, exámenes odontológicos de rutina y radiografías	No hay coseguro, copago o deducible por los siguientes beneficios dentales cubiertos

Servicios que se cubren para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios.
Servicios dentales (continuación) dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Sin embargo, Medicare paga actualmente los servicios dentales en una cantidad limitada de circunstancias, específicamente cuando ese servicio forma parte esencial del tratamiento específico de la enfermedad principal de un beneficiario. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula tras una fractura o lesión, las extracciones dentales realizadas como preparación para la radioterapia para un cáncer que afecte a la mandíbula, o exámenes orales previos al trasplante de riñón. Además, cubrimos lo siguiente: ***Preventivos:*** Los beneficios dentales preventivos incluyen los siguientes servicios: • Exámenes bucales: 1 cada 6 meses • Limpiezas: 1 cada 6 meses • Tratamiento con flúor: 1 cada 6 meses • Radiografías dentales: 4 cada año o 6 códigos de radiografías cada año. Serie de radiografías de toda la boca: 1 cada 5 años. o Radiografía panorámica: 1 cada 5 años. o Radiografía cefalométrica: 1 cada 5 años por miembro y no computa para 4 radiografías al año o 6 códigos al año. ***Integrales:*** Los beneficios dentales integrales incluyen los siguientes servicios: • restauraciones menores (empastes). • extracciones simples. • dentaduras postizas: 1 cada 5 años * • reparación y alineación de dentaduras postizas * • extracciones quirúrgicas (limitadas a 1 por diente, por vida)	por Medicare, preventivos e integrales.*

Servicios que se cubren para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios.
• Cirugía bucal * • Periodoncia (1 cada 24 meses por cuadrante. Desbridamiento una vez al año) * • Endodoncia (1 por diente de por vida) Se requieren radiografías pre y postoperatorias * • Coronas, 1 cada 5 años por pieza dental. No más de 4 por año calendario con no más de 2 coronas por arco * • Mini-implantes (solo arco inferior) y dentadura postiza soportada por implantes (solo arco inferior) * ***Se requiere autorización previa.*** ***Pueden aplicarse límites de servicios a servicios integrales.*** ***Los puentes fijos y todos los demás implantes dentales (excepto los mini implantes) no están cubiertos.*** ***Solo pagaremos los servicios dentales cubiertos si consulta con un dentista de la red. En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red.***	
Pruebas de detección de la depresión Cubrimos una prueba de detección de la depresión por año. La prueba de detección debe hacerse en un entorno de atención primaria que pueda brindar tratamiento de seguimiento y/o referencias médicas.	No hay coseguro, copago o deducible para la consulta anual de rutina de detección de la depresión.

Servicios que se cubren para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios.
Pruebas de detección de la diabetes Cubrimos estas pruebas de detección (incluidas pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de azúcar alta en la sangre (glucosa). Las pruebas también se pueden cubrir si cumple otros requisitos, como tener sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes. Puede cumplir con los requisitos para un máximo de dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses a partir de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.	No hay coseguro, copago o deducible para pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.

Servicios que se cubren para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios.
Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios e insumos para diabéticos Para todas las personas que tienen diabetes (ya sea que utilicen insulina o no). Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Insumos para controlar la glucosa en sangre: monitor de glucosa en sangre, tiras reactivas para glucosa en sangre, lancetas y dispositivos para lancetas, y soluciones para el control de la glucosa para controlar la precisión de las tiras reactivas y monitores. • Para las personas con diabetes que tienen enfermedad grave de pie diabético: Un par de calzados terapéuticos a medida (que incluye plantillas) por año calendario y dos pares adicionales de plantillas, o un par de calzado de profundidad y tres pares de plantillas (no se incluyen las plantillas estándar removibles que vienen con ese calzado). La cobertura incluye el ajuste personal. • La capacitación sobre el manejo propio de la diabetes se cubre bajo ciertas condiciones. • Monitores continuos de glucosa (MCG) y los accesorios que acompañan ***Se requiere autorización previa para marcas no preferidas de insumos para la diabetes.*** ****Se requiere autorización previa para monitores continuos de glucosa e insumos preferidos y no preferidos.***	No hay coseguro, copago o deducible para los servicios e insumos de marca preferida para la diabetes.* Hay un 20% de coseguro que se puede facturar al plan de Medicaid para marcas de insumos para la diabetes no preferidos.* No hay coseguro, copago o deducible para la capacitación para el manejo propio de la diabetes cubierta por Medicare. Todos los monitores continuos de glucosa (preferidos y no preferidos) y los insumos que los acompañan tendrán un coseguro del 20% que se puede facturar a su plan de Medicaid.**
Equipo médico duradero (DME) e insumos relacionados (Para leer una definición de equipo médico duradero, consulte el Capítulo 12 además del Capítulo 3, Sección 7 de este documento). Estos son algunos de los artículos cubiertos: silla de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, insumos para diabéticos, camas de hospital ordenadas por un proveedor para uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos generadores de habla, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores.	No hay coseguro, copago o deducible para el equipo médico duradero cubierto por Medicare. * Su costo compartido para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare es de $0 por mes.

Servicios que se cubren para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios.
Cubrimos todos los equipos médicos duraderos médicamente necesarios que cubre Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no tiene una marca o fabricante determinados, puede preguntarles si es posible que realicen un pedido especial para usted. **Equipo médico duradero (DME) e insumos relacionados (continuación)** ***Se requiere autorización previa.***	
Atención médica de emergencia La atención médica de emergencia se refiere a estos servicios: • Brindados por un proveedor habilitado para ofrecer servicios de emergencia, y • Necesarios para evaluar o estabilizar una afección de emergencia. Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, consideran que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y, si está embarazada, la pérdida del niño por nacer), la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección que empeora rápidamente. Los costos compartidos para los servicios de emergencia necesarios brindados fuera de la red son los mismos que para los servicios dentro de la red. Usted tiene cobertura de atención emergencia en todo el mundo. Si tiene una emergencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios, usted deberá pagar por adelantado los servicios prestados. Deberá hacer una presentación a nuestro plan para pedir el reembolso. Para obtener más información, consulte el Capítulo 7. Es posible que no le reembolsemos todos los gastos de bolsillo. Esto se debe a que nuestras tarifas contratadas pueden ser inferiores a las de los proveedores fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Usted es responsable de cualquier costo que	No hay coseguro, copago o deducible para la atención de emergencia cubierta por Medicare. Si usted recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención hospitalaria después de que su afección de emergencia se estabiliza, usted debe recibir la atención como paciente hospitalizado en el hospital fuera de la red con autorización del plan, y el costo sería el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.

Servicios que se cubren para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios.
Atención de emergencia (continuación) supere nuestras tarifas contratadas, así como de cualquier costo compartido de miembro que se aplique. • Esto incluye atención de emergencia o de necesidad urgente y transporte de emergencia en ambulancia del lugar de la emergencia al centro de tratamiento médico más cercano. • No está cubierto el transporte de regreso a los Estados Unidos desde otro país. • No se cubren los tratamientos preprogramados y planificados (incluida la diálisis para una enfermedad en curso) y/o procedimientos electivos. • No están cubiertos los procedimientos realizados por un dentista. Límite combinado de $50,000 (USD) al año para emergencias, servicios de atención de urgencia, servicios de emergencia en ambulancia brindados fuera de los Estados Unidos y sus territorios.	
Programas de educación para la salud y el bienestar Silver Sneakers® es un beneficio de salud física que incluye el acceso a los centros de actividad física, recursos de bienestar en línea y clases de Silver Sneakers.	No hay coseguro, copago o deducible para el beneficio de fitness.
Servicios para la audición Las evaluaciones de diagnóstico de la audición y el equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención ambulatoria cuando las brinda un médico, audiólogo u otro proveedor calificado. **Cubrimos:** • Examen de audición de rutina (hasta uno al año) • Un ajuste para un audífono (uno por oído), todos los años	No hay coseguro, copago o deducible por servicios de audición. Los costos que usted pague por los servicios de la audición, incluidos los copagos de los exámenes de la audición y los costos de los audífonos, no se tendrán en cuenta para el máximo de bolsillo.

Servicios que se cubren para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios.
Servicios de audición (continuación) • Hasta $2,000 a cuenta del costo de audífonos no implantables correspondientes al catálogo TruHearing® Choice todos los años (límite de 1 audífono por oído). Luego del beneficio pagado por el plan, usted es responsable de los costos restantes. Cada compra de audífonos de la marca TruHearing incluye un año de consultas de seguimiento al proveedor para ajustes. Estas consultas están disponibles durante los 12 meses siguientes a la compra de un audífono de la marca TruHearing y únicamente con la compra de un audífono de la marca TruHearing. Debe acudir a un proveedor de TruHearing para utilizar este beneficio. **La compra de audífonos incluye lo siguiente:** • Primer año de consultas de seguimiento al proveedor • Período de prueba de 60 días • Garantía extendida de tres años • 80 baterías por audífono para modelos no recargables **El beneficio no incluye ni cubre ninguno de los siguientes:** • Audífonos de venta libre (OTC) • Moldes auditivos • Accesorios para audífonos • Consultas adicionales con proveedores • Baterías adicionales, baterías cuando se compra un audífono recargable • Audífonos que no se encuentran en el catálogo correspondiente de TruHearing • Costos asociados a reclamos de garantía por pérdida o daño Los costos asociados a los artículos excluidos son responsabilidad del miembro y no están cubiertos por el plan.	

Servicios que se cubren para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios.
Prueba de detección del VIH Para las personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que tienen mayor riesgo de infección por VIH, cubrimos: • Una prueba de detección cada 12 meses Para las mujeres que están embarazadas, cubrimos: • Hasta tres pruebas de detección durante un embarazo	No hay coseguro, copago o deducible para los beneficiarios aptos para las pruebas de detección preventivas de VIH cubiertas por Medicare.
Agencia para el cuidado médico domiciliario Antes de recibir servicios médicos en el hogar, un médico debe certificar que usted necesita servicios médicos a domicilio y ordenará que una agencia médica a domicilio brinde los servicios. Usted debe estar confinado en su hogar, que significa que salir de su casa representa un gran esfuerzo. Estos son algunos de los servicios cubiertos: • Servicios de jornada parcial o intermitentes de enfermería especializada y de asistente para la salud en el hogar (para que los servicios de enfermería especializada y de asistencia médica estén cubiertos de acuerdo con el beneficio de atención médica en el hogar, el tiempo total combinado debe ser de menos de 8 horas al día y 35 horas a la semana) • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipos e insumos médicos ***Se requiere autorización previa***	No hay coseguro, copago o deducible para la atención de agencia médica a domicilio cubierta por Medicare.*

Servicios que se cubren para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios.
Terapia intravenosa a domicilio La terapia de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su hogar. Los componentes que se necesitan para realizar la infusión en el hogar incluyen la droga (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), equipamiento (por ejemplo, una bomba), e insumos (por ejemplo, tubos y catéteres). Estos son algunos de los servicios cubiertos: • Servicios profesionales, incluidos servicios de enfermería, brindados de acuerdo al plan de atención • Capacitación y educación del paciente que no estén cubiertos de otra forma según el beneficio de equipo médico duradero • Monitoreo remoto • Servicios de control para el suministro de terapia de infusión en el hogar y medicamentos de infusión en el hogar brindados por un proveedor de terapia de infusión en el hogar calificado ***Puede necesitarse autorización previa***	No hay coseguro, copago o deducible para el beneficio de terapia de infusión a domicilio.*

Atención para enfermos terminales

Usted cumple con los requisitos para el beneficio de atención para enfermos terminales cuando su médico y el director médico del centro para enfermos terminales le han dado un pronóstico terminal que certifica que está enfermo y tiene 6 meses o menos de vida si su enfermedad transcurre su curso normal. Usted puede recibir atención en cualquier programa de atención para enfermos terminales certificado por Medicare. Su plan tiene la obligación de ayudar a que encuentre programas de atención para enfermos terminales certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos los que la organización MA posee, controla o tiene un interés financiero. Su médico de atención para enfermos terminales puede ser un proveedor de la red o fuera de la red.

Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:

- Medicamentos para el control de los síntomas y el alivio de dolor
- Atención de relevo a corto plazo
- Atención domiciliaria

Para los servicios de atención para enfermos terminales y los servicios que están cubiertos por la Parte A o Parte B de Medicare y se relacionan con su pronóstico terminal: Original Medicare (en lugar de nuestro plan) tendrá que pagar a su proveedor de atención para enfermos terminales los servicios que realice y que estén relacionados con su pronóstico terminal. Mientras que está en el programa de atención para enfermos terminales, su proveedor de estos servicios le facturará a Original Medicare los servicios que paga Original Medicare. Se le facturará el costo compartido de Original Medicare.

Para los servicios que están cubiertos por la Parte A o Parte B de Medicare y no se relacionan con su pronóstico terminal: Si usted necesita servicios que no son de emergencia, servicios que no son urgentes que están cubiertos por la Parte A o Parte B de Medicare y que no se relacionan con su pronóstico terminal, el costo de estos servicios depende de si usted utiliza un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las normas del plan (por ejemplo, si hay un requisito para obtener autorización previa).

- Si usted recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las normas del plan para obtener los servicios, solo pagará el monto de costos compartidos del plan para los servicios de la red.

Cuando se inscribe en un programa de atención para enfermos terminales certificado por Medicare, Original Medicare paga sus servicios de atención para enfermos terminales y los servicios de la Parte A y Parte B relacionados con su pronóstico terminal, no AmeriHealth Caritas VIP Care.

Servicios que se cubren para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios.
Atención para enfermos terminales (continuación) • Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, usted paga la tarifa por servicio según los costos compartidos de Medicare (Original Medicare).	
Para los servicios que están cubiertos por AmeriHealth Caritas VIP Care, pero no están cubiertos por la Parte A o Parte B de Medicare: AmeriHealth Caritas VIP Care seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no están cubiertos bajo la Parte A o la Parte B se relacionen o no con su pronóstico terminal. Usted paga el monto de costos compartidos de su plan para estos servicios. Para los medicamentos que podrían estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan: Si estos medicamentos no están relacionados con su enfermedad terminal, deberá pagar el costo compartido. Si están relacionados con su enfermedad terminal, entonces pagará el costo compartido de Original Medicare. Los medicamentos nunca son cubiertos por el plan de atención para enfermos terminales y por nuestro plan al mismo tiempo. Para más información, consulte el Capítulo 5, Sección 9.3 *(Qué sucede si está en un centro de atención para enfermos terminales certificado por Medicare).* **Nota:** Si necesita de atención que no es para enfermos terminales (atención que no se relaciona con su pronóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para organizar los servicios.	

Servicios que se cubren para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios.
Vacunas Los servicios cubiertos de la Parte B de Medicare incluyen: • Vacuna contra la neumonía • Aplicaciones contra la gripe/influenza (o vacunas), una vez por temporada de gripe/influenza en otoño e invierno, con aplicaciones adicionales (o vacunas) contra la gripe si son médicamente necesarias • Vacunas contra la hepatitis B si tiene un riesgo elevado o intermedio de contraer la enfermedad • Vacunas contra la COVID-19 • Otras vacunas si usted está en riesgo y cumplen con las normas de cobertura de Medicare Parte B También cubrimos la mayoría de las vacunas según nuestros beneficios de farmacia de la Parte D.	No hay ningún coseguro, copago o deducible para las vacunas contra la neumonía, gripe/influenza, hepatitis B y COVID-19.
Atención médica hospitalaria Incluye la hospitalización del paciente agudo, hospitalización para rehabilitación, hospitales de cuidado a largo plazo y otros tipos de servicios de hospitalización. La atención médica hospitalaria comienza el día en que se lo admite formalmente al hospital con una orden del médico. El día anterior a recibir el alta es su último día de hospitalización. Estos son algunos de los servicios cubiertos: • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluso dietas especiales • Servicios de enfermería habituales • Costos de las unidades de cuidados especiales (como la unidad de cuidados intensivos o unidad coronaria) • Medicamentos y fármacos • Análisis de laboratorio • Radiografías y otros servicios de radiología • Insumos médicos y quirúrgicos necesarios • Uso de aparatos, como sillas de ruedas • Costos de operación y sala de recuperación	No hay coseguro, copago o deducible para la atención médica hospitalaria cubierta por Medicare por admisión.* Si usted recibe atención médica hospitalaria autorizada en un hospital fuera de la red después de que su afección de emergencia se estabiliza, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.

Servicios que se cubren para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios.
Atención médica hospitalaria (continuación) • Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla • Servicios para trastornos por uso de sustancias para pacientes hospitalizados • Los siguientes tipos de trasplantes se cubren bajo ciertas condiciones: córnea, riñón, riñón-páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestino/vísceras múltiples. Si usted necesita un trasplante, haremos que su caso sea revisado por un centro de trasplante aprobado por Medicare que decidirá si usted es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red están fuera del área de servicio, usted puede elegir el servicio local siempre que los proveedores locales de trasplante estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si AmeriHealth Caritas VIP Care ofrece servicios de trasplante en un lugar fuera del área de servicio y decide realizar el trasplante en este lugar distante, nosotros haremos los arreglos o pagaremos los costos de un transporte y alojamiento adecuados para usted y un acompañante. • Sangre: incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre entera y concentrado de eritrocitos comienza solamente con la cuarta pinta de sangre que necesite: usted debe pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que reciba en un año calendario o usted o alguien más deben donar la sangre. Los demás componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta que utilice. • Servicios de médicos **Nota:** Para ser admitido en el hospital, su proveedor debe escribir una orden para internarlo formalmente en el hospital. Incluso si pasa la noche en el hospital, es probable que aún se lo considere un paciente ambulatorio. Si usted no sabe bien si es un paciente hospitalizado o ambulatorio, debe preguntar al personal del hospital. También puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare llamada *¿Usted es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!* Esta hoja informativa está disponible en el sitio de Internet	

Servicios que se cubren para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios.
Atención médica hospitalaria (continuación) https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o a través del 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede llamar a estos números de forma gratuita las 24 horas del día, los 7 días de la semana. ***Se requiere autorización previa***	
Servicios hospitalarios en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen servicios de la salud mental que requieren admisión hospitalaria. ***Se requiere autorización previa***	No hay coseguro, copago o deducible para la atención hospitalaria en un hospital psiquiátrico cubierta por Medicare por admisión.*
Estadía hospitalaria: servicios cubiertos en un hospital o establecimiento de enfermería especializada (SNF) durante su estadía hospitalaria no cubierta Si ha agotado sus beneficios de hospitalización o si la admisión hospitalaria no es razonable y necesaria, no la cubriremos. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que recibe mientras que está en el hospital o en un establecimiento de enfermería especializada (SNF). Estos son algunos de los servicios cubiertos: • Servicios de médicos • Pruebas de diagnóstico (como pruebas de laboratorio) • Radiografías, radioterapia y terapia de isótopos, incluidos materiales y servicios brindados por el técnico • Apósitos quirúrgicos • Férulas, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones • Prótesis y dispositivos ortopédicos (excepto odontológicos) que reemplazan un órgano interno del cuerpo total o parcialmente (incluido tejido contiguo), o toda o parte de la función de un órgano interno que no funciona o funciona mal de manera permanente, incluido el reemplazo o la reparación de tales dispositivos	No hay coseguro, copago o deducible por servicios de hospitalización cubiertos durante una admisión hospitalaria no cubierta.*

Servicios que se cubren para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios.
Estadía hospitalaria: servicios cubiertos que se reciben en un hospital o establecimiento de enfermería especializada durante su estadía hospitalaria no cubierta (continuación) • Pierna, brazo, espalda y cuello ortopédicos; bragueros; piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos ajustes, reparaciones y reemplazos requeridos por rotura, desgaste, pérdida o un cambio en la afección física del paciente • Fisioterapia, terapia del habla y ocupacional ***La mayoría de los servicios de laboratorio no requieren una autorización previa. Algunos servicios de laboratorios especializados (por ejemplo, servicios de laboratorio para análisis genéticos) pueden requerir autorización previa.*** ***Su proveedor deberá llamar a AmeriHealth Caritas VIP Care para confirmar si es necesaria una autorización.*** ***Algunos servicios, como la fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional requieren que su proveedor de la red obtenga la autorización previa del plan.*** ***Se requiere autorización previa para prótesis, órtesis e insumos médicos cubiertos por Medicare.***	
Beneficio de comidas El beneficio de comidas luego del alta cubre 14 comidas en una semana para miembros calificados confinados en sus hogares luego de cada vez que reciban el alta de un centro de hospitalización o un establecimiento de enfermería especializada. Hasta cuatro veces al año. *Se requiere referencia médica.*	No hay coseguro, copago o deducible para los beneficiarios aptos para este beneficio de comidas posteriores al alta.*

Servicios que se cubren para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios.
Terapia de nutrición médica Este beneficio es para las personas con diabetes, enfermedad renal (riñón) (pero no en diálisis), o después de un trasplante de riñón cuando lo ordene su médico. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento personal el primer año que recibe servicios de terapia médica nutricional según Medicare (esto incluye nuestro plan y cualquier otro plan de Medicare Advantage u Original Medicare) y 2 horas cada año luego de eso. Si hay un cambio en su enfermedad, tratamiento o diagnóstico, puede recibir más horas de tratamiento con una orden médica. Un médico debe recetar estos servicios y renovar la orden anualmente si necesita tratamiento en el año calendario siguiente.	No hay coseguro, copago o deducible para los beneficiarios aptos para los servicios de terapia médica nutricional cubierta por Medicare.
Programa para la Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP). Los servicios del MDPP estarán cubiertos para los beneficiarios aptos de Medicare en todos los planes de salud de Medicare. El MDPP es una intervención de cambio de conducta de salud estructurada que ofrece capacitación práctica en cambios en la dieta a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los retos a mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	No hay coseguro, copago o deducible para el beneficio del MDPP.
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare Estos medicamentos están cubiertos según la Parte B de Original Medicare. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen lo siguiente: • Medicamentos que, generalmente, el paciente no se autoadministra, y que se inyectan o administran por infusión mientras usted está recibiendo servicios de un médico, de un hospital como paciente ambulatorio o de un centro quirúrgico para pacientes ambulatorios	No hay coseguro, copago o deducible para la mayor parte del beneficio de medicamentos con receta de la Parte B de Medicare.* Algunos medicamentos tienen un coseguro del 20% en la Parte B. Sin embargo, debe entregar su tarjeta de Medicaid a su farmacéutico

Servicios que se cubren para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios.
Medicamentos bajo receta de la Parte B de Medicare (continuación) • Insulina suministrada a través de un equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria) • Otros medicamentos que toma con equipo médico duradero (como nebulizadores) que fueron autorizados por el plan • La droga para el Alzheimer, Leqembi®, (nombre genérico lecanemab), que se administra de manera intravenosa. Además de los costos de medicamentos, es posible que necesite análisis y pruebas adicionales antes y/o durante el tratamiento que podrían aumentar sus costos totales. Hable con su médico sobre los análisis y pruebas que puede necesitar como parte de su tratamiento. • Factores de coagulación que usted mismo inyecta si tiene hemofilia • Medicamentos inmunosupresores para trasplantes: Medicare cubre la terapia farmacológica para trasplantes si Medicare pagó su trasplante de órgano. Debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto y la Parte B al recibir los medicamentos inmunosupresores. Tenga en cuenta que la cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D) cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre • Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si está confinado en su casa, tiene una fractura de hueso que un médico certifica que se relaciona con la osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse el medicamento • Algunos antígenos: Medicare cubre antígenos si un médico los prepara y una persona con instrucción adecuada (que podría ser usted, el paciente) los brinda bajo supervisión apropiada.	para que facture ese coseguro del 20% a su proveedor de Medicaid.

Servicios que se cubren para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios.
Medicamentos bajo receta de la Parte B de Medicare (continuación) • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que toma por vía oral si el mismo medicamento está disponible de forma inyectable o el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo ingrediente activo que se encuentra en el medicamento inyectable) del medicamento inyectable. A medida que nuevos medicamentos orales contra el cáncer estén disponibles, la Parte B podrá cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D lo hará. • Medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas utilizados como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes, durante o en las 48 horas posteriores a la quimioterapia o si se utilizan como sustitución terapéutica completa de un medicamento contra las náuseas por vía intravenosa. • Ciertos medicamentos orales para la enfermedad renal terminal (ESRD) si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable y el beneficio de ESRD de la Parte B lo cubre • Medicamentos calcimiméticos bajo el sistema de pago de ESRD, incluido el medicamento intravenoso Parsabiv®, y el medicamento oral Sensipar® • Ciertos medicamentos para la diálisis en el hogar, que incluyen heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario, anestésicos tópicos y agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina inyectable si padece una enfermedad renal terminal (ESRD) o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras enfermedades (como Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetina Alfa, Mircera®, o Methoxy polyethylene glycol-epoetin beta). • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento domiciliario de enfermedades de inmunodeficiencia primaria • Nutrición parenteral y enteral (intravenosa y por sonda)	

Servicios que se cubren para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios.
Medicamentos bajo receta de la Parte B de Medicare (continuación) También cubrimos algunas vacunas según nuestros beneficios de farmacia de la Parte B y Parte D. El Capítulo 5 explica los beneficios de farmacia de la Parte D, incluso las normas que debe seguir para obtener la cobertura de las recetas médicas. ***Puede necesitarse autorización previa***	
Línea de enfermería La Línea de enfermería 24/7 es un servicio disponible para todos los miembros las 24 horas del día, los siete días de la semana. Este servicio está diseñado para que los miembros hagan consultas relacionadas con la salud y obtengan recomendaciones sobre el nivel apropiado de cuidado. **Para comunicarse con la Línea de enfermería 24/7, llame al 1-833-835-6250 (TTY 711).**	No hay coseguro, copago o deducible para la línea de enfermería.
Pruebas de evaluación y tratamiento de la obesidad para promover la pérdida de peso sostenida Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos el asesoramiento intensivo para ayudar a que baje de peso. Este asesoramiento está cubierto si lo recibe en un entorno de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan de prevención integral. Hable con su proveedor de atención primaria o profesional médico para obtener más información.	No hay coseguro, copago o deducible para las pruebas de evaluación y tratamiento para prevenir la obesidad.

Servicios que se cubren para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios.
Servicios del programa de tratamiento por uso de opioides Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (OUD) pueden recibir la cobertura de los servicios para tratar el OUD a través de un Programa de Tratamiento de Opioides (OTP) que incluye los siguientes servicios: • Medicamentos agonistas y antagonistas de los opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) para el tratamiento asistido con medicamentos (MAT) • Suministro y administración de medicación para el MAT (si corresponde) • Asesoramiento por consumo de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas toxicológicas • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas	No hay ningún coseguro, copago o deducible por los servicios del programa de tratamiento por uso de opioides.

Servicios que se cubren para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios.
Exámenes de diagnóstico y servicios e insumos terapéuticos como paciente ambulatorio Estos son algunos de los servicios cubiertos: • Radiografías. • Terapia de radiación (radio e isótopos) incluidos materiales e insumos del técnico • Insumos quirúrgicos, como vendajes • Férulas, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones • Pruebas de laboratorio • Sangre: incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre total y concentrado de glóbulos rojos comienza solo con la cuarta pinta de sangre que necesite: usted debe pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que reciba en un año calendario o usted o alguien más deben donar la sangre. Los demás componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta que utilice. • Otras pruebas de diagnóstico como paciente ambulatorio ***No todos los servicios de diagnóstico/terapéuticos/radiológicos y de radiografías para pacientes ambulatorios requerirán autorización.*** ***La mayoría de los servicios de laboratorio no requieren una autorización previa. Algunos servicios de laboratorios especializados (por ejemplo, servicios de laboratorio para análisis genéticos) pueden requerir autorización previa. Su proveedor deberá llamar a AmeriHealth Caritas VIP Care para confirmar si es necesaria una autorización para su servicio de laboratorio.***	No hay coseguro, copago o deducible para pruebas/procedimientos de diagnóstico cubiertos por Medicare** No hay coseguro, copago o deducible por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare* No hay coseguro, copago o deducible por servicios radiológicos de diagnóstico cubiertos por Medicare** No hay coseguro, copago o deducible por servicios radiológicos terapéuticos cubiertos por Medicare** No hay coseguro, copago o deducible por servicios de radiografías cubiertos por Medicare**

Servicios que se cubren para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios.
Observación en hospital para pacientes ambulatorios Los servicios de observación son servicios ambulatorios hospitalarios que se brindan para determinar si necesita ser admitido como paciente internado o puede ser dado de alta Para que los servicios ambulatorios de observación hospitalaria estén cubiertos, deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios Los servicios de observación están cubiertos solo cuando los brinda un médico u otra persona autorizada por la ley estatal de licencias y los estatutos del personal del hospital para admitir pacientes en el hospital u ordenar exámenes ambulatorios. **Nota:** A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costos compartidos para los servicios de hospital para pacientes ambulatorios. Incluso si pasa la noche en el hospital, es probable que aún se lo considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro si es un paciente ambulatorio, debe preguntar al personal del hospital. También puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare llamada *¿Usted es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!* Esta hoja informativa está disponible en el sitio de Internet https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o a través del 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede llamar a estos números de forma gratuita las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	No hay coseguro, copago o deducible por servicios de observación en hospital para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.

Servicios que se cubren para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios.
Servicios hospitalarios ambulatorios Cubrimos los servicios médicamente necesarios que recibe en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión. Estos son algunos de los servicios cubiertos: • Servicios en un departamento de emergencia o clínica ambulatoria, tales como servicios de observación o cirugía ambulatoria • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital • Atención de la salud mental, incluso la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que se necesitaría tratamiento como paciente hospitalizado sin la hospitalización parcial • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Insumos médicos como férulas y yesos • Ciertos medicamentos y productos biológicos que no puede administrarse usted mismo **Nota:** A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costos compartidos para los servicios de hospital para pacientes ambulatorios. Incluso si pasa la noche en el hospital, es probable que aún se lo considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro si es un paciente ambulatorio, debe preguntar al personal del hospital. También puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare llamada *¿Usted es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!* Esta hoja informativa está disponible en el sitio de Internet https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o a través del 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede llamar a estos números de forma gratuita las 24 horas del día, los 7 días de la semana. ***Puede exigirse autorización previa***	No hay coseguro, copago o deducible por servicios de hospital para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.*

Servicios que se cubren para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios.
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Servicios de la salud mental brindados por un psiquiatra o médico con licencia del estado, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, consejero profesional con licencia (LPC), terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT), enfermero practicante (NP), asistente médico (PA) u otro profesional de salud mental calificado por Medicare según las leyes estatales vigentes. • Las sesiones de terapia individual están cubiertas por Medicare • Las sesiones de terapia de grupo están cubiertas por Medicare	No hay coseguro, copago o deducible para la atención de la salud mental para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare.
Servicios de rehabilitación como paciente ambulatorio Los servicios cubiertos incluyen: fisioterapia, terapia ocupacional, y terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se brindan en varios ámbitos ambulatorios, tales como departamentos para pacientes ambulatorios del hospital, consultorios de terapeutas independientes, y Centros de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF). ***Se requiere autorización previa.***	No hay coseguro, copago o deducible por los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.*

Servicios que se cubren para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios.
Servicios para trastornos por uso de sustancias para pacientes ambulatorios • Las sesiones de terapia individual están cubiertas por Medicare • Las sesiones de terapia de grupo están cubiertas por Medicare ***Se requiere autorización previa.*** ***Nota: No todos los servicios por consumo de sustancias tóxicas para pacientes ambulatorios necesitarán autorización. Pida a su proveedor que llame al plan para confirmar si es necesaria una autorización.***	No hay coseguro, copago o deducible por servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.*
Cirugía ambulatoria, incluidos los servicios prestados en las instalaciones de un hospital para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios **Nota:** Si a usted le realizarán una cirugía en las instalaciones de un hospital, debe preguntar a su proveedor si será un paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que el proveedor escriba una orden para admitirlo como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costos compartidos por los servicios de cirugía ambulatoria del hospital. Incluso si pasa la noche en el hospital, es probable que aún se lo considere un paciente ambulatorio. ***Se requiere autorización previa***	No hay coseguro, copago o deducible por visitas al hospital cubiertas por Medicare para pacientes ambulatorios.* No hay coseguro, copago o deducible por visitas a un centro quirúrgico ambulatorio cubiertas por Medicare.*

Servicios que se cubren para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios.
Artículos de venta libre (OTC) Se pueden gastar hasta $225 por mes en artículos de venta libre (OTC) específicos aprobados por Medicare incluidos en el catálogo de OTC, en el portal de pedidos en línea y/o en artículos calificados en establecimientos minoristas participantes a través de una tarjeta de débito de gasto restringido. No hay límite en la cantidad total de artículos que un miembro puede comprar o pedidos que puede hacer. Todo saldo no utilizado expirará automáticamente al final de cada mes o al darse de baja del plan. Los artículos de terapia de sustitución de la nicotina (NRT) se ofrecen como parte del beneficio OTC. *Los miembros que cumplan los requisitos en base a su nivel socioeconómico (LIS) pueden usar $225 de la prestación mensual en productos y alimentos que cumplan los requisitos en establecimientos minoristas participantes y/o pedidos por correo, pueden aplicarse límites a algunos artículos y/o a servicios de alquiler y servicios públicos que cumplan los requisitos., servicios de Internet, control de plagas e insumos para mascotas. Todo saldo no utilizado expirará automáticamente al final de cada mes o al darse de baja del plan. Se incluye la cobertura de naloxona.	No hay ningún coseguro, copago o deducible para artículos OTC cubiertos.

Servicios que se cubren para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios.
Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo que se ofrece como servicio de paciente ambulatorio en un hospital o centro de salud mental comunitario, que es más intenso que la atención que se recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT) o consejero profesional autorizado y es una alternativa a la hospitalización. El *servicio ambulatorio intensivo* es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual (mental) brindado en el departamento ambulatorio de un hospital, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud calificado federalmente o una clínica de salud rural que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su terapeuta médico, terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT) o consejero profesional con licencia, pero menos intenso que la hospitalización parcial. ***Se requiere autorización previa***	No hay coseguro, copago o deducible por servicios de hospitalización parcial y ambulatorios intensivos cubiertos por Medicare. *
Sistema de respuesta de emergencia personal (PERS) Sistema de monitoreo de alertas médicas que brinda acceso 24/7 a asistencia con solo apretar un botón. Ofrecemos diversos estilos, incluido un dispositivo accesorio activado por móvil. Un dispositivo al año. El plan cubrirá un dispositivo al año de Medical Guardian. El beneficio incluye dispositivo y monitoreo mensual (que incluye detección de caídas y GPS).	No hay coseguro, copago o deducible para el beneficio del PERS.
Servicios de médico/profesional médico, incluidas las visitas al consultorio del médico Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:	No hay coseguro, copago o deducible por cada visita al proveedor de atención primaria cubierta por Medicare.

Servicios que se cubren para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios.
Servicios de médico/profesional médico, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación) • Atención médica o servicios de cirugía médicamente necesarios en un consultorio médico, centro de cirugía ambulatoria certificado, departamento para pacientes ambulatorios de un hospital, o cualquier otro lugar • Consulta, diagnóstico y tratamiento por un especialista • Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su PCP, si su médico los ordena para evaluar si necesita tratamiento médico • Ciertos servicios de telesalud, que incluye consulta médica, de asesoramiento o psiquiátrica con un médico. o Usted tiene la opción de recibir estos servicios por medio de una visita en persona o por telesalud. Si decide recibir uno de estos servicios por medio de asistencia telefónica, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca telesalud. • MDLive ofrece a todos los miembros acceso las 24 horas del día, los siete días a la semana durante todo el año a un médico de la red a través del teléfono, la computadora o el dispositivo móvil. Los miembros tienen la posibilidad de realizar inmediatamente una consulta médica, de asesoramiento o psiquiátrica con un médico. Los miembros también pueden coordinar una consulta de telemedicina para más adelante. • Servicios de telesalud para visitas mensuales por enfermedad renal en etapa terminal para miembros que realizan diálisis domiciliaria en un centro de diálisis renal con base 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 síntomas de un derrame cerebral independientemente de su ubicación • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por consumo de sustancias tóxicas o un trastorno mental concurrente, independientemente de su ubicación • Servicios de telemedicina para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de enfermedades de salud mental, con estas condiciones:	No hay coseguro, copago o deducible por cada visita al especialista cubierto por Medicare.

Servicios que se cubren para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios.
Servicios de médico/profesional médico, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación) o Tiene una consulta en persona dentro de los 6 meses anteriores a su primera visita de telemedicina o Tiene una consulta en persona dentro de los 12 meses mientras recibe estos servicios de telemedicina o Pueden producirse excepciones a lo anterior en determinadas circunstancias • Los servicios de telemedicina para consultas de salud mental brindados por clínicas rurales de salud y centros de salud federalmente calificados • Chequeo rápido (check-in) virtual (por ejemplo, por teléfono o videoconferencia) con su médico durante 5 a 10 minutos **con estas condiciones**: o no es paciente nuevo, **y** o el chequeo rápido no está relacionado con una visita de consultorio en los últimos 7 días, **y** o el chequeo rápido no lleva a una visita al consultorio dentro de las 24 horas o a la consulta más rápidamente disponible • Evaluación del video y/o imágenes que usted envió a su médico, e interpretación y seguimiento por parte del médico dentro de las 24 horas con estas condiciones: o no es paciente nuevo, **y** o la evaluación no conduce a una consulta médica dentro de las 24 horas o a la consulta más rápidamente disponible • Consultas que su médico realiza con otros médicos por teléfono, Internet, o copia electrónica de su registro médico • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía	

Servicios que se cubren para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios.
Servicios de médico/profesional médico, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación) • Atención odontológica que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a la cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reparación de fracturas de la mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación por enfermedad neoplásica maligna, o servicios que estarían cubiertos cuando los brinda un médico)	
Servicios de podología Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolón calcáneo). • Cuidado de rutina de los pies para los miembros con ciertas enfermedades médicas que afectan a las extremidades inferiores. Nuestro plan ofrece servicios de podología de rutina: • 12 sesiones de rutina anuales para el cuidado de los pies	No hay coseguro, copago o deducible por cada consulta al podiatra cubierto por Medicare. No hay coseguro, copago o deducible por cada consulta de rutina de podología
Pruebas de detección de cáncer de próstata Para hombres de 50 años y mayores, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente una vez cada 12 meses: • Examen de tacto rectal • Prueba del antígeno prostático específico (PSA)	No hay coseguro, copago o deducible para una prueba anual del PSA.

Servicios que se cubren para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios.
Dispositivos protésicos y ortésicos e insumos relacionados Dispositivos (que no sean dentales) que reemplazan total o parcialmente una parte o función del cuerpo. Estos incluyen, entre otros, pruebas, ajustes o capacitación en el uso de dispositivos protésicos y ortopédicos, además de: bolsas de colostomía e insumos directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, cuellos ortopédicos, calzado ortopédico, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye determinados insumos relacionados con las prótesis y ortésicos, y la reparación y/o reemplazo de prótesis. También incluye alguna cobertura luego de la eliminación de cataratas o cirugía de cataratas; consulte **Cuidado de la vista** más adelante en esta sección para más detalles. ***Se requiere autorización previa.***	No hay coseguro, copago o deducible para los dispositivos protésicos y ortésicos, y suministros relacionados cubiertos por Medicare*
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para los miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) moderada a muy severa y una orden para rehabilitación pulmonar del médico que trata la enfermedad respiratoria crónica. ***Se requiere autorización previa.***	No hay coseguro, copago o deducible por servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare*
Pruebas de detección y asesoramiento para reducir el uso indebido de alcohol Cubrimos una prueba de detección de uso indebido de alcohol a adultos con Medicare (incluidas mujeres embarazadas) que consumen alcohol de modo indebido, pero no dependen del alcohol. Si usted tiene un resultado positivo por uso indebido de alcohol, puede recibir hasta 4 sesiones breves de asesoramiento presencial por año (si es competente y está alerta durante el asesoramiento) brindadas por un médico calificado o un proveedor de atención primaria en un entorno de atención primaria.	No hay coseguro, copago o deducible para las pruebas de detección y asesoramiento preventivo para reducir el uso indebido de alcohol cubiertos por Medicare.

Servicios que se cubren para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios.
Pruebas de detección de cáncer de pulmón mediante tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) Las personas que cumplen con los requisitos tienen cobertura de una LDCT cada 12 meses. **Los miembros aptos son los siguientes:** personas que tienen entre 50 y 77 años que no tienen signos o síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de tabaquismo de al menos 20 paquetes/año o que actualmente fuman o han dejado de fumar en los últimos 15 años, que obtienen una orden para una LDCT durante una consulta de asesoramiento y de toma de decisiones para las pruebas de detección del cáncer de pulmón que cumple con los criterios de Medicare para tales consultas que brinda un médico o un profesional no médico calificado. *Para las detecciones de cáncer de pulmón de LDCT después de la detección inicial de LDCT:* el miembro inscrito debe recibir una orden para una prueba de detección de cáncer de pulmón de LDCT, que puede obtener durante cualquier visita a un médico o un profesional no médico calificado. Si un médico o profesional no médico calificado elige ofrecer una consulta de asesoramiento por las pruebas de detección de cáncer de pulmón y toma de decisiones compartidas para una consulta posterior por las pruebas de detección de cáncer de LDCT, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare para tales consultas.	No hay coseguro, copago o deducible para la consulta de asesoramiento y toma de decisiones compartidas cubierta por Medicare o para la LDCT.

Servicios que se cubren para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios.
Detección de infecciones de transmisión sexual (STI) y asesoramiento para la prevención de infecciones de transmisión sexual Cubrimos pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (STI) para clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para mujeres embarazadas y para ciertas personas que están en mayor riesgo de contraer una STI cuando un médico de atención primaria es quien ordena las pruebas. Cubrimos estos exámenes una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo. También cubrimos hasta dos sesiones anuales, presenciales, individuales, de asesoramiento conductual de alta intensidad, que duran entre 20 y 30 minutos, para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de contraer STI. Solo cubrimos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si las brinda un proveedor de atención primaria y tienen lugar en un ámbito de atención primaria, como un consultorio médico.	No hay coseguro, copago o deducible para el beneficio de prevención mediante pruebas de detección de STI y asesoramiento para evitar las STI cubiertos por Medicare.

Servicios que se cubren para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios.
Servicios para el tratamiento de enfermedades renales Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios de educación sobre enfermedades renales para enseñar a los miembros sobre el cuidado de los riñones y ayudarlos a tomar decisiones informadas sobre su atención. A los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV les cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación sobre enfermedades renales de por vida cuando los deriva su médico. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando esté temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3, o cuando el proveedor que brinda el servicio no está disponible o accesible en ese momento) • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si lo admiten como paciente hospitalizado para recibir atención especial) • Capacitación sobre autodiálisis (incluye capacitación para usted y otra persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar) • Equipo e insumos para hacerse diálisis en el hogar. • Ciertos servicios de apoyo en el hogar (por ejemplo, cuando sea necesario, visitas de trabajadores capacitados en diálisis para controlar su diálisis en el hogar, ayudar en situaciones de emergencia y controlar su equipo de diálisis y el suministro de agua) Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener más información sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte B, consulte la sección **Medicamentos con receta de la Parte B**.	No hay coseguro, copago o deducible para la capacitación sobre enfermedades renales. No hay coseguro, copago o deducible para la diálisis renal cubierta por Medicare.

Servicios que se cubren para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios.
Atención en un centro especializado de enfermería (SNF) (Para una definición de atención en un establecimiento de enfermería especializada, consulte el Capítulo 12 de este documento. A los establecimientos de enfermería especializada a veces se los llaman SNF). Este beneficio se limita a un máximo de 100 días por período de beneficio médico. No se requiere admisión hospitalaria previa. La atención de custodia o atención domiciliaria en un establecimiento de enfermería especializada no están cubiertas. Estos son algunos de los servicios cubiertos: • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Medicamentos que se administran como parte de su plan de atención (esto incluye sustancias que están presentes naturalmente en el cuerpo, como factores de coagulación sanguínea). • Sangre: incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre entera y concentrado de eritrocitos comienza solamente con la cuarta pinta de sangre que necesite: usted debe pagar los costos de las primeras tres pintas de sangre que reciba en un año calendario o usted o alguien más deben donar la sangre. Los demás componentes de sangre están cubiertos desde la primera pinta que utilice • Insumos médicos y quirúrgicos normalmente provistos por los SNF • Análisis de laboratorio normalmente provistos por los SNF • Radiografías y otros servicios de radiología normalmente provistos por los SNF • Uso de aparatos como sillas de ruedas normalmente provistos por los SNF • Servicios de médico/profesional médico Por lo general, usted recibirá la atención de SNF en centros médicos de la red. Sin embargo, bajo ciertas condiciones que se mencionan a continuación, usted puede recibir atención en un centro médico que no es un proveedor de la red, si el centro médico acepta los montos de nuestro plan como pago.	No hay coseguro, copago o deducible por servicios de SNF por admisión.*

Servicios que se cubren para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios.
Atención en un centro especializado de enfermería (SNF) (continuación) • Un hogar de ancianos o comunidad de retiro de atención continua donde estaba viviendo inmediatamente antes de ir al hospital (siempre que brinde atención en un establecimiento de enfermería). • Un SNF donde su cónyuge o pareja doméstica vive en el momento que usted deja el hospital. ***Se requiere autorización previa**	
Dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) Si usted consume tabaco, pero no tiene signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco: cubrimos dos intentos para dejar el tabaco con asesoramiento dentro de un período de 12 meses como servicio preventivo sin costo para usted. Cada sesión de asesoramiento incluye hasta cuatro consultas en persona. Si usted consume tabaco y le han diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando medicamentos que pueden verse afectados por el tabaco: Cubrimos servicios de asesoramiento para dejar de fumar. Cubrimos dos intentos para dejar el tabaco con asesoramiento dentro de un período de 12 meses; sin embargo, usted pagará los costos compartidos que correspondan. Cada sesión de asesoramiento incluye hasta cuatro consultas en persona. También cubrimos 4 sesiones adicionales para dejar de fumar y consumir tabaco al año.	No hay coseguro, copago o deducible por los beneficios preventivos para dejar de fumar y de usar tabaco cubiertos por Medicare. No hay coseguro, copago o deducible para las sesiones adicionales para dejar de fumar o consumir tabaco.

Servicios que se cubren para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios.
Terapia de ejercicio supervisada (SET) Se cubre la SET para miembros que sufren enfermedad arterial periférica (EAP). Se cubren hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET. El programa SET debe cumplir con estos criterios: • Constar de sesiones de 30 a 60 minutos, que comprenden un programa de ejercicio-entrenamiento terapéutico para EAP en pacientes con claudicación • Llevarse a cabo en un marco de hospital para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un médico • Ejecutarse por personal auxiliar calificado para asegurar que los beneficios superen los daños, y quienes están entrenados en terapia de ejercicio para EAP • Realizarse bajo la supervisión directa de un médico, asistente de médico, o enfermero profesional/enfermero clínico especialista entrenado en técnicas básica y avanzadas de auxilio vital Se puede cubrir el SET por más de 36 sesiones a lo largo de 12 semanas por 36 sesiones adicionales durante un período de tiempo extendido si un proveedor médico lo considera médicamente necesario. ***Se requiere autorización previa***	No hay coseguro, copago o deducible por la visita a la SET cubierta por Medicare.*
Telemedicina MDLive ofrece a todos los miembros acceso las 24 horas del día, los 7 días de la semana, durante todo el año, a un médico de la red a través de comunicación telefónica, escritorio o dispositivo móvil. Los miembros pueden realizar inmediatamente una consulta médica, de asesoramiento o psiquiátrica con un médico. Los miembros también pueden coordinar una consulta de telemedicina para más adelante.	No hay coseguro, copago o deducible para el beneficio de telemedicina.

Servicios que se cubren para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios.
Transporte Viajes de ida ilimitados cada año a puntos aprobados por el plan (por ejemplo, consultorio médico, farmacia y hospital). Puede consistir de un automóvil, un servicio de traslado o una camioneta, según resulte más adecuado a la situación y a las necesidades del miembro. Los viajes se deben programar con un mínimo de un día laboral de antelación, excepto en circunstancias especiales. El transporte solamente se autoriza hacia lugares aprobados por el plan (por ejemplo, consultorio médico, farmacia y hospital). ***Se requiere autorización previa para viajes que excedan las 50 millas por tramo. Se aplican normas de autorización previa y de programación.***	No hay coseguro, copago o deducible para el beneficio de transporte descrito.*

Servicios que se cubren para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios.
Servicios de necesidad urgente Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata que no es una emergencia es un servicio de necesidad urgente si ya sea usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan, o incluso si se encuentra dentro del área de servicio del plan, no es razonable dado a su momento, lugar y circunstancias obtener este servicio de proveedores de la red con quienes el plan tiene un contrato. Su plan debe cubrir los servicios de necesidad urgente y solo cobrarle los gastos compartidos dentro de la red. Algunos ejemplos de servicios de necesidad urgente son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de dolencias existentes. Sin embargo, las consultas de proveedores de rutina médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran de necesidad urgente incluso si está fuera del área de servicio del plan o la red del plan no se encuentra disponible temporalmente. Los servicios que se necesitan con urgencia están cubiertos en todo el mundo. Límite combinado de $50,000 (USD) al año para emergencias, atención de urgencia y servicios de emergencia en ambulancia brindados fuera de los Estados Unidos y sus territorios.	No hay ningún coseguro, copago o deducible para la atención de necesidad urgente cubierta por Medicare.
Beneficio de modelo de diseño de seguro basado en valor (VBID) *Los miembros que cumplan los requisitos en base a su nivel socioeconómico (LIS) pueden usar $225 de la prestación mensual de artículos de venta libre (OTC) en productos y alimentos que cumplan los requisitos en establecimientos minoristas participantes y/o pedidos por correo (pueden aplicarse límites a algunos artículos) y/o a servicios de alquiler y servicios públicos que cumplan los requisitos., servicios de Internet, control de plagas e insumos para mascotas. Todo saldo no utilizado expirará automáticamente al final de cada mes o al darse de baja del plan.	No hay coseguro, copago o deducible para el beneficio del VBID.

Servicios que se cubren para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios.
Cuidado de la vista Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios médicos ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones del ojo, que incluye el tratamiento para la degeneración macular asociada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de la vista de rutina (refracción ocular) para anteojos/lentes de contacto. • Para las personas con alto riesgo de glaucoma, cubriremos un examen de glaucoma cada año. Las personas con alto riesgo de glaucoma incluyen: personas con antecedentes familiares de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos de 50 años o más e hispanoamericanos de 65 años o más. • Para las personas con diabetes, la prueba de detección de retinopatía diabética se cubre una vez al año. • Un par de lentes o lentes de contacto luego de cada cirugía de cataratas que incluye la inserción de un lente intraocular (si usted se realiza dos cirugías de cataratas separadas, no puede guardar el beneficio luego de la primera cirugía y comprar dos lentes luego de la segunda cirugía.) Nuestro plan ofrece cobertura de rutina de la vista, que incluye: • Un examen de rutina de la vista al año • El plan cubrirá hasta $400 cada año a cuenta de anteojos o un par de lentes de contacto. Usted debe recibir atención de un proveedor de la red. Solo pagaremos los servicios para la vista cubiertos si acude a un proveedor de la vista de la red. En la mayoría de los casos, deberá pagar la atención que reciba de un proveedor que no pertenezca a la red.	No hay coseguro, copago o deducible para el cuidado de la vista cubierto por Medicare. No hay coseguro, copago o deducible por la cobertura de rutina de la vista que se describe en esta sección.

Servicios que se cubren para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios.
Consulta preventiva de Bienvenido a Medicare El plan cubre la consulta preventiva única de Bienvenido a Medicare. La consulta incluye un chequeo de su salud, así como educación y asesoramiento sobre los servicios de atención médica preventiva (que incluyen ciertas pruebas de detección e inyecciones (o vacunas)), y referencias médicas para otra atención que pueda necesitar. **Importante:** Cubrimos la consulta preventiva de **Bienvenido a Medicare** únicamente dentro de los primeros 12 meses que usted tiene la Parte B de Medicare. Cuando haga su consulta, informe al consultorio de su médico que quiere programar una consulta para su visita preventiva de **Bienvenido a Medicare**.	No hay coseguro, copago o deducible por la consulta preventiva de **Bienvenido a Medicare**.

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios están cubiertos fuera de AmeriHealth Caritas VIP Care?

Sección 3.1 Servicios que *no* cubreAmeriHealth Caritas VIP Care

Los servicios a continuación no están cubiertos por AmeriHealth Caritas VIP Care, pero están disponibles a través de Medicaid:

Exenciones de HCBS
Servicios para las alergias
Centro de cirugía ambulatoria
Servicios de anestesia
Servicios de cuidados de apoyo
Análisis conductual
Servicios de cobertura en la salud conductual
Centro de partos y servicios de partera
Servicios cardiovasculares
Programa de concordancia de escuelas certificadas
Programa de concordancia del condado para el tratamiento por abuso de sustancias

Servicios quiroprácticos
Servicios comunitarios de salud conductual
Servicios del Departamento de Salud del Condado (CHD)
Servicios dentales
Servicios de diálisis
Equipo médico duradero (DME) e insumos médicos
Servicios de intervención temprana
Servicios de evaluación y tratamiento
Servicios de exención de planificación familiar
Servicios en centros médicos con habilitación federal
Servicios de gastroenterología
Servicios de ginecología y urología
Servicios para la audición
Servicios médicos domiciliarios
Servicios de atención para enfermos terminales
Hospital: Pacientes hospitalizados
Hospital: Pacientes ambulatorios
Hospital: Salud Mental Estatal
Servicios dermatológicos
Servicios de centros de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales (ICF/IID)
Servicios de laboratorio
Servicios de atención médica en hogares sustitutos (MFC)
Neurología
Establecimiento de enfermería
Servicios de cirugía oral y maxilofacial
Servicios de ortopedia
Servicios de tratamiento del dolor
Servicios de podología
Servicios de medicamentos con receta
Servicios de atención pediátrica prescrita ampliada (PPEC)

Programa de atención integral para personas de la tercera edad (PACE)
Servicios de radiología y medicina nuclear
Redireccionamientos
Servicios de salud reproductiva
Servicios para problemas respiratorios
Servicios de centros médicos rurales
Programas de servicios basados en la escuela: Programa del Departamento de Salud del Condado (CHD)
Hogares sustitutos terapéuticos especializados
Servicios del Programa Psiquiátrico Estatal para Pacientes Hospitalizados
Gestión de casos específicos: salud infantil
Gestión de casos específicos: niños con riesgo de abuso y negligencia
Gestión de casos específicos: salud mental
Servicios terapéuticos: ocupacionales
Servicios terapéuticos: físicos
Servicios terapéuticos: respiratorios
Servicios terapéuticos: patología del habla y el lenguaje
Servicios de trasplantes
Transporte: Emergencia
Transporte: no emergencia
Servicios de asistencia visual
Servicios de atención de la vista
Exenciones de servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS)
Disautonomía familiar
iBudget
Atención a largo plazo
Modelo

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

Sección 4.1 Servicios que *no* cubre el plan (exclusiones)

Esta sección le indica los servicios que están excluidos.

El siguiente cuadro describe algunos servicios y artículos que no están cubiertos por el plan bajo ninguna condición o están cubiertos por el plan solo bajo condiciones específicas.

Si recibe servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos excepto bajo las condiciones específicas que se indican a continuación. Incluso si recibe los servicios excluidos en un establecimiento de emergencias, los servicios excluidos tampoco estarán cubiertos y nuestro plan no los pagará. La única excepción es cuando el servicio es apelado y decidido: tras la apelación que es un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar la decisión que hemos tomado de no cubrir un servicio médico, consulte el Capítulo 9, Sección 6.3 de este documento).

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos bajo ninguna condición	Cubiertos solo bajo condiciones específicas
Acupuntura		• Disponible para personas con dolor lumbar crónico bajo ciertas circunstancias.
Cirugía o procedimientos estéticos		• Cubiertos en caso de una lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de una extremidad mal formada. • Cubiertos para todas las etapas de reconstrucción de una mama después de una mastectomía, así como para la mama no afectada para producir un aspecto simétrico.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos bajo ninguna condición	Cubiertos solo bajo condiciones específicas
Cuidado de custodia* El cuidado de custodia es el cuidado personal que no requiere la atención permanente del personal médico o paramédico capacitado, como el cuidado que le ayuda con las actividades de la vida cotidiana, como bañarse o vestirse.	**No cubiertos bajo ninguna condición**	
Procedimientos médicos y quirúrgicos, equipos y medicamentos experimentales. Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos artículos y procedimientos que Original Medicare determina que no tienen la aprobación general de la comunidad médica.		• Pueden estar cubiertos por Original Medicare en el ámbito de un estudio clínico aprobado por Medicare o por nuestro plan. (Consulte el Capítulo 3, Sección 5 para más información sobre estudios de investigación clínica).
Las tarifas que se cobran por sus familiares inmediatos o miembros de su familia por brindarle atención.	**No cubiertos bajo ninguna condición**	
Atención de enfermería a tiempo completo en su hogar.	**No cubiertos bajo ninguna condición**	
Los servicios domésticos que incluyen la asistencia básica en el hogar, como limpieza general o preparación de comidas simples.	**No cubiertos bajo ninguna condición**	
Servicios de naturópata (usos naturales o tratamientos alternativos).	**No cubiertos bajo ninguna condición**	

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos bajo ninguna condición	Cubiertos solo bajo condiciones específicas
Calzado ortopédico o dispositivos de apoyo para los pies		• Zapatos que forman parte de una pierna ortopédica y que están incluidos en el costo. Calzado ortopédico o terapéutico para personas con enfermedad de pie diabético.
Artículos personales en su habitación en el hospital o en un establecimiento de enfermería especializada, como un teléfono o una televisión.	**No cubiertos bajo ninguna condición**	
Habitación privada en un hospital.		• Cubierto solo cuando sea médicamente necesario.
Reversión de los procedimientos de esterilización o suministro de anticonceptivos sin receta.	**No cubiertos bajo ninguna condición**	
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otras asistencias para la visión reducida.	**No cubiertos bajo ninguna condición**	
Servicios considerados no razonables ni necesarios, según los estándares de Original Medicare.	**No cubiertos bajo ninguna condición**	

*El cuidado de custodia es el cuidado personal que no requiere la atención permanente del personal médico o paramédico capacitado, como el cuidado que ayuda con las actividades de la vida cotidiana, como bañarse o vestirse.

CAPÍTULO 5:

Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

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

Dado que usted cumple los requisitos para Medicaid, califica para recibir y está recibiendo "Ayuda Extra" de Medicare para pagar los costos del plan de medicamentos con receta. Como usted está en el programa de "Ayuda Extra", **parte de la información en esta *Evidencia de Cobertura* sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D no corresponde a su caso.**

SECCIÓN 1 Introducción

Este capítulo **explica las normas para el uso de su cobertura de medicamentos de la Parte D.** Consulte el Capítulo 4 para informarse sobre los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y de centros de atención para enfermos terminales.

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos con receta están cubiertos para usted por sus beneficios de Medicaid. Comuníquese con su Agencia para la Administración de Atención Médica para obtener información sobre la cobertura de farmacia de Medicaid. Consulte el Capítulo 2, Sección 6.

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

Por lo general, el plan cubrirá los medicamentos siempre que usted cumpla estas normas básicas:

- Usted debe tener un proveedor (un médico, dentista u otro profesional que haga la receta) que le escriba una receta médica que sea válida de acuerdo con la ley estatal vigente.
- El profesional que le recete no debe estar en las listas de exclusión o preclusión de Medicare.
- Generalmente, debe utilizar una farmacia de la red para surtir su receta. (Consulte la Sección 2 de este capítulo. *O puede completar la receta médica a través del servicio de pedido por correo del plan*).
- El medicamento debe estar en el *Listado de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan (lo llamamos "Listado de medicamentos" para abreviar). (Consulte la Sección 3 de este capítulo.
- El medicamento se debe utilizar para una indicación médicamente aceptada. Una "indicación médicamente aceptada" es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por ciertos libros de referencia. (Consulte la Sección 3 de este capítulo para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).

- Es posible que su medicamento requiera aprobación para que podamos cubrirlo. (Consulte la Sección 4 de este capítulo para obtener más información sobre las restricciones de su cobertura).

SECCIÓN 2 Surta su receta médica en una farmacia de la red o mediante el servicio de pedido por correo del plan

Sección 2.1 Cómo usar una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, sus recetas médicas están cubiertas *solo* si se surten en farmacias de la red del plan. (Consulte la Sección 2.5 para obtener más información sobre cuándo cubriríamos las recetas médicas surtidas en farmacias fuera de la red).

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene un contrato con el plan para brindar los medicamentos con receta cubiertos. El término medicamentos cubiertos significa todos los medicamentos con receta de la Parte D que están en el Listado de medicamentos del plan.

Sección 2.2 Farmacias de la red

¿Cómo encuentra una farmacia de la red en su área?

Para encontrar una farmacia de la red, puede consultar su *Directorio de farmacias*, visitar nuestra página de Internet (www.amerihealthcaritasvipcare.com/fl) o llamar a Servicios al Miembro.

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

¿Qué sucede si la farmacia que ha estado usando deja la red?

Si la farmacia que ha estado usando deja la red del plan, tendrá que encontrar una farmacia nueva que esté en la red. Para encontrar otra farmacia en su área, puede obtener ayuda de Servicios al Miembro o usar el *Directorio de farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio de Internet en www.amerihealthcaritasvipcare.com/fl.

¿Qué sucede si necesita una farmacia especializada?

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

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia intravenosa en el hogar.

- Farmacias que suministran medicamentos a los residentes de un centro médico de atención a largo plazo (LTC). Por lo general, un centro médico de atención a largo plazo (por ejemplo, un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia. Si usted tiene alguna dificultad para acceder a los beneficios de la Parte D en un centro médico de atención a largo plazo, comuníquese con Servicios al Miembro.
- Farmacias que atienden mediante el Servicio de Salud Indígena, Programas Tribales, o Programas Urbanos de Salud para indios (no disponible en Puerto Rico). Excepto en situaciones de emergencia, solo los nativos americanos o nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias en nuestra red.
- Farmacias que dispensan medicamentos que están restringidos por la FDA a ciertos lugares o que requieren un manejo especial, coordinación del proveedor o capacitación sobre su uso. Para ubicar una farmacia especializada, busque en su Directorio de farmacias en www.amerihealthcaritasvipcare.com/fl o llame a Servicios al Miembro.

Sección 2.3 Servicios de pedido por correo del plan

Para ciertas clases de medicamentos, puede utilizar los servicios de pedido por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos provistos a través de pedidos por correo son medicamentos que usted toma con frecuencia para una afección crónica o prolongada. Los medicamentos que *no* están disponibles a través del servicio de pedido por correo del plan se marcan con "NMO" en nuestro Listado de medicamentos.

El servicio de pedido por correo del plan le permite ordenar **un suministro de al menos 61 días del medicamento y *de 100 días como máximo***.

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo surtir sus recetas por correo, **comuníquese con Servicios al Miembro a través del 1-833-535-3767 (TTY al 711),** de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. del 1.° de abril al 30 de septiembre; o los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. del 1.° de octubre al 31 de marzo. O visite nuestra página de Internet en www.amerihealthcaritasvipcare.com/fl. Si usa una farmacia para pedidos por correo que no está en la red del plan, su receta médica no se cubrirá.

Por lo general, recibirá el pedido por correo de la farmacia en no más de 10 días hábiles.

Sin embargo, en ocasiones, su receta pedida por correo puede retrasarse. Si necesita comenzar de inmediato a tomar sus medicamentos, pero el pedido por correo se retrasa, pida a su médico un suministro para un mes, 30 días de suministro (receta médica) para surtirlo en su farmacia local.

Si usted necesita sus medicamentos de forma urgente y no puede esperar 10 días hábiles para recibir el pedido, comuníquese con el Centro de atención al cliente de Walgreens AllianceRx Prime al 1-800-345-1985 (TTY 711), las 24 horas del día, los siete días de la semana, para evitar una interrupción del tratamiento con la medicación.

- Cuando llame al Centro de atención al cliente de Walgreens AllianceRx Prime con un pedido urgente, presione "0" dos veces en el teléfono. Prepárese para responder algunas preguntas de identificación. Luego, lo comunicarán con un representante.
- Dígale al representante de Atención al Cliente de Walgreens AllianceRx Prime que tiene menos de 10 días de suministro de medicación y necesita un pedido acelerado (entrega rápida). El representante hablará sobre las opciones disponibles con usted.
- Haga saber al representante esta información: Su nombre, dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento, nombres de los medicamentos, las dosis, cuántos días le quedan, el nombre de la persona que los recetó y su seguro.
- El Centro de Atención al Cliente le ofrecerá las opciones de envío disponibles para ayudar a acelerar el pedido del medicamento. El representante del Centro de Atención al Cliente confirmará la siguiente información con usted:

  1) la opción que usted eligió para recibir el pedido rápido,

  2) su dirección postal,

  3) su método de pago (si existe un pago),

  4) la hora de llegada estimada, y

  5) un número de orden para referencia y confirmación. Puede haber un cargo por la entrega rápida.

Un pedido rápido puede incluir el envío desde la noche a la mañana hasta el envío en tres días. El método de envío depende de cuánta medicación le queda y cuándo se comunicó con Walgreens AllianceRx Prime. Para entrega al día siguiente, usted necesitará comunicarse con el Centro de Atención al Cliente de Walgreens AllianceRx Prime hasta las 4 p. m., hora del este, de lunes a viernes.

- Es posible que Walgreens AllianceRx Prime necesite comunicarse con la persona que recetó la medicación o con su seguro, si su receta médica se ha vencido, si se necesita autorización, o por otros motivos. Este tipo de información podría ser necesaria antes de que le envíen el pedido.
- El Centro de Atención al Cliente de Walgreens AllianceRx Prime también puede hacer los arreglos para que obtenga un suministro a corto plazo mientras espera su pedido por correo. Puede preguntar al representante de Atención al Cliente de Walgreens AllianceRx Prime o contactar a Servicios al Miembro sobre cómo obtener un suministro a corto plazo.

Si usted no recibe su medicamento por correo cuando Walgreens AllianceRx Prime dijo que llegaría, llame el Centro de Atención al Cliente de Walgreens AllianceRx Prime al

1-800-345-1985. (TTY 711), las 24 horas del día, los siete días de la semana. Presione "0" dos veces en el teléfono. Prepárese para responder algunas preguntas de identificación. Luego, lo comunicarán con un representante.

No es necesario que utilice los servicios de envío de recetas médicas por correo para recibir la extensión de un suministro de medicamentos de mantenimiento. En cambio, tiene la opción de usar otra farmacia minorista de la red para obtener un suministro de medicamentos de mantenimiento. Algunas de estas farmacias minoristas podrán aceptar el monto de costos compartidos para el envío por correo de la extensión del suministro de medicamentos de mantenimiento, que puede no tener diferencia en gastos de bolsillo para usted. Su Directorio de farmacias contiene información sobre las farmacias minoristas en nuestra red en las que puede obtener la extensión del suministro de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios al Miembro para obtener más información.

Nuevas recetas médicas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico.
Después de que la farmacia reciba una receta médica de un proveedor médico, se comunicará con usted para ver si desea que la medicación se surta inmediatamente o en otro momento. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunique con usted para informarles si quiere que se envíe, demore o detenga el medicamento recetado nuevo.

Recargas de recetas médicas de pedido por correo. Para las recargas, comuníquese con su farmacia 10 días antes de cuando crea que sus medicamentos se habrán acabado para asegurarse de que le envíen el próximo pedido a tiempo.

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

El plan ofrece dos formas de recibir un suministro a largo plazo (también llamado suministro extendido) de medicamentos de mantenimiento del Listado de medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que usted toma con frecuencia para el control de una enfermedad crónica o prolongada).

1. Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento *Su Directorio de Farmacias* en www.amerihealthcaritasvipcare.com/fl le indica qué farmacias de nuestra red pueden brindarle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios al Miembro para obtener más información.
2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través del programa de pedidos por correo. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3.

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

Su receta médica puede tener cobertura en ciertas situaciones

En general, cubrimos los medicamentos que se surten en una farmacia fuera de la red *solamente* cuando no puede usar una farmacia de la red. Para brindarle ayuda, tenemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde puede surtir sus recetas médicas como miembro de nuestro plan. **En estas situaciones, verifique primero con Servicios al Miembro** para saber si hay una farmacia de la red cerca de usted. Es posible que tenga que 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 las recetas médicas surtidas en una farmacia fuera de la red:

- Si las recetas médicas están relacionadas con una urgencia médica o atención de urgencia.
- Si usted no puede obtener un medicamento cubierto de manera oportuna en nuestra área de servicios porque no hay farmacias de la red a una distancia razonable que presten el servicio de atención las 24 horas.
- Si está intentando surtir una receta médica que no está disponible con frecuencia en una farmacia minorista o por pedido por correo (incluidos los medicamentos de alto costo y exclusivos).
- Si se trata de uno de los medicamentos que pueden estar cubiertos en el consultorio del médico.
- Cuando el gobierno declara un desastre federal o estado de emergencia, entonces permitimos acceder a servicios fuera de la red para evitar que los centros médicos interrumpan el servicio.

¿Cómo solicita un reembolso al plan?

Si debe usar una farmacia fuera de la red, por lo general tendrá que pagar el costo total en el momento en que surta su receta médica. Usted puede pedirnos que le hagamos un reembolso. (El Capítulo 7, Sección 2 explica cómo pedir al plan que le devuelva el dinero).

SECCIÓN 3 Sus medicamentos tienen que estar en el Listado de medicamentos del plan

Sección 3.1 El Listado de medicamentos indica los medicamentos de la Parte D que están cubiertos

El plan tiene un *Listado de medicamentos cubiertos (Formulario).* En esta *Evidencia de Cobertura*, **lo llamamos Listado de medicamentos para abreviar.**

El plan selecciona los medicamentos en esta lista con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista cumple con los requisitos de Medicare y cuenta con su aprobación.

El Listado de medicamentos incluye los medicamentos cubiertos bajo la Parte D de Medicare. Además, de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos con receta están cubiertos por sus beneficios de Medicaid. Comuníquese con su Agencia para la Administración de Atención Médica para obtener información sobre la cobertura de farmacia de Medicaid. Consulte el Capítulo 2, Sección 6 para obtener la información de contacto de la Agencia para la Administración de Atención Médica.

Por lo general, cubriremos un medicamento en el Listado de medicamentos del plan siempre que cumpla con las normas de cobertura que se explican en este capítulo y que el medicamento se use para una indicación aceptada médicamente. Una indicación aceptada médicamente es un uso del medicamento que cumple con uno de estos requisitos:

- La Administración de Alimentos y Medicamentos ha aprobado el medicamento para el diagnóstico o la afección para la cual se está recetando.
- Está respaldado por cierta literatura, tal como la información de medicamentos del American Hospital Formulary Service y el sistema de información DRUGDEX de Micremedex.

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

Un medicamento de marca es un medicamento con receta que se vende bajo una marca comercial propiedad del fabricante del medicamento. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos típicos. En el Listado de medicamentos, cuando nos referimos a medicamentos, esto podría referirse a un medicamento o un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Los productos biológicos tienen alternativas llamadas biosimilares. Por lo general, los genéricos y los biosimilares tienen la misma eficacia que un producto biológico de marca u original y en general cuestan menos. Existen sustitutos de

medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según la legislación estatal, pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una receta nueva, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituirse por los de marca.

Consulte el Capítulo 12 para ver las definiciones de los tipos de medicamentos que pueden estar en el Listado de Medicamentos.

Medicamentos de venta libre

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos de venta libre. Algunos medicamentos de venta libre cuestan menos que los medicamentos con receta y tienen la misma eficacia. Llame a Servicios al Miembro para obtener más información.

¿Qué *no* está en el Listado de medicamentos?

Es posible que Medicaid no cubra algunos medicamentos que quizás este plan no cubre. Nuestro plan no incluye medicamentos cubiertos por Medicaid en el Listado de medicamentos. Para saber qué medicamentos están cubiertos por Medicaid, póngase en contacto con la Agencia para la Administración de Atención Médica. Consulte el Capítulo 2, Sección 6 para obtener la información de contacto de la Agencia para la Administración de Atención Médica.

El plan no cubre todos los medicamentos con receta.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra determinados tipos de medicamentos (para más información sobre el tema, consulte la Sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, nosotros decidimos no incluir cierto medicamento en el Listado de medicamentos. En algunos casos, usted podrá obtener un medicamento que no está en el listado. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9.

Sección 3.2 ¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está en el Listado de medicamentos?

Existen cuatro maneras de averiguarlo:

1. Revise el Listado de medicamentos más reciente que le brindamos electrónicamente.
2. Visite el sitio de Internet del plan (www.amerihealthcaritasvipcare.com/fl). El Listado de medicamentos en el sitio en Internet siempre está actualizado.
3. Llame a Servicios al Miembro para averiguar si un determinado medicamento está en el Listado de medicamentos del plan o para pedir una copia de la lista.

4. Use la "Herramienta de beneficios en tiempo real" del plan (www.amerihealthcaritasvipcare.com/fl o telefónicamente a Servicios al Miembro). Con esta herramienta, usted puede buscar medicamentos en el Listado de Medicamentos para ver un estimados de lo que pagará si hay medicamentos alternativos del Listado de medicamentos que podrían tratar la misma afección.

SECCIÓN 4 Hay restricciones en la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos con receta existen normas especiales que restringen cómo y cuándo los cubre el plan. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas normas para ayudar a que usted y su proveedor usen los medicamentos de la forma más efectiva. Para averiguar si un medicamento que usted toma o quiere tomar tiene alguna de estas restricciones, revise el Listado de medicamentos.

Cada vez que un medicamento seguro y económico funcione tenga la misma eficacia médica un medicamento de alto costo, las normas del plan están diseñadas para hacer que usted y su proveedor utilicen la opción más económica.

Tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestro Listado de medicamentos. Esto se debe a que algunos medicamentos pueden diferir según la potencia, cantidad o forma del medicamento indicado por su proveedor médico, y es posible que se apliquen distintas restricciones o costos compartidos a las distintas versiones del fármaco (por ejemplo, 10 mg contra 100 mg; una vez al día contra dos veces al día; tableta contra líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipo de restricciones existen?

Las secciones siguientes brindan más información sobre los tipos de restricciones que utilizamos para ciertos medicamentos.

Si hay una restricción en su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor tendrán que tomar medidas adicionales para que cubramos el medicamento. Comuníquese con Servicios al Miembro para saber lo que usted o su proveedor necesitaría hacer para recibir la cobertura del medicamento**. Si quiere que no apliquemos la restricción que le corresponde, necesitará utilizar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción.** Podemos aceptar o no aceptar dejar de aplicar la restricción que le corresponde. (Consulte el Capítulo 9)

Obtener la aprobación del plan por adelantado

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

Probar un medicamento diferente primero

Este requisito le recomienda probar medicamentos menos costosos, pero que generalmente tienen la misma eficacia, antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B tratan la misma afección, el plan puede exigirle que pruebe el Medicamento A primero. Si el Medicamento A no funciona para usted, el plan cubrirá luego el Medicamento B. Este requisito de probar un medicamento diferente primero se llama **terapia escalonada.**

Límites de cantidades

Con ciertos fármacos, limitamos la cantidad de medicamento que podrá recibir cada vez que surta su receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo un comprimido por día de un determinado medicamento, podemos limitar la cobertura de su receta médica a no más de un comprimido por día.

SECCIÓN 5 ¿Qué pasa si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que querría que estuviera cubierto?

Sección 5.1 Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que querría que estuviera cubierto

Hay situaciones en las que un medicamento con receta que está tomando actualmente, o uno que usted y su proveedor creen que debería estar tomando, no está en nuestro formulario o está en nuestro formulario con restricciones. Por ejemplo:

- Es posible que el medicamento no tenga ninguna cobertura. O, tal vez, una versión genérica del medicamento está cubierta, pero la versión de marca que usted quiere tomar no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero hay normas o restricciones adicionales a la cobertura de ese medicamento, como se explica en la Sección 4.

- Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto en la manera en que le gustaría que estuviera cubierto. **Si su medicamento no está en el Listado de medicamentos o si su medicamento está restringido, consulte la Sección 5.2 para saber qué puede hacer.**

Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no está en el Listado de medicamentos o si el medicamento está restringido de alguna manera?

Si su medicamento no está en el Listado de medicamentos o está restringido, estas son algunas opciones:

- Es posible que obtenga un suministro temporal del medicamento.
- Puede cambiar de medicamento.
- Puede solicitar una **excepción** y pedir al plan que cubra el medicamento o que elimine las restricciones del medicamento.

Es posible que pueda obtener un suministro temporal

Bajo ciertas circunstancias, el plan deberá brindar un suministro temporal de un medicamento que ya está tomando. Este suministro temporal le da tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio.

Para considerarse apto para el suministro temporal, el medicamento que ha estado tomando **ya no debe estar en el Listado de medicamentos** O **ahora está restringido de alguna manera**.

- **Si es un miembro nuevo**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90** días de su membresía en el plan.
- **Si estuvo en el plan el año pasado**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90** días del año calendario.
- Este suministro temporal será para un máximo de **30** días. Si su receta es por menos días, permitiremos varias recargas para ofrecer hasta un máximo de **30** días de medicamento. La receta médica se debe surtir en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia del centro médico de atención a largo plazo puede ofrecer el medicamento en cantidades más pequeñas a la vez para evitar el consumo innecesario).
- **Para los miembros que son nuevos al plan y están en un centro médico de atención a largo plazo (LTC):** Cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **98** días de su membresía en el plan. El suministro total será para un máximo de **98** días según el incremento de la entrega. Si su receta médica está indicada para menos días, permitiremos múltiples recargas para brindar hasta un máximo de **98** días de medicamento. (Tenga en cuenta que la farmacia del centro médico de atención a largo

plazo (LTC) puede brindar el medicamento en cantidades más pequeñas a la vez para evitar que se desperdicie).

- **Para los miembros que estaban en el plan el año pasado y no están en un centro médico de atención a largo plazo (LTC):** Cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90** días del año calendario. Este suministro temporal será para un máximo de **30** días. Si su receta médica está indicada para menos días, permitiremos múltiples recargas para brindar hasta un máximo de **30** días de medicamento. La receta médica se debe surtir en una farmacia de la red.
- **Para los miembros que estaban en el plan el año pasado y están en un centro médico de atención a largo plazo (LTC):** Cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 98 días del año calendario. El suministro será para un máximo de **98** días según el incremento de la entrega. Si su receta médica está indicada para menos días, permitiremos múltiples recargas para brindar hasta un máximo de **98** días de medicamento. (Tenga en cuenta que la farmacia del centro médico de atención a largo plazo (LTC) puede brindar el medicamento en cantidades más pequeñas a la vez para evitar que se desperdicie).

- **Para aquellos miembros que han estado en el plan por más de 90 días y residen en un centro médico de atención a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:**

  Cubriremos un suministro de emergencia de **31** días de un medicamento en particular, o menos, si su receta médica se indica para menos días. Esto es además del suministro de transición a largo plazo mencionado arriba.

- Se permitirá a los miembros que tengan un cambio en el nivel de atención (ajuste) hasta un suministro de transición de **30** días por medicamento por única vez. Por ejemplo, a estos miembros:
  - Quienes reciben el alta del hospital e ingresan a centros médicos de atención a largo plazo (LTC), a veces tienen un listado de medicamentos del formulario del hospital para la que se tiene en cuenta una planificación a muy corto plazo (a menudo de menos de 8 horas).
  - Quienes reciben el alta de un hospital y van a un hogar.
  - Quienes finalizan su admisión hospitalaria en un establecimiento de enfermería especializada de la Parte A de Medicare (donde los pagos incluyen todos los cargos de farmacia) y necesitan volver a su formulario del plan de la Parte D.
  - Quienes terminan su internación en un establecimiento de enfermería especializada y regresan a la comunidad.

Si tiene preguntas sobre el suministro temporal, llame a Servicios al Miembro.

Durante el tiempo en que esté usando el suministro temporal de un medicamento, deberá hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando el suministro temporal se acabe. Tiene dos opciones:

1) Puede cambiar a otro medicamento

Hable con su proveedor para ver si hay un medicamento diferente cubierto por el plan que podría tener la misma eficacia para usted. Puede llamar a Servicios al Miembro para pedir un listado de medicamentos cubiertos que tratan la misma afección. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda funcionar en su caso.

2) Puede pedir una excepción

Usted y su proveedor pueden pedir al plan que haga una excepción y cubra el medicamento de la manera en que le gustaría que estuviera cubierto. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican solicitarnos una excepción, su proveedor puede ayudar a que solicite una excepción. Por ejemplo, usted puede pedir al plan que cubra un medicamento, aunque no esté en el Listado de medicamentos del plan. O puede pedir al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted y el proveedor quieren solicitar una excepción, el Capítulo 9, Sección 7.4 les dirá lo que hacer. Explica los procedimientos y los plazos estipulados por Medicare para garantizar que su solicitud se procese en tiempo y forma.

SECCIÓN 6 ¿Qué pasa si cambia su cobertura para uno de sus medicamentos?

Sección 6.1 El Listado de medicamentos puede cambiar durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos tiene lugar al principio de cada año (1.° de enero). Sin embargo, durante el año, el plan puede realizar cambios en el Listado de medicamentos. Por ejemplo, el plan podría hacer lo siguiente:

- **Agregar o eliminar medicamentos del Listado de medicamentos.**
- **Añadir o eliminar una restricción de cobertura para un medicamento.**
- **Reemplazar un medicamento de marca por una versión genérica del medicamento.**
- Reemplazar un producto biológico original con una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.

Debemos obtener la aprobación de Medicare para los cambios que hacemos a el Listado de medicamentos del plan.

Consulte el Consulte el Capítulo 12 para ver definiciones de los tipos de medicamentos que se describen en este capítulo.

Sección 6.2 ¿Qué sucede si cambia la cobertura de un medicamento que está tomando?

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando ocurren cambios en el Listado de medicamentos, publicamos la información en nuestro sitio de Internet. También actualizamos nuestro Listado de medicamentos con frecuencia. Esta sección describe los tipos de cambios que podemos realizar al Listado de medicamentos y cuando recibirá un aviso directo si se realizaron cambios a un medicamento que está tomando.

Cambios que podemos realizar al Listado de medicamentos que pueden afectarlo durante el año actual del plan

- **Añadir medicamentos nuevos al Listado de medicamentos y eliminar o modificar inmediatamente un medicamento similar del Listado de medicamentos.**
    - Al agregar una versión nueva de un medicamento al Listado de medicamento, es posible que quitemos inmediatamente un medicamento similar del Listado de medicamentos, pasemos el medicamento similar a un nivel de costo compartido diferente, agreguemos restricciones nuevas, o ambas. La versión nueva del medicamento será tendrá las mismas restricciones o menos.
    - Realizaremos estos cambios inmediatos solo si agregamos una versión genérica nueva de una marca o añadimos ciertas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya estaba en el Listado de medicamentos.
    - Es posible que realicemos estos cambios inmediatamente y le informemos después, incluso si está tomando el medicamento que estamos quitamos o al cual le estemos haciendo cambios. Si usted está tomando el medicamento similar al momento en que realizamos el cambio, le informaremos cualquier cambio específico que realizamos.
- **Añadir medicamentos al Listado de medicamentos y eliminar o modificar un medicamento similar del Listado de medicamentos de manera anticipada.**
    - Al agregar otra versión de un medicamento al Listado de medicamento, es posible que quitemos un medicamento similar del Listado de medicamentos, lo pasemos a un nivel de costo compartido diferente, agreguemos restricciones nuevas, o ambas. La versión del medicamento que agreguemos será tendrá las mismas restricciones o menos.
    - Realizaremos estos cambios solo si agregamos una versión genérica nueva de un medicamento de marca o añadimos ciertas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya estaba en el Listado de medicamentos.
    - Le haremos saber con al menos 30 días antes de realizar el cambio, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un surtido de 30 días de la versión del medicamento que está tomando.

- **Eliminar medicamentos no seguros y otros medicamentos en el Listado de medicamentos que se retiraron del mercado**
    - A veces, un medicamento se puede considerar no seguro o quitarse del mercado por otro motivo. Si esto sucede, podremos retirar el medicamento de forma inmediata del Listado de medicamentos. Si está tomando ese medicamento, le informaremos luego de realizar el cambio.
- **Realizar otros cambios en los medicamentos del Listado de medicamentos**
    - Una vez que el año haya comenzado, podremos efectuar otros cambios que pueden afectar los medicamentos que usted está tomando. Por ejemplo, podríamos realizar cambios basados en advertencias destacadas de la FDA o en nuevas normas clínicas reconocidas por Medicare.
    - Le haremos saber con al menos 30 días antes de realizar estos cambios, le informaremos sobre el cambio y cubriremos un surtido adicional de **30** días de la versión del medicamento que está tomando.

Si realizamos alguno de estos cambios en alguno de los medicamentos que está tomando, hable con el médico que hizo la receta médica sobre las opciones más apropiadas para usted, incluido el cambio a un medicamento diferente para tratar su enfermedad, o solicitar una decisión de cobertura para cumplir con cualquier restricción nueva sobre el medicamento que está tomando. Usted o el médico que le hizo la receta puede pedirnos una excepción para seguir cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que está tomando. Para obtener información sobre cómo pedir una decisión de cobertura, incluida una excepción, consulte el Capítulo 9.

Cambios en el Listado de medicamentos que no lo afectan durante el año actual del plan

Es posible que realicemos ciertos cambios en el Listado de medicamentos que no se describieron anteriormente. En estos casos, el cambio no lo afectará si está tomando el medicamento cuando se realiza el cambio. Sin embargo, es probable que estos cambios lo afecten a partir del 1.° de enero del siguiente año del plan si usted permanece en el mismo plan.

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

- Ponemos una nueva restricción en el uso de su medicamento.
- Retiramos su medicamento del Listado de medicamentos.

Si cualquiera de estos cambios ocurre con un medicamento que está tomando (excepto por un retiro del mercado, el reemplazo de un medicamento genérico por un medicamento de marca, u otro cambio mencionado en la sección anterior), entonces el cambio no afectará su uso o lo que usted paga como su parte del costo hasta el 1.° de enero del próximo año.

No le informaremos directamente de este tipo de cambios durante el año en curso del plan. Deberá consultar el Listado de medicamentos para el próximo año del plan (cuando la lista esté

disponible durante el periodo de inscripción abierta) para ver si hay algún cambio en los medicamentos que está tomando que lo podrá afectarlo durante el próximo año del plan.

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* están cubiertos por el plan?

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Esta sección le explica qué tipos de medicamentos con receta están excluidos. Esto significa que Medicare no paga estos medicamentos.

Si apela y se determina que el medicamento solicitado no está excluido en la Parte D, lo pagaremos o lo cubriremos. (Para obtener información sobre la apelación de una decisión, consulte el Capítulo 9). Si el medicamento es excluido por nuestro plan, debe pagarlo usted mismo.

Estas son tres normas generales sobre los medicamentos que los planes de la Parte D de Medicare no cubren:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto bajo la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan no cubre el uso *no indicado en la etiqueta* cuando el uso no está respaldado por cierta literatura médica, como la información de medicamentos del American Hospital Formulary Service y el sistema de información DRUGDEX de Micromedex. El uso no indicado en la etiqueta es cualquier uso del medicamento que no sea el indicado en la etiqueta de un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.

Además, por ley, las siguientes categorías de los medicamentos enumerados a continuación no están cubiertas por Medicare. Sin embargo, usted puede obtener la cobertura de algunos de estos medicamentos según su cobertura de medicamentos de Medicaid. Comuníquese con su Agencia para la Administración de Atención Médica para obtener información sobre la cobertura de farmacia de Medicaid. Consulte el Capítulo 2, Sección 6 para obtener la información de contacto de la Agencia para la Administración de Atención Médica.

- Medicamentos sin receta (también llamados medicamentos de venta libre)
- Medicamentos para promover la fertilidad
- Medicamentos para aliviar la tos o los síntomas del resfrío
- Medicamentos con fines cosméticos o para ayudar al crecimiento del cabello

- Vitaminas y productos minerales recetados, excepto vitaminas prenatales y preparaciones con fluoruro
- Medicamentos usados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil
- Medicamentos que se utilicen para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso
- Medicamentos para pacientes ambulatorios para los que el fabricante busca exigir que le compren a él exclusivamente las pruebas o servicios de control asociados como condición de venta

Si está recibiendo "Ayuda Extra" para pagar sus recetas médicas, el programa "Ayuda Extra" no pagará los medicamentos que normalmente no están cubiertos. Sin embargo, si tiene cobertura de medicamentos por medio de Medicare, es posible que su programa estatal de Medicaid cobre algunos medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con su programa de Medicaid del estado para determinar la cobertura de medicamentos que puede estar disponible para usted. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en el Capítulo 2, Sección 6).

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta médica

Sección 8.1 Brinde la información de su membresía

Para surtir su receta, brinde los datos de su membresía al plan, que se encuentran en su tarjeta del miembro, en la farmacia de la red que elija. La farmacia de la red le cobrará automáticamente al plan su medicamento.

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no tiene su información de miembro con usted?

Si no tiene la información de miembro del plan con usted cuando surte su receta médica, usted o la farmacia deberán llamar al plan para obtener la información necesaria, o podrán pedir a la farmacia que busque su información de inscripción al plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que usted tenga que pagar el costo total de la receta médica cuando la pase a buscar.** (Usted puede luego **pedirnos que le hagamos un reembolso**. Consulte el Capítulo 7, Sección 2 para obtener información sobre cómo solicitar al plan el reembolso).

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

Sección 9.1 ¿Qué sucede si usted está en un hospital o un establecimiento de enfermería especializada y el plan cubre la admisión?

Si es admitido en un hospital o en un establecimiento de enfermería especializada con cobertura del plan, nosotros por lo general cubriremos el costo de los medicamentos con receta durante su admisión. Una vez que deje el hospital u otro establecimiento de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos con receta siempre que cumplan con todas las normas de cobertura que se describen en este Capítulo.

Sección 9.2 ¿Qué sucede si reside en un centro médico de atención a largo plazo (LTC)?

Por lo general, un centro médico de atención a largo plazo (LTC) (como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia o usa una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si usted reside en un centro médico de atención a largo plazo, puede obtener sus medicamentos con receta a través de la farmacia del establecimiento, o una que usted use, siempre y cuando sea parte de nuestra red.

Revise el *Directorio de farmacias* en www.amerihealthcaritasvipcare.com/fl para averiguar si la farmacia de su establecimiento de atención a largo plazo o la que usa es parte de nuestra red. Si no es el caso o necesita más información o asistencia, llame a Servicios al Miembro. Si usted está en un centro médico de atención a largo plazo, debemos asegurarnos de que pueda recibir rutinariamente sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de atención a largo plazo (LTC).

¿Qué pasa si usted es un residente en un centro de atención a largo plazo (LTC) y necesita un medicamento que no está en nuestro Listado de Medicamentos o está restringido de alguna manera?

Consulte la Sección 5.2 sobre suministros temporales o de emergencia.

Sección 9.3 ¿Qué sucede si está en un centro de atención para enfermos terminales certificado por Medicare?

El centro de atención para enfermos terminales y nuestro plan no cubren el mismo medicamento simultáneamente. Si usted está inscrito en atención para enfermos terminales de Medicare y necesita ciertos medicamentos (por ejemplo, contra las náuseas, laxantes, analgésicos o ansiolíticos) que no están cubiertos por la atención para enfermos terminales porque no se relacionan con su enfermedad terminal y afecciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una

notificación del profesional que receta el medicamento o del proveedor de atención para enfermos terminales que indique que el medicamento no está relacionado para que nuestro plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar demoras en la recepción de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, pida a su proveedor de atención para enfermos terminales o al profesional que le hace la receta que notifique al plan para que le surtan la receta.

En caso de que usted revoque su elección del centro de atención para enfermos terminales o si recibe el alta del lugar, nuestro plan deberá cubrir sus medicamentos tal como se explica en este documento. Para evitar demoras en la farmacia, cuando termine su beneficio de atención para enfermos terminales de Medicare, lleve la documentación a la farmacia para verificar su revocación o el alta.

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos

Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a utilizar medicamentos de forma segura

Realizamos revisiones sobre el uso de medicamentos para nuestros miembros que ayudan a garantizar que están recibiendo la atención segura y apropiada.

Hacemos una revisión cada vez que surte una receta médica. También revisamos nuestros registros periódicamente. En estas revisiones, buscamos problemas posibles como los siguientes:

- Errores posibles en la medicación
- Medicamentos que es probable que no sean necesarios porque está tomando otro medicamento similar para tratar la misma afección
- Medicamentos que pueden no ser apropiados o seguros por su edad o sexo.
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían causarle daño si los toma al mismo tiempo.
- Recetas médicas para medicamentos que tienen componentes a los que usted tiene alergia
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de medicamento que está tomando
- Cantidades peligrosas de medicamentos opioides contra el dolor

Si vemos la posibilidad de un problema en el uso de medicaciones, coordinaremos con su proveedor para corregir el problema.

Sección 10.2 Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar sus medicamentos opioides de manera segura

Contamos un programa que ayuda a garantizar que los miembros utilicen de forma segura los opiáceos recetados y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia. Este programa se llama Programa de Administración de Medicamentos (DMP). Si usa medicamentos opiáceos que obtiene de varios proveedores que recetan o farmacias o si recientemente tuvo una sobredosis con opioides, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que su uso sea apropiado y médicamente necesario. Al trabajar con sus proveedores que recetan, si decidimos que su uso de medicamentos opioides o benzodiacepínicos posiblemente no sea seguro, es posible que limitemos cómo puede obtenerlos. Si lo ubicamos en el DMP, estas pueden ser algunas limitaciones:

- Requerir que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiacepinas de una cierta farmacia
- Requerir que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiacepinas de ciertos proveedores que recetan
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiacepinas que cubriremos para usted

Si tenemos planes de limitar la forma en que puede recibir estos medicamentos o la cantidad que puede recibir, le enviaremos una carta con anticipación. La carta le indicará si le limitamos la cobertura de estos medicamentos, o si se le exigirá obtener las recetas médicas para estos medicamentos solo de un proveedor que haga la receta o farmacia en particular. Usted tendrá la oportunidad de contarnos cuáles son los profesionales que recetan o las farmacias que prefiere usar, y cualquier otra información que considere que necesitemos saber. Luego de tener la oportunidad para responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta para confirmar la limitación. Si considera que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra determinación o la limitación, usted y el profesional que le receta tendrán derecho a apelar. Si apela, revisaremos su caso y le informaremos la decisión. Si continuamos negando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que aplican a su acceso a medicamentos, enviaremos su caso automáticamente a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar una apelación.

No será ubicado en nuestro DMP si tiene ciertas enfermedades, como un dolor relacionado con un cáncer activo o anemia de células falciformes, está recibiendo cuidados para enfermos terminales, paliativos, o de la etapa final de su vida, o si vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.3 Programa de administración de terapia con medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades médicas complejas. Nuestro programa se llama Programa de administración de terapia con medicamentos (MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló el programa para que ayudemos a garantizar que nuestros miembros reciban el mayor beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que tienen ciertas enfermedades crónicas y toman medicamentos que exceden una cantidad específica de los costos de medicamentos, o están en un DMP para ayudar a los miembros a usar sus opioides de manera segura, pueden recibir servicios a través de un programa MTM. Si cumple con los requisitos para el programa, un farmacéutico u otro profesional médico le realizarán una revisión completa de todo todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar sobre sus medicamentos, sus costos y cualquier problema o duda que tenga sobre sus medicamentos con receta médica y de venta libre. Recibirá un resumen escrito que cuenta con una lista de cosas recomendadas para hacer e incluye los pasos que debe tomar para conseguir los mejores resultados de sus medicamentos. Usted también recibirá una lista sobre su medicación que incluirá todos los medicamentos que está tomando, cómo, cuándo y por qué los toma. Además, los miembros del programa MRM recibirán información sobre la eliminación segura de los medicamentos con receta que son sustancias controladas.

Le recomendamos que hable con su médico sobre la lista de cosas para hacer recomendadas y la lista de medicamentos. Lleve el resumen con usted a su consulta o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores médicos. Asimismo, tenga el listado de medicamentos actualizado con usted (por ejemplo, con su identificación) en caso de ir al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se ajusta a sus necesidades, automáticamente lo inscribiremos en el programa y le enviaremos información. Si decide no participar, infórmenos y lo retiraremos. Si tiene alguna pregunta sobre este programa, comuníquese con Servicios al Miembro.

SECCIÓN 11 Le enviamos informes que explican los pagos por sus medicamentos y en cuál etapa de pago se encuentra

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

Nuestro plan realiza el seguimiento de los costos de sus medicamentos con receta y los pagos que efectúa cuando carga o recarga sus recetas médicas en la farmacia. De esta manera, podemos decirle cuando ha pasado de una etapa de pago de un medicamento a la siguiente. En particular, existen dos tipos de costos a los que les realizamos un seguimiento:

- Llevamos la cuenta de cuánto ha pagado. Esto se llama **gastos de bolsillo**. Esto incluye lo que usted pagó cuando obtuvo un medicamento cubierto de la Parte D, todo pago por sus medicamentos que realizaron familiares o amigos y todo pago realizado por sus medicamentos de "Ayuda Extra" de Medicare, planes de salud del empleador o sindicato, Servicio de Salud Indígena, programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP).
- Llevamos un registro de sus **gastos totales de medicamentos**. Este es el total de todos los pagos realizados por sus medicamentos de la Parte D. Incluye lo que paga el plan, lo que paga usted y lo que pagaron otros programas u organizaciones por sus medicamentos de la Parte D.

Si ha surtido una o más prescripciones a través del plan durante el mes anterior, le enviaremos una *Explicación de Beneficios (EOB) de la Parte D*. La *EOB de la Parte D* incluye lo siguiente:

- **Información sobre ese mes.** Este informe detalla los pagos de las recetas médicas que surtió durante el mes anterior. Muestra los costos totales de los medicamentos, los que paga el plan y lo que pagaron usted y otros en su nombre.
- **Totales para el año desde el 1.° de enero.** Esto se llama información del año a la fecha. Muestra los costos y los pagos totales de los medicamentos desde que comenzó el año.
- **Información sobre precios de medicamentos.** Esta información mostrará el precio total de los medicamentos e información sobre aumentos en el precio desde la primera recarga para cada reclamo de medicamento con receta de la misma cantidad.
- **Recetas alternativas disponibles de menor de costo.** Incluirá información sobre otros medicamentos con menor costo compartido para cada reclamo de receta médica, si corresponde.

Sección 11.2 Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre los pagos de sus medicamentos

Para realizar un seguimiento de los costos de sus medicamentos y de los pagos que usted hace, utilizamos registros que obtenemos de las farmacias. Así es cómo usted nos puede ayudar a mantener su información correcta y actualizada:

- **Muestre su tarjeta de miembro cada vez que surta sus recetas médicas.** Esto ayuda a garantizar que sepamos sobre las recetas médicas que está surtiendo y lo que está pagando.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Hay veces en las que es posible que pague todo el costo de un medicamento con receta. En estos casos, no obtendremos automáticamente la información que necesitamos para hacer un seguimiento de sus gastos de bolsillo. Para ayudarnos a hacer un seguimiento de sus gastos de bolsillo, bríndenos copias de sus recibos. Estos son algunos ejemplos de los momentos en los que debe brindarnos copias de los recibos de sus medicamentos:
    - Cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no es parte de los beneficios de nuestro plan.
    - Cuando realiza un copago por los medicamentos que se suministran bajo un programa de asistencia al paciente del fabricante de medicamentos.
    - Siempre que compre medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o en otras oportunidades que pague el precio completo de un medicamento cubierto bajo circunstancias especiales.

  Si le facturan un medicamento cubierto, puede solicitar a nuestro plan que pague la parte correspondiente del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, consulte el Capítulo 7, Sección 2.
- **Envíenos información sobre los pagos que otros hayan hecho por usted.** Los pagos realizados por otros individuos y organizaciones determinadas también cuentan para sus gastos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un programa de asistencia con medicamentos para el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud para Indígenas y las organizaciones benéficas cuentan para sus gastos de bolsillo. Mantenga un registro de estos pagos y envíelos para que podamos realizar un seguimiento de sus costos.
- **Revise el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba la EOB de la Parte D, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si considera que hay algo incorrecto o incompleto, o si tiene alguna pregunta, llámenos a Servicios al Miembro. Asegúrese de conservar estos informes.

CAPÍTULO 6:

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

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

Dado que usted cumple los requisitos para Medicaid, califica para recibir y está recibiendo "Ayuda Extra" de Medicare para pagar los costos del plan de medicamentos con receta. Como usted está en el programa de "Ayuda Extra", **es posible que parte de la información en esta *Evidencia de Cobertura* sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D no le corresponda.**

CAPÍTULO 7:

Cómo solicitarnos que paguemos una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos.

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos sus servicios o medicamentos cubiertos

Los proveedores de nuestra red le facturan directamente al plan sus servicios y medicamentos cubiertos. Si recibe una factura por la atención médica o los medicamentos que recibió, debe enviarnos esta factura para que podamos pagarla. Cuando usted nos envíe la factura, la analizaremos y decidiremos si los servicios y medicamentos deben estar cubiertos. Si decidimos que deben cubrirse, le pagaremos directamente al proveedor.

Si usted ya ha pagado un servicio o artículo de Medicare cubierto por el plan, puede pedir a nuestro plan que le devuelva el dinero (la devolución de dinero con frecuencia se llama **reembolso**). Usted tiene derecho a que nuestro plan le devuelva el dinero cada vez que pague por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por nuestro plan. Es posible que existan plazos que deba cumplir para que le devolvamos el dinero. Consulte la Sección 2 de este capítulo. Cuando usted nos envía una factura que ya ha pagado, la analizaremos y decidiremos si los servicios o medicamentos deben estar cubiertos. Si decidimos que deben cubrirse, le devolveremos el dinero por los servicios o medicamentos.

También puede haber ocasiones en las que reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que ha recibido o, posiblemente, por un monto superior a su parte de costos compartidos, según se explica en el documento. Primero intente resolver la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en vez de pagarla. Analizaremos la factura y decidiremos si los servicios deben estar cubiertos. Si decidimos que deben cubrirse, le pagaremos directamente al proveedor. Si decidimos que no debemos pagarla, se lo notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más que el costo compartido permitido por el plan. Si este proveedor está contratado, usted sigue teniendo derecho a recibir tratamiento.

Estos son ejemplos de situaciones en las que es posible que necesite pedir a nuestro plan que le devuelva el dinero o que pague una factura que ha recibido.

1. Cuando ha recibido atención médica de emergencia o urgencia de un proveedor que no está en la red de nuestro plan

Usted puede recibir servicios de emergencia o que necesitan de urgencia de cualquier proveedor, sin importar si el proveedor pertenece o no a la red. En estos casos, pida al proveedor que le facture al plan.

- Si usted paga el monto total en el momento en que recibe la atención, pídanos el reembolso. Envíenos la factura junto con la documentación de los pagos que haya realizado.
- Es posible que reciba una factura del proveedor solicitando un pago que usted cree que no debe. Envíenos esta factura junto con la documentación de los pagos que ya haya realizado.
    - Si al proveedor se le debe algo, le pagaremos al proveedor directamente.

- Si usted ya ha pagado por el servicio, le devolveremos el dinero.

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

Los proveedores de la red siempre deben facturar al plan directamente. Sin embargo, a veces cometen errores y le solicitan que pague por sus servicios.

- Cada vez que reciba una factura de un proveedor de la red, envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema de facturación.
- Si usted pagó una factura a un proveedor de la red, envíenosla junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado. Debe solicitarnos que le devolvamos el dinero por sus servicios cubiertos.

3. Si usted está inscripto retroactivamente en nuestro plan.

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

Si usted estaba inscripto retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo cualquiera de sus servicios o medicamentos cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que le reembolsemos los gastos. Necesitará presentar la documentación correspondiente, como los recibos y las facturas, para poder procesar el reembolso.

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

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

Conserve su recibo y envíenos una copia para solicitarnos que le devolvamos el dinero. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias especiales. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para ver una enumeración de estas circunstancias. Es posible que no le paguemos la diferencia entre lo que usted pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el monto que pagaríamos en una farmacia dentro de la red.

5. Cuando usted paga el costo total de una receta médica porque no lleva su tarjeta de miembro del plan con usted

Si no lleva su tarjeta de miembro del plan con usted, puede solicitar a la farmacia que llame al plan o que consulte su información de inscripción del plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener la información de inscripción que necesita inmediatamente, es posible que deba pagar el costo total de la receta médica. Conserve su recibo y envíenos una copia para solicitarnos que le devolvamos el dinero. Es posible que no le paguemos el costo completo si el precio en efectivo que pagó es mayor al precio acordado para la receta médica.

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

Usted puede pagar el costo total de la receta médica porque descubre que el medicamento no está cubierto por algún motivo.

- Por ejemplo, es posible que el medicamento no esté en el Listado de medicamentos del plan o podría tener un requisito o restricción que no conocía o que no creía que le correspondería. Si decide obtener el medicamento de inmediato, es probable que deba pagar el costo total.

- Conserve su recibo y envíenos una copia para solicitarnos que le devolvamos el dinero. En algunas situaciones, es posible que necesitemos obtener más información de su médico para reembolsarle el costo del medicamento. Es posible que no le paguemos el costo completo si el precio en efectivo que pagó es mayor al precio acordado para la receta médica.

Cuando usted nos envíe una solicitud de pago, la revisaremos y decidiremos si el servicio o medicamento deben cubrirse. Esto se llama tomar una **decisión de cobertura**. Si decidimos que debería estar cubierto, pagaremos el servicio o el medicamento. Si rechazamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 de este documento contiene información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió

Usted puede solicitarnos que le reintegremos *ya sea por teléfono o* a través de una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíe su factura y documentación de cualquier pago que haya realizado. Es recomendable hacer una copia de la factura y los recibos para sus registros. **Debe presentarnos su reclamo dentro de los doce meses** de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Para asegurarse de que nos está dando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamos para solicitar el pago.

- No es necesario que use el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápido.

Si no utiliza el formulario, incluya lo siguiente:

- Nombre completo
- ID del miembro
- Dirección y correo electrónico del miembro
- Recibo o copia del recibo del servicio
- Nombre y número de ID del proveedor
- Número de teléfono del proveedor
- Fecha del servicio

- Diagnóstico, si se conoce

Si está relacionado con un medicamento, incluya también:

- Nombre del medicamento
- Recibo o copia del recibo del servicio o el medicamento
- Farmacia donde se surtió el medicamento
- Teléfono de la farmacia
- Fecha en que se surtió la medicación
- Diagnóstico, si se conoce
- Nombre y número de ID del proveedor
- Número de teléfono del proveedor

- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio de Internet (www.amerihealthcaritasvipcare.com/fl) o llame a Servicios al Miembro y solicite el formulario.

Envíenos su solicitud de pago por correo junto con todas las facturas o los recibos pagos a esta dirección:

Para servicios médicos:	Para medicamentos:
AmeriHealth Caritas VIP Care PO Box 7151 London, KY 40742-7151	AmeriHealth Caritas VIP Care Atención Direct Member Reimbursement P.O. Box 516 Essington, PA 19029

SECCIÓN 3 Examinaremos su solicitud de pago para decidir si pagaremos o no

Sección 3.1 Verificamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento

Cuando recibamos su solicitud de pago, le haremos saber si necesitamos que nos brinde información adicional. De lo contrario, analizaremos su solicitud y tomaremos una decisión sobre la cobertura.

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y usted cumplió con todas las normas, pagaremos por el servicio o medicamento. Si usted ya pagó el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el reembolso. Si pagó el costo total de un medicamento, es posible que no se le reembolse todo el monto que pagó (por ejemplo, si obtiene un medicamento de una farmacia fuera de la red o si el precio en

efectivo que pagó por un medicamento es mayor a nuestro precio acordado). Si todavía no ha pagado el servicio o el medicamento, enviaremos el pago directamente al proveedor por correo.

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* están cubiertos, o usted *no* cumplió con todas las normas, no pagaremos por la atención o el medicamento. Le enviaremos una carta que explicará los motivos por los que no le enviamos el pago y sus derechos para apelar esa decisión.

Sección 3.2 Si le decimos que no pagaremos la atención médica o el medicamento, puede presentar una apelación

Si considera que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o con el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Presentar una apelación significa pedir que cambiemos la decisión que tomamos al rechazar su solicitud de pago. El proceso de apelación es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para consultar los detalles sobre cómo presentar una apelación, vaya al Capítulo 9 de este documento.

CAPÍTULO 8:
Sus derechos y responsabilidades

SECTION 1 Our plan must honor your rights and cultural sensitivities as a member of the plan

Section 1.1 We must provide information in a way that works for you and consistent with your cultural sensitivities (in languages other than English, in braille, in large print, or other alternate formats, etc.)

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

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

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

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

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, please call to file a grievance with Member Services (phone numbers are printed on the back cover of this booklet). You may also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights 1-800-368-1019 or TTY 1-800-537-7697.

Sección 1.1 Debemos brindarle información de una manera conveniente para usted y en consonancia con sus sensibilidades culturales (en idiomas distintos del inglés, en braille, en letra grande u otros formatos alternativos, etc.)

Su plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de forma competente culturalmente y sean accesibles para todos los miembros, incluidos aquellos con una competencia limitada en inglés, una comprensión lectora limitada, una discapacidad auditiva, o aquellos con orígenes culturales y étnicos diversos. Entre los ejemplos acerca de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad se encuentran, sin estar limitados a, ofrecer servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos, o conexión TTY (teletipo o teléfono con teclado).

Nuestro plan cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas para responder las preguntas de los miembros que no hablan inglés. Puede obtener este documento de forma gratuita en español y lengua criolla. También podemos brindarle información en braille, en letra grande u otros formatos alternativos sin costo de ser necesario. Tenemos la obligación de darle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para obtener información de nosotros de forma que le resulte conveniente, llame a Servicios al Miembro.

Nuestro plan debe brindar a las miembros mujeres la opción de tener acceso directo a especialistas en salud para la mujer dentro de los servicios de atención médica rutinaria y preventiva para mujeres.

Si los proveedores de la red del plan de una especialidad no estuvieran disponibles, es responsabilidad del plan localizar a proveedores de especialidades externos a la red que le brinden la atención necesaria. En ese caso, solo pagará el costo compartido dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hubiera ningún especialista en la red del plan que cubriera un servicio que necesitara, llame al plan para obtener información sobre cómo obtener este servicio de costo compartido dentro de la red.

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, llame para presentar una queja formal ante Servicios al Miembro. También puede presentar una queja ante Medicare a través del 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente a la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

SEKSYON 1 Plan nou an sipoze respekte dwa w yo ak sansibilite kiltirèl ou antanke manm plan an.

Seksyon 1.1 Nou sipoze ba w enfòmasyon yon fason ki apwopriye pou ou e ki respekte sansibilite kiltirèl ou (nan lang ki pa anglè, nan ekriti bray, nan gwo karaktè oswa nan lòt fòma, pa egzanp).

Plan nou an gen obligasyon pou asire li tout moun ki enskri yo resevwa tout sèvis yo, kit se sèvis klinik, kit se sèvis ki pa klinik, yon fason ki konpetan selon kilti yo ak yon fason ki aksesib. Sa gen ladan l sèvis pou moun ki pa fò nan anglè, ki limite nan kapasite pou yo fè lekti, ki gen pwoblèm pou tande oswa ki soti nan diferan kilti ak gwoup etnik. Kèk egzanp sou sa yon plan ka fè pou satisfè jan de bezwen sa yo nan domèn aksesibilite, san pa gen limit nan egzanp sa yo, se bay sèvis tradiksyon, sèvis entèpretasyon, tele-enprimè oswa koneksyon nan sèvis TTY (telefòn tèks oswa telefòn tele-enprimè).

Plan nou an gen sèvis entèpretasyon ki gratis pou reponn kesyon moun ki pa pa anglè yo genyen yo. Ou kapab jwenn dokiman sa a gratis an panyòl ak kreyòl. Epitou, depi ou bezwen sa, nou ka ba w enfòmasyon nan ekriti bray, nan gwo karaktè oswa nan lòt fòma san sa pa koute w anyen. Nou gen obligasyon pou n ba w enfòmasyon sou prestasyon ki fè pati plan an nan yon fòma ki aksesib ak apwopriye pou ou. Pou jwenn enfòmasyon ki apwopriye pou ou nan men nou, tanpri rele ekip sèvis pou manm yo.

Plan nou an gen obligasyon pou bay fi ki enskri yo posiblite pou yo gen yon aksè dirèk nan yon espesyalis sante fi ki fè pati rezo a pou yo ka jwenn sèvis swen sante woutin ak sèvis swen sante prevansyon pou fi.

Si pa gen pwofesyonèl sante ki disponib nan rezo plan an pou yon espesyalite, plan an sipoze jwenn yon pwofesyonèl espesyalize ki pa fè pati rezo a pou l ba w swen ou bezwen yo. Nan ka sa a, w ap annik peye pou depans pataje ou t ap peye pou yon sèvis ou jwenn nan rezo a. Si w rive nan yon sitiyasyon kote pa gen espesyalis nan rezo plan an pou ba w sèvis ou bezwen an, rele plan an pou jwenn enfòmasyon sou kote ou ka jwenn sèvis sa a pou depans pataje ou t ap peye pou yon sèvis ou jwenn nan rezo a.

Si w gen difikilte pou jwenn enfòmasyon nan men plan nou nan yon fòma ki aksesib ak apwopriye pou ou, tanpri rele pou depoze yon reklamasyon bay ekip sèvis pou manm yo (nimewo telefòn yo enprime nan paj ki pa dèyè ti liv sa a). Epitou, ou ka rele nan 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) pou depoze yon plent bay Medicare oswa ou ka rele Biwo pou Dwa Sivil la dirèkteman nan 1-800-368-1019 oswa nan TTY 1-800-537-7697.

Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que reciba sus servicios y medicamentos cubiertos de manera oportuna

Usted tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) en la red del plan que le brinde y coordine los servicios cubiertos. También tiene derecho a consultar a un especialista de la salud para la mujer (como un ginecólogo) sin una referencia médica.

Usted tiene derecho a recibir consultas y servicios cubiertos de la red de proveedores del plan *dentro de un período de tiempo razonable.* Esto incluye el derecho a obtener servicios en tiempo y forma de especialistas cuando necesite tal atención. También tiene derecho a surtir o renovar sus recetas médicas en cualquiera de nuestras farmacias de la red sin largas demoras.

Si considera que no está recibiendo la atención médica o los medicamentos de la Parte D en un período razonable, el Capítulo 9 le indica lo que puede hacer.

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información médica personal

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

- Su información médica personal incluye la **información personal** que usted nos dio cuando se inscribió en este plan, así como sus registros médicos y otra información médica y de salud.
- Usted tiene derechos relacionados con su información y con el control de la manera en que se usa su información médica. Le brindamos un aviso escrito llamado *Aviso de Prácticas de Privacidad*, que habla sobre estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información médica.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información médica?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- Excepto en las circunstancias que se indican a continuación, si tenemos la intención de dar su información médica a alguien que no le brinde o pague su atención, *estamos obligados a obtener primero su permiso por escrito o el de alguien a quien usted haya dado poder legal para tomar decisiones por usted.*
- Existen algunas excepciones en las que no tenemos la obligación de obtener primero su permiso por escrito. Estas excepciones son permitidas o exigidas por la ley.
    - Se nos exige divulgar información médica a las agencias gubernamentales que supervisan la calidad de la atención.
    - Debido a que usted es un miembro de nuestro plan a través de Medicare, estamos obligados a brindar a Medicare su información de salud, incluida la información sobre sus medicamentos bajo receta de la Parte D. Si Medicare divulga su

información para la investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con los estatutos y regulaciones federales; por lo general, esto requiere que la información que lo identifica de manera única no sea compartida.

Usted puede ver la información en sus registros y saber de qué modo se ha compartido

Usted tiene derecho a ver los registros médicos que conserva el plan y obtener una copia. Tenemos permitido cobrarle una tarifa por hacer copias. Usted también tiene derecho a solicitarnos que agreguemos información o corrijamos sus registros médicos. Si solicita que lo hagamos, trabajaremos con su proveedor médico para decidir si es necesario realizar los cambios.

Usted tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información médica con fines que no sean de rutina.

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

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

Como miembro de AmeriHealth Caritas VIP Care, usted tiene derecho a que le brindemos distintos tipos de información.

Si quiere alguno de los siguientes tipos de información, llame al Servicios al Miembro:

- **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 de nosotros sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias en nuestra red y la manera en que pagamos a los proveedores en nuestra red
- **Información sobre su cobertura y las normas que debe seguir cuando la use.** Los Capítulos 3 y 4 brindan información sobre los servicios médicos. Los Capítulos 5 y 6 brindan información sobre la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.
- **Información sobre por qué no se cubren determinadas cosas y qué puede hacer al respecto.** El Capítulo 9 brinda información sobre cómo pedir una explicación por escrito con los motivos de por qué un servicio médico o un medicamento de la Parte D está

cubierto o si su cobertura está restringida. El Capítulo 9 además brinda información sobre cómo pedirnos que cambiemos una decisión, que también se llama apelación.

Sección 1.5 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención

Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y participar en las decisiones sobre su atención médica

Tiene derecho a obtener información completa de sus médicos y otros proveedores de atención médica. Los proveedores deben explicarle su afección y sus opciones de tratamiento *de una manera que usted pueda comprender.*

También tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para brindarle ayuda con la toma de decisiones con sus médicos sobre el tratamiento que es mejor para usted, sus derechos incluyen lo siguiente:

- **Conocer todas sus opciones.** Esto significa que usted tiene derecho a que le informen sobre todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, sin importar el costo o si nuestro plan las cubre. También incluye que le informen sobre los programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a administrar sus medicaciones y a utilizar los medicamentos de forma segura.
- **Conocer los riesgos.** Usted tiene derecho a que le informen sobre cualquier riesgo implícito en su atención. Se le debe informar de antemano si la atención médica o el tratamiento propuesto son parte de un experimento de investigación. Siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir "no".** Usted tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a dejar el hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja que se quede. También tiene derecho a dejar de tomar su medicación. Por supuesto, si usted rechaza el tratamiento o deja de tomar la medicación, acepta toda la responsabilidad de lo que le sucede a su cuerpo en consecuencia.

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que se debe hacer si no es capaz de tomar decisiones médicas por usted mismo

A veces, las personas no pueden de tomar decisiones de atención médica debido a accidentes o enfermedades graves. Usted tiene derecho a decir lo que quiere que suceda si está en esta situación. Esto significa que, *si lo desea*, usted puede hacer lo siguiente:

- Completar un formulario escrito para otorgarle a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas** por usted si en algún momento no puede tomar decisiones por usted mismo.
- **Dar a sus médicos instrucciones escritas** sobre cómo quiere que manejen su atención médica si no puede tomar decisiones por usted mismo.

El documento legal que puede utilizar para dar sus instrucciones por anticipado en estas situaciones se llama **última voluntad médica**. Existen diferentes tipos de última voluntad médica y tienen nombres distintos. Los documentos llamados **testamento en vida** y **poder notarial para atención médica** son ejemplos de la última voluntad médica.

Si desea utilizar una última voluntad médica para dar sus instrucciones, esto es lo que debe hacer:

- **Consigue el formulario.** Puede obtener un formulario de última voluntad médica de su abogado, un trabajador social o de algunas tiendas de insumos para oficinas. A veces puede obtener formularios de última voluntad médica en las organizaciones que brindan información sobre Medicare.
- **Complételo y fírmelo.** Sin importar dónde obtuvo este formulario, tenga en cuenta que es un documento legal. Debería considerar solicitar la ayuda de un abogado que lo ayude a prepararlo.
- **Entregue copias a las personas adecuadas.** Debe entregar una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario que tomará decisiones por usted si usted no puede hacerlo. Le recomendamos que haga copias para sus amigos cercanos o integrantes de su familia. No olvide conservar una copia en casa.

Si usted sabe con anticipación que va a ser hospitalizado y ha firmado una última voluntad médica, **lleve una copia con usted al hospital**.

- El hospital le preguntará si ha firmado un formulario de voluntad anticipada y si lo tiene consigo.
- Si no ha firmado un formulario de directiva anticipada, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde que usted decide si desea completar una última voluntad médica (incluso si quiere firmar una cuando está en el hospital). De acuerdo con la ley, nadie puede negarle atención o discriminarlo en base a si ha firmado una última voluntad médica o no.

¿Qué sucede si no se respetan sus instrucciones?

Si ha firmado una última voluntad médica, y cree que un médico o un hospital no siguieron las instrucciones que indica el documento, puede presentar una queja ante la Agencia para la Administración de Atención Médica.

Agency for Health Care Administration
Mail Stop #58
Tallahassee, FL 32308
1-888-419-3456

Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar quejas y solicitarnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado

Si tiene algún problema, inquietud o queja, y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, el Capítulo 9 de este documento le indica lo que puede hacer. No importa lo que haga: solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o una queja, **tenemos la obligación de brindarle un trato justo.**

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si considera que está recibiendo un trato injusto o que no se respetan sus derechos?

Si se trata de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles

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

¿Se trata de algo más?

Si considera que ha sido tratado injustamente o no se han respetado sus derechos, *y no* se trata de discriminación, puede conseguir ayuda para resolver el problema que tiene:

- Puede llamar a **Servicios al Miembro**.
- Puede **llamar al SHIP**. Para obtener información, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- O bien, **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Hay varios lugares donde puede obtener más información sobre sus derechos:

- Puede llamar a **Servicios al Miembro**.
- Puede **llamar al SHIP**. Para obtener información, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
    - Puede visitar el sitio de Internet de Medicare para leer o descargar la publicación *Sus derechos y protecciones en Medicare*. (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).
    - O bien, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

Esto es lo que necesita hacer como miembro del plan. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al Miembro.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para recibir estos servicios cubiertos**. Utilice este folleto de Evidencia de Cobertura para saber lo que está cubierto y las normas que debe seguir para recibir los servicios cubiertos.
    - Los Capítulos 3 y 4 brindan detalles sobre sus servicios médicos.
    - Los Capítulos 5 y 6 brindan detalles sobre su cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.
- **Si tiene alguna otra cobertura médica o cobertura de medicamentos con receta además de nuestro plan, tiene la obligación de informarnos.** El Capítulo 1 le indica cómo coordinar estos beneficios.
- **Dígale a su médico y a otros proveedores médicos que está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de miembro del plan y su tarjeta de Medicaid cada vez que reciba atención médica o medicamentos con receta de la Parte D.
- **Facilite la atención que recibe de médicos y otros proveedores al darles información, formular preguntas y hacer el seguimiento de su atención.**
    - Para ayudar a que obtenga la mejor atención, haga saber a sus médicos y otros proveedores médicos sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus médicos acordaron.
    - Asegúrese de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluso medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.
    - Si tiene alguna pregunta, asegúrese de pregunta y de recibir una respuesta que pueda entender.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe de manera tal que ayude al buen funcionamiento del consultorio médico, de los hospitales y otros consultorios.
- **Pague lo que debe**. Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
    - Debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir como miembro del plan.
    - Si se le exige pagar el monto adicional por la Parte D porque sus ingresos son más altos (según lo informado en su última declaración de impuestos), deberá pagar el monto adicional directamente al gobierno para permanecer como miembro del plan.

- **Si se muda dentro de nuestra área de servicio del plan, necesitamos saberlo para que podamos mantener actualizado su registro de miembro y saber cómo comunicarnos con usted.**
- **Si se muda *fuera* de nuestra área de servicio del plan, no podrá seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- Si se muda, también es importante informar al Seguro Social (o a la Junta de Retiro Ferroviario).

CAPÍTULO 9:

Qué hacer si usted tiene algún problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué hacer si tiene un problema o inquietud

Este capítulo explica los procesos para resolver problemas e inquietudes. El proceso que usted utiliza para manejar su problema depende de dos cosas:

1. Si su problema se relaciona con beneficios cubiertos por **Medicare** o **Medicaid**. Si quiere recibir ayuda para decidir si debe utilizar el proceso de Medicare o el proceso de Medicaid o ambos, comuníquese con Servicios al Miembro.

2. El tipo de problema que tiene:
    - Para algunos problemas, necesita usar el **proceso para las decisiones de cobertura y apelaciones.**
    - Para otros problemas, necesita usar el **proceso para presentar quejas**; también llamado quejas formales.

Estos procesos han sido aprobados por Medicare. Cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que nosotros y usted debemos cumplir.

La guía en la Sección 3 ayudará a que identifique el proceso adecuado para usar y lo que debe hacer.

Sección 1.2 ¿Qué información hay sobre los términos legales?

En este capítulo, se utilizan términos legales para explicar algunas normas, procedimientos y tipos de plazos. Muchos de estos términos son extraños para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender. Para facilitar las cosas, este capítulo:

- Usa palabras más simples en vez de ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo generalmente dice presentar una queja en lugar de interponer una queja formal, decisión de cobertura en lugar de determinación de la organización o determinación de la cobertura o determinación en riesgo, y organización de revisión independiente en lugar de Entidad de Revisión Independiente.
- También utiliza abreviaturas lo menos posible.

Sin embargo, puede resultar útil, y a veces bastante importante, que usted conozca los términos legales correctos. Saber qué términos utilizar le ayudará a comunicarse con mayor precisión para obtener la ayuda o la información adecuada a su situación. Para ayudar a que conozca qué términos utilizar, incluimos términos legales cuando le brindamos información sobre el manejo de situaciones específicas.

Sección 2 Dónde recibir más información y asistencia personalizada

Siempre estamos disponibles para ayudarlo. Incluso si tiene una queja sobre el trato que le damos, tenemos la obligación de respetar su derecho a presentar una queja. Por lo tanto, siempre deberá comunicarse con el servicio al cliente para recibir ayuda. Sin embargo, en algunas situaciones es posible que además quiera recibir asistencia u orientación de alguien que no está conectado con nosotros. Estas son dos entidades que pueden brindarle asistencia.

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP).

Cada estado tiene un programa gubernamental con asesores capacitados. El programa no está conectado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan médico. Los asesores en este programa pueden ayudar a que comprenda el proceso que debe utilizar para resolver el problema que tiene. También pueden responder sus preguntas, brindarle más información y ofrecerle orientación sobre lo que debe hacer.

Los servicios de los asesores del SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono y la dirección del sitio de Internet en el Capítulo 2, Sección 3 de este documento.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda. Para contactarse con Medicare

- Puede llamar a 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 de Internet de Medicare (https://www.medicare.gov).

Puede obtener ayuda e información de Medicaid

Agency for Health Care Administration
2727 Mahan Drive
Tallahassee, FL 32308
Teléfono: 1-888 419-3456 (TDD 1-800-955-8771)
De lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Puede obtener ayuda e información de la Organización para la Mejora de la Calidad

Acentra Health
5201 West Kennedy Blvd.
Suite 900
Tampa, FL 33609

1-888-317-0751 (TTY 711)
de 9:00 a. m. a 5:00 p. m. de lunes a viernes y de 11:00 a. m. a 4:00 p. m. los sábados, domingos y feriados. También puede dejar un mensaje las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debería utilizar para tratar su problema?

Como usted tiene Medicare y recibe asistencia de Medicaid, puede utilizar diferentes procesos para manejar su problema o queja. El proceso que usted utiliza depende de si el problema se relaciona con los beneficios de Medicare o con los beneficios de Medicaid. Si su problema es sobre un beneficio cubierto por Medicare, debe utilizar el proceso de Medicare. Si su problema es sobre un beneficio cubierto por Medicaid, debe utilizar el proceso de Medicaid. Si quiere recibir ayuda para decidir si usar el proceso de Medicare o el de Medicaid, comuníquese con Servicios al Miembro.

El proceso de Medicare y el proceso de Medicaid se describen en diferentes partes de este capítulo. Para averiguar qué parte debería leer, utilice el cuadro siguiente.

¿Su problema es sobre los beneficios de Medicare o los beneficios de Medicaid?

Si le gustaría recibir ayuda para decidir si su problema es sobre los beneficios de Medicare o los de Medicaid, comuníquese con Servicios al Miembro.

Mi problema es sobre los beneficios de **Medicare**.

> Vaya a la sección siguiente de este capítulo, **Sección 4, Cómo resolver los problemas con sus beneficios de Medicare.**

Mi problema es sobre la cobertura de **Medicaid.**

> Vaya a la **Sección 12** de este capítulo, **Cómo resolver sus problemas con los beneficios de Medicaid.**

PROBLEMAS CON SUS BENEFICIOS DE MEDICARE

SECCIÓN 4 Cómo resolver sus problemas con los beneficios de Medicare

Sección 4.1 ¿Debe utilizar el proceso para las decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso para presentar quejas?

Si tiene algún problema o inquietud, solo necesita leer las partes de este capítulo que corresponden a su situación. El cuadro siguiente ayudará a que encuentre la sección correcta de este capítulo para problemas o quejas sobre los **beneficios cubiertos por Medicare.**

Para averiguar qué parte de este capítulo lo ayudará con su problema o inquietud sobre sus beneficios de **Medicare**, use este cuadro:

¿Su problema o inquietud se relaciona con los beneficios o la cobertura?

Esto incluye problemas sobre si una atención médica (artículos médicos, servicios y/o medicamentos con receta de la Parte B) está o no está cubierta, la manera en que está cubierta y problemas relacionados con el pago por la atención médica.

Sí.

Vaya a la sección siguiente de este capítulo, **Sección 5, Una guía sobre los conceptos básicos de las decisiones de cobertura y apelaciones.**

No.

Pase a la **Sección 11** al final de este capítulo: **Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes.**

SECCIÓN 5 Una guía sobre los conceptos básicos de las decisiones de cobertura y apelaciones

Sección 5.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: aspectos generales

Las decisiones de cobertura y las apelaciones se encargan de los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos con

receta de la Parte B, incluido el pago). Para facilitar el proceso, por lo general, nos referimos a los artículos médicos, servicios y medicamentos con receta de la Parte B como **atención médica**. Usted utiliza las decisiones de cobertura y el proceso de apelación para aspectos como si algo está cubierto o no y la manera en que está cubierto.

Cómo pedir las decisiones de cobertura antes de recibir los beneficios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y la cobertura, o sobre el monto que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si su médico de la red del plan le hace una referencia médica a un especialista médico que no pertenece a la red, esta referencia médica se considera una decisión de cobertura favorable a menos que su médico de la red pueda demostrar que usted recibió un aviso de rechazo estándar para este especialista médico, o que la Evidencia de Cobertura deje claro que el servicio derivado no está cubierto bajo ninguna condición. Usted o su médico pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura si su médico no sabe con certeza si cubrimos un servicio médico particular o si se niega a brindar atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, si usted quiere saber si cubrimos determinada atención médica antes de recibirla, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. En circunstancias específicas, la solicitud de una decisión de cobertura será desestimada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de lo anterior incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre sin estar legalmente autorizado a hacerlo o si usted pide que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos un aviso que explicará por qué se ha desestimado la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Tomamos una decisión de cobertura para usted cada vez que decidimos lo que está cubierto para usted y cuánto pagamos. En algunos casos, es posible que decidamos que cierta atención médica no está cubierta o que Medicare ya no la cubre para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y usted no está conforme, ya sea antes o después de haber recibido un beneficio, usted puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. Bajo ciertas circunstancias, que explicaremos más adelante, usted puede solicitar una **apelación rápida** o acelerada de una decisión de cobertura. A su apelación la tratan revisores distintos de los que tomaron la decisión original.

Cuando usted apela una decisión por primera vez, se llama apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para revisar si estábamos siguiendo todas las normas correctamente. Una vez que completamos la revisión, le informamos nuestra decisión.

En circunstancias específicas, una solicitud de apelación de Nivel 1será desestimada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de lo anterior incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre sin estar legalmente autorizado a hacerlo o si usted pide que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de Nivel 1, le enviaremos un aviso que explica por qué se ha desestimado y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Si rechazamos su apelación de Nivel 1 de manera total o parcial para la atención médica, su apelación pasará automáticamente al Nivel 2, que llevará a cabo una organización de revisión independiente que no está conectada con nosotros.

- No tiene que hacer nada para iniciar la apelación de Nivel 2. Las normas de Medicare exigen que enviemos automáticamente su apelación al Nivel 2 para la atención médica si no estamos completamente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.
- Para más información sobre apelaciones de Nivel 2 para la atención médica, consulte la **Sección 6.4** de este capítulo.
- Las apelaciones de la Parte D se analizan en detalle en la Sección 7 de este capítulo.

Si no está conforme con la decisión en la apelación de Nivel 2, es posible que pueda continuar a través de niveles de apelación adicionales (La Sección 10 en este capítulo explica los procesos de apelaciones de los Niveles 3, 4 y 5).

Sección 5.2 Cómo recibir ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación

Estos son los recursos si decide solicitar algún tipo de decisión sobre la cobertura o apelar una decisión:

- **Puede llamarnos a Servicios al Miembro**.
- Puede **obtener ayuda gratuita** del Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico.
- **Su médico puede hacer una solicitud en su nombre.** Si su médico le ayuda en una apelación más allá del nivel 2, tendrá que ser designado como su representante. Llame a Servicios al Miembro y pida el formulario de *Designación de un representante*. (El formulario también está disponible en el sitio de Internet de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf.
  - Para recibir atención médica, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación es rechazada en el Nivel 1, se enviará automáticamente al Nivel 2.
  - Para los medicamentos con receta de la Parte D, su médico u otro profesional que recete pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su

nombre. Si su apelación de Nivel 1 es rechazada, su médico o profesional que recete podrá solicitar una apelación de Nivel 2.

- **Puede solicitar a alguien que actúe en su nombre.** Si así lo desea, puede nombrar a otra persona para que actúe por usted como su **representante** y solicitar una decisión de cobertura o hacer una apelación.
  - Si desea que un amigo, pariente u otra persona sea su representante, llame a Servicios al Miembro y solicite el formulario de *Designación de representante*. ((El formulario también está disponible en el sitio de Internet de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf.) El formulario le otorga permiso a esa persona para actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que le gustaría que actúe en su nombre. Deberá darnos una copia del formulario firmado.
  - Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar o completar nuestra revisión hasta que lo hayamos recibido. Si no recibimos el formulario antes de nuestra fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación, se desestimará su solicitud de apelación. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito que explica su derecho a solicitar a la organización de revisión independiente que revise la 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 del colegio de abogados local u otro servicio de referencia. También existen grupos que le brindarán servicios legales gratuitos si cumple con los requisitos. Sin embargo, **no es obligatorio contratar un abogado** para solicitar cualquier tipo de decisión sobre la cobertura o apelar una decisión.

Sección 5.3 ¿Qué sección de este capítulo brinda información para su situación?

Existen cuatro situaciones diferentes que implican decisiones de cobertura y apelaciones Dado que cada situación tiene normas y plazos diferentes, brindamos información sobre cada una en una sección aparte:

- **Sección 6** de este capítulo: Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 7** de este capítulo: Sus medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 8** de este capítulo: Cómo solicitarnos que cubramos una admisión hospitalaria más larga si considera que el médico le está dando el alta demasiado pronto
- **Sección 9** de este capítulo: Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que su cobertura está terminando demasiado pronto [*Corresponde a estos servicios únicamente:* atención médica domiciliaria, atención en un establecimiento

de enfermería especializada y servicios integrales de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF)]

Si no sabe bien la sección que debería consultar, llame a Servicios al Miembro. También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales como el Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico.

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

Sección 6.1 Esta sección explica qué hacer si tiene problemas para obtener la cobertura de la atención médica o si quiere que le devolvamos lo que gastó en su atención

Esta sección trata sobre los beneficios para la atención médica. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este documento: *Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto)*. En algunos casos, se aplican diferentes normas a una solicitud por un medicamento con receta de la parte B. En esos casos, explicaremos cómo las normas para medicamentos con receta de la parte B son diferentes de las normas para artículos médicos y servicios.

Esta sección explica lo que puede hacer si se encuentra en alguna de estas cinco situaciones:

1. No está recibiendo cierta atención médica que desea, y cree que nuestro plan cubre esa atención. **Pida una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor médico quieren brindarle, y usted cree que nuestro plan cubre esta atención. **Pida una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
3. Usted recibió atención médica que cree que debería estar cubierta por el plan, pero hemos dicho que no pagaremos esta atención. **Presente una apelación Sección 6.3.**
4. Recibió y pagó atención médica que considera que debería estar cubierta por el plan, y quiere solicitarle a nuestro plan que realice el reembolso del costo de esta atención. **Envíenos la factura. Sección 6.5.**
5. Le informan que la cobertura con la que contaba para cierta atención médica que ha estado recibiendo y que anteriormente aprobamos se reducirá o interrumpirá, y usted cree que reducir o interrumpir esta atención podría perjudicar su salud. **Presente una apelación Sección 6.3.**

   Nota: **Si la cobertura que se interrumpirá es para atención hospitalaria, atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF)**,

consulte las Secciones 7 y 8 de este Capítulo. Se aplican normas especiales para estos tipos de atención.

Sección 6.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales
Cuando una decisión de cobertura se relaciona con su atención médica, se llama **determinación de la organización**. Una decisión rápida de cobertura se llama **determinación acelerada.**

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

Una decisión de cobertura estándar por lo general se realiza dentro de los 14 días o las 72 horas para medicamentos de la Parte B. Una decisión rápida de cobertura por lo general se realiza dentro de las 72 horas, para servicios médicos, o 24 horas para medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión rápida de cobertura, debe cumplir dos requisitos:

- Podrá *solo pedir* la cobertura de artículos y/o médicos (no solicitudes de pago de artículos y/o servicios ya recibidos).
- Usted puede obtener una decisión rápida de cobertura *solamente* si utilizar los plazos estándar podría *perjudicar gravemente su salud o dañar su capacidad de funcionar.*
- **Si el médico nos dice que su salud requiere una decisión rápida de cobertura, automáticamente aceptaremos darle una decisión rápida de cobertura.**
- **Si usted solicita la decisión rápida de cobertura por su cuenta, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que le demos una decisión rápida de cobertura.** Si no aprobamos una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta que explicará lo siguiente:
  - Usaremos los plazos estándares
  - Si su médico nos pide la decisión rápida de cobertura, automáticamente tomaremos una decisión rápida de cobertura
  - Podrá presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de darle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión rápida de cobertura que nos solicitó

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

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitar que autoricemos o brindemos la cobertura de la atención médica que desea. Usted, su médico o su representante pueden hacer esto. El Capítulo 2 incluye información de contacto.

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

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

Esto significa que le daremos una respuesta dentro de los 14 días calendario después de recibir su solicitud **de un artículo o servicio médico.** Si su solicitud es para un **medicamento con receta de la Parte B de Medicare**, le daremos una respuesta **dentro de las 72 horas** luego de recibir su solicitud.

- **Sin embargo**, si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico**.** Si nos tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si usted cree que *no* debemos tomarnos más días, puede presentar una queja rápida. Le daremos una respuesta a su queja tan pronto tomemos nuestra decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso para las decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).

Para las decisiones rápidas de cobertura, usamos un plazo acelerado.
Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos dentro de las 72 horas si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le responderemos dentro de las 24 horas.

- **Sin embargo,** si solicita más tiempo, o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario más**. Si nos tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si usted cree que no debemos tomarnos más días, puede presentar una queja rápida. (Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener información sobre las quejas). Nos comunicaremos con usted tan pronto tomemos nuestra decisión.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración escrita que explicará los motivos.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura de atención médica, usted puede presentar una apelación.

Si la rechazamos, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión a través de una apelación. Esto significa pedir nuevamente obtener la cobertura de atención médica que desea. Presentar una apelación significa que pasará al Nivel 1 del proceso de apelación.

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

Términos legales
Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de la atención médica se llama una **reconsideración** del plan. La apelación rápida también se la llama **reconsideración acelerada**.

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

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

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de atención que todavía no recibió, usted y/o su médico tendrán que decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos comunica que su salud exige una apelación rápida, le daremos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión rápida de cobertura en la Sección 6.2 de este capítulo.

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

- **Si usted solicita una apelación estándar, presente su apelación estándar por escrito.** También puede solicitar una apelación de manera telefónica. El Capítulo 2 incluye información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, realice su apelación por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 incluye información de contacto.
- **Usted debe realizar su solicitud de apelación dentro de los 65 días calendario** a partir de la fecha en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta de la decisión de cobertura. Si se le pasa este plazo y tiene un buen motivo que lo justifique, podemos darle más tiempo para presentar su apelación. Podríamos otorgarle más tiempo para realizar su apelación. Algunos ejemplos de

motivos justificados pueden incluir una enfermedad grave que le impidió ponerse en contacto con nosotros, o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.

- **Puede solicitar una copia de la información relacionada con la decisión médica. Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.**

<u>Paso 3:</u> Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, analizamos atentamente toda la información. Revisamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Compilaremos más información si es necesario y posiblemente nos comunicaremos con usted o su médico.

Fechas límites para una apelación rápida

- Para las apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas posteriores a recibir su apelación.** Le daremos nuestra respuesta con más rapidez si su salud exige que así lo hagamos.
  - Si usted solicita más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, podemos **tomarnos hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomar más tiempo si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
  - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas (o al final de la extensión del plazo si tomamos más días), tenemos la obligación de enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización independiente. La Sección 6.4 explica del proceso de apelación del Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o brindar la cobertura de la atención médica que acordamos brindar dentro de las 72 horas posteriores a recibir su apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos nuestra decisión por escrito y enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le avisará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación estándar

- Para las apelaciones estándares, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 30 días calendario** luego de recibir su apelación. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare que todavía no ha recibido, le daremos una respuesta **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Le daremos nuestra decisión antes si su condición médica así lo requiere.

- Sin embargo, si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico**.** Si nos tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si usted cree que *no* debemos tomarnos más días, puede presentar una queja rápida. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja dentro de las 24 horas. (Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).
- Si no le damos una respuesta en el plazo establecido (o al final del período extendido), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2 en la que una organización de revisión independiente revisará la apelación. La Sección 6.4 explica del proceso de apelación del Nivel 2.

- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura dentro de los 30 días calendario si su solicitud es para un artículo o servicio médico, o **dentro de los 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Si nuestro plan rechaza parte o la totalidad de su apelación, enviaremos su apelación automáticamente a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo se hace una apelación de Nivel 2

Término legal
El nombre formal de la organización de revisión independiente es **Entidad de Revisión Independiente**. A veces se la denomina **IRE**.

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

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

- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información es su **expediente**. **Usted tiene derecho a solicitar una copia de su expediente.**
- Tiene derecho a brindar información adicional de la organización de revisión independiente para respaldar su apelación.
- Los revisores en la organización de revisión independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

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

- Para la apelación rápida, la organización de revisión debe responder su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** posteriores a recibir la apelación.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que podría beneficiarlo, **podrá tomar hasta 14 días calendario más.** La organización de revisión independiente no puede tomar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

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

- Para la apelación estándar, si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación.
- Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** luego de recibir su apelación.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que podría beneficiarlo, **podrá tomar hasta 14 días calendario más.** La organización de revisión independiente no puede tomar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Paso 2: La organización de revisión independiente le responde.

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

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de lo que solicitó para un artículo o servicio médicos**, debemos autorizar la cobertura de atención médica **dentro de las 72 horas** o brindar el servicio dentro de los **14 días calendario** luego de recibir la decisión de la organización de revisión independiente sobre las **solicitudes estándares** o brindar el servicio **dentro de 72 horas** desde la fecha en que el plan recibe la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes aceleradas**.
- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de una solicitud de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o brindar el medicamento con receta de la Parte B dentro de las **72 horas** luego de recibir la decisión de la organización de revisión independiente para **solicitudes estándares** o **dentro de las 24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente para **solicitudes aceleradas**.

- **Si esta organización rechaza parte o la totalidad de su apelación**, significa que está de acuerdo con nuestro plan y considera que su solicitud (o parte de su solicitud) sobre la cobertura de atención médica no debe aprobarse. (A esto se le llama **confirmar la decisión** o **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta con lo siguiente:
  - La explicación de la decisión.
  - Un aviso con su derecho a una apelación en el Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica que está solicitando cumple con un cierto mínimo. El aviso escrito que recibe de la organización de revisión independiente le dirá el valor en dólares que debe cumplir para continuar el proceso de apelación.
  - Una explicación para presentar una apelación de Nivel 3

Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, usted decide si desea avanzar con el proceso de apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelación luego del Nivel 2 (de un total de cinco niveles de apelación). Si desea ir a una apelación de Nivel 3, la información sobre cómo hacerlo está en el aviso escrito que recibió luego de su apelación de Nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o un abogado mediador se encargará de la apelación de Nivel 3. La Sección 10 de este capítulo explica los procesos de apelación de los Niveles 3, 4 y 5.

Sección 6.5 ¿Qué sucede si nos pide que le reembolsemos una factura que recibió por atención médica?

No podemos reembolsarle el dinero a usted directamente por un servicio o artículo de Medicaid. Si recibe una factura por servicios y artículos cubiertos por Medicaid, envíenos la factura. **Usted no debe pagar la factura.** Nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema. Sin embargo, si paga la factura, puede obtener un reembolso si cumplió con las normas para obtener servicios y artículos.

Solicitar el reembolso implica una decisión de cobertura de nuestra parte

Si nos envía la documentación para pedir un reembolso, usted está solicitando una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, analizaremos si la atención médica que usted pagó es un servicio cubierto. También verificaremos si usted cumplió con todas las normas al utilizar su cobertura de atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud:** Si la atención médica está cubierta y usted cumplió con todas las normas, le enviaremos el pago del costo generalmente entre los 30 y 60 días calendario de haber recibido su solicitud. Si no ha pagado la atención médica, le enviaremos el pago directamente al proveedor.

- **Si rechazamos su solicitud:** Si la atención médica *no* está cubierta, o usted *no* cumplió con todas las normas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta que informe que no pagaremos la atención médica junto con los motivos.

Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar la solicitud, **puede presentar una apelación.** Presentar una apelación significa que nos pide que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

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

- Debemos darle nuestra respuesta dentro de los 60 días calendario posteriores a recibir su apelación. Si nos está pidiendo que le reembolsemos los costos de la atención médica que ya recibió y pagó de su bolsillo, no tiene permitido solicitar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que tenemos que pagar, debemos enviar a usted o el proveedor el pago dentro de los 30 días calendario. Si respondemos que aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviar el pago que nos solicitó a usted o al proveedor dentro de los 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 explica qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos el costo de un medicamento de la Parte D

Sus beneficios incluyen la cobertura de muchos medicamentos con receta. Para tener cobertura, el medicamento debe utilizarse para una indicación médicamente aceptada. (Consulte el Capítulo 5 para más información sobre una indicación médicamente aceptada). Para obtener información sobre los medicamentos de la Parte D, las normas, las restricciones y los costos, consulte los Capítulos 5 y 6. **Esta sección solamente trata sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, generalmente hablamos de *medicamento* en el resto de esta sección, en lugar de repetir *medicamento con receta cubierto para paciente ambulatorio* o *medicamento de la Parte D* cada vez que se menciona. *También usamos el término Listado de medicamentos en vez de Listado de medicamentos cubiertos o Formulario.*

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple con las normas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren que obtenga aprobación de nuestra parte para que lo cubramos.

- Si su farmacia le dice que su receta médica no se puede surtir tal como está escrita, la farmacia le dará una notificación por escrito para explicarle cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Decisiones de cobertura y apelaciones sobre la Parte D

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

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

- Para pedir que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en el *Listado de medicamentos cubiertos del plan.* **Pida una excepción Sección 7.2**
- Para pedir que no apliquemos una restricción del plan para la cobertura de un medicamento (como los límites en la cantidad de medicamento que puede obtener) **Pida una excepción. Sección 7.2**
- Para pedir obtener una aprobación previa para un medicamento. **Pida una decisión de cobertura. Sección 7.4**
- Paga un medicamento con receta que ya compró. **Pídanos un reembolso. Sección 7.4**

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

Esta sección explica cómo solicitar las decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

Sección 7.2 ¿Qué es una excepción?

Términos legales
Solicitar la cobertura de un medicamento que no está en el "Listado de medicamentos" a veces se llama solicitar una **excepción del formulario**. Solicitar la eliminación de una restricción en la cobertura de un medicamento a veces se llama pedir una **excepción al formulario.** Pedir pagar un precio más bajo por un medicamento cubierto no preferido a veces se llama pedir una **excepción de nivel.**

Si un medicamento no está cubierto de la forma en que le gustaría que estuviera cubierto, puede pedirnos que hagamos una **excepción**. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico u otro profesional que recete medicamentos tendrán que explicar los motivos médicos por los que necesita que se apruebe la excepción. Estos son dos ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro profesional que recete medicamentos pueden pedirnos que hagamos:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D que no está en nuestro Listado de medicamentos.**
2. **Eliminar una restricción de un medicamento cubierto.** El Capítulo 5 describe las normas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos en nuestro Listado de medicamentos.

Sección 7.3 Cosas importantes que debe saber sobre cómo pedir excepciones

Su médico debe informarnos los motivos médicos

Su médico u otro profesional que realiza las recetas deben presentar una declaración que explique los motivos médicos para solicitar una excepción. Para que podamos tomar una decisión más rápidamente, incluya esta información médica de su médico u otro profesional que realiza las recetas cuando nos pida la excepción.

Por lo general, nuestro Listado de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas posibilidades diferentes se llaman medicamentos **alternativos**. Si un medicamento alternativo es tan eficaz como el medicamento que está solicitando y no causa más efectos secundarios u otros problemas médicos, generalmente *no* aprobaremos su solicitud de excepción.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación generalmente es válida hasta el final del año del plan. Este es el caso siempre y cuando su médico siga recetándole el medicamento y ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud, puede pedir una revisión de nuestra decisión mediante una apelación.

Sección 7.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

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

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

Las **decisiones estándares de cobertura** se realizan dentro de las **72 horas** después de recibir la declaración de su médico. Las **decisiones rápidas de cobertura** se realizan dentro de las **24 horas** después de recibir la declaración de su médico.

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

- Debe estar pidiendo un medicamento que aún no ha recibido. (Usted no puede solicitar una decisión rápida de cobertura para recibir un reembolso de un medicamento que ya compró).
- Usar los plazos estándares podría perjudicar gravemente su salud o dañar su capacidad de funcionar.
- **Si su médico u otro profesional que receta el medicamento nos dice que su salud exige una decisión rápida de cobertura, automáticamente le daremos una decisión rápida de cobertura.**
- **Si usted solicita la decisión rápida de cobertura por su cuenta, sin el apoyo de su médico o de otro profesional que receta, decidiremos si su salud exige que le demos una decisión rápida de cobertura.** Si no aprobamos una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta que explicará lo siguiente:
  - Usaremos los plazos estándares.
  - Si su médico u otro profesional que receta nos pide la decisión rápida de cobertura, automáticamente tomaremos una decisión rápida de cobertura.
  - Instrucciones para presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de darle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión rápida de cobertura que nos solicitó. Responderemos a su queja dentro de las 24 horas de la recepción.

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

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitar que autoricemos o brindemos la cobertura de la atención médica que desea. También puede acceder al proceso de decisión de cobertura a través de nuestro sitio de Internet. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud presentada mediante el formulario modelo de solicitud de determinación de cobertura de los CMS, que está disponible en nuestro sitio de Internet: https://www.amerihealthcaritasvipcare.com/assets/pdf/fl/member/eng/coverage-determination-member.pdf. El Capítulo 2 incluye información de contacto. El profesional que receta el medicamento puede solicitarnos una determinación de cobertura en su nombre. Si desea que otra persona (por ejemplo, un miembro de la

familia o un amigo) haga la solicitud por usted, esa persona debe ser su representante. También puede solicitarnos una determinación de cobertura por teléfono llamando al 1-833-535-3767, TTY: 711 o a través del sitio de Internet en www.amerihealthcaritasvipcare.com/fl. Para ayudarnos a procesar su solicitud, no olvide incluir su nombre, información de contacto y los datos que identifiquen el reclamo rechazado que está apelando.

- Usted, su médico (u otro profesional que receta) o su representante pueden hacer esto. También puede tener a un abogado que actúe en su nombre. La Sección 4 de este capítulo le indica cómo puede dar permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante.
- **Si está pidiendo una excepción, brinde la declaración de respaldo**, que incluye los motivos médicos para la excepción. Su médico u otro profesional que receta el medicamento pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. O su médico u otro profesional que receta el medicamento pueden informarnos por teléfono y realizar el seguimiento al enviar una declaración escrita por fax o por correo si fuera necesario.

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

Plazos para una decisión de cobertura rápida

- Por lo general, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 24 horas** luego de recibir su solicitud.
    - Para las excepciones, le daremos una respuesta dentro de las 24 horas luego de recibir la declaración de respaldo de su médico. Le daremos nuestra respuesta con más rapidez si su salud exige que así lo hagamos.
    - Si no cumplimos con este plazo, tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura que acordamos brindar dentro de las 24 horas posteriores a recibir su solicitud o la declaración de su médico que respalde su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración escrita que explique por qué lo hicimos. También le diremos cómo apelar.

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

- Por lo general, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas** luego de recibir su solicitud.
    - Para las excepciones, le daremos una respuesta dentro de las 72 horas luego de recibir la declaración de respaldo de su médico. Le daremos nuestra respuesta con más rapidez si su salud exige que así lo hagamos.
    - Si no cumplimos con este plazo, tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.

- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura que acordamos brindar **dentro de las 72 horas** posteriores a recibir su solicitud o la declaración de su médico que respalde su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración escrita que explique por qué lo hicimos. También le diremos cómo apelar.

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

- Debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario** posteriores a recibir su solicitud.
  - Si no cumplimos con este plazo, tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** también tenemos la obligación de realizarle el reembolso dentro de los 14 días calendario posteriores a recibir su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración escrita que explique por qué lo hicimos. También le diremos cómo apelar.

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

- Si la rechazamos, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión a través de una apelación. Esto significa pedir nuevamente la cobertura del medicamento que desea. Presentar una apelación significa que pasará al Nivel 1 del proceso de apelación.

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

Términos legales
Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se llama **redeterminación** del plan. Una apelación rápida también se llama **redeterminación acelerada**.

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

Una apelación estándar por lo general se realiza dentro de los 7 días calendario. Una apelación rápida por lo general se realiza dentro de las 72 horas. Si su salud lo exige, pida una apelación rápida

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico, u otro profesional que receta el medicamento, tendrán que decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión rápida de cobertura en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, médico u otro profesional que receta deberá comunicarse con nosotros y presentar la apelación de Nivel 1. Si su salud exige una respuesta rápida, debe pedir una **apelación rápida.**

- **Para apelaciones estándares, debe enviar una solicitud por escrito o llamarnos.** El Capítulo 2 incluye información de contacto.
- **Para apelaciones rápidas, puede enviar su apelación por escrito o llamarnos al 1-833-535-3767**, TTY: **711**. El Capítulo 2 incluye información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud presentada mediante el *formulario modelo de solicitud de redeterminación de los CMS*, que está disponible en nuestro sitio de Internet en www.amerihealthcaritasvipcare.com/fl. No olvide incluir su nombre, información de contacto y los datos relacionados con su reclamo para facilitarnos el procesamiento de su solicitud.
- **Usted debe realizar su solicitud de apelación dentro de los 65 días calendario** a partir de la fecha en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta de la decisión de cobertura. Si se le pasa este plazo y tiene un buen motivo que lo justifique, podemos darle más tiempo para presentar su apelación. Podríamos otorgarle más tiempo para realizar su apelación. Algunos ejemplos de motivos justificados pueden incluir una enfermedad grave que le impidió ponerse en contacto con nosotros, o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información en su apelación y agregar más información.** Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.

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

- Cuando revisamos su apelación, volvemos a mirar detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura. Revisamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted, su médico, u otro profesional que receta el medicamento para obtener más información.

Fechas límites para una apelación rápida

- Para las apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas posteriores a recibir su apelación.** Le daremos nuestra respuesta con más rapidez si su salud exige que así lo hagamos.
    - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas, tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. La Sección 7.6 explica del proceso de apelación del Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura que acordamos brindar dentro de las 72 horas posteriores a recibir su apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración escrita que explique por qué dijimos la rechazamos y cómo apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar de un medicamento que aún no recibió

- Para las apelaciones estándares, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario** luego de recibir su apelación. Le daremos nuestra decisión con mayor rapidez si aún no ha recibido el medicamento y su afección requiere que lo hagamos.
    - Si no tomamos una decisión dentro de los 7 días calendario, tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 7.6 explica del proceso de apelación del Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura tan pronto su salud lo requiera, pero no más de **los 7 días calendario** luego de recibir su apelación. **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración escrita que explique por qué dijimos la rechazamos y cómo apelar nuestra decisión.

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

- Debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario** posteriores a recibir su solicitud.
    - Si no cumplimos con este plazo, tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** también tenemos la obligación de realizarle el reembolso dentro de los 30 días calendario posteriores a recibir su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración escrita que explique por qué lo hicimos. También le diremos cómo apelar.

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

- Si usted presenta 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**. A veces se la denomina **IRE**.

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

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

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, el aviso escrito que le enviamos incluirá **instrucciones sobre cómo realizar la apelación de Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le dirán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos debe seguir, y cómo comunicarse con la organización. Sin embargo, si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable, o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación de **riesgo** según nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su reclamo a la IRE.
- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información es su **expediente**. **Usted tiene derecho a solicitar una copia de su expediente.**
- Tiene derecho a brindar información adicional de la organización de revisión independiente para respaldar su apelación.

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

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

Plazos para una apelación rápida

- Si su salud lo requiere, solicite a la organización de revisión independiente una apelación rápida.

- Si la organización acepta darle una apelación rápida, esta debe dar una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** posteriores a recibir su solicitud de apelación.

Plazos para una apelación estándar

- Para apelaciones estándares, la organización de revisión debe dar una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** posteriores a recibir su apelación si es para un medicamento que aún no recibió. Si solicita que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.

Paso 3: La organización de revisión independiente le responde.

- Para apelaciones rápidas:
  - Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de lo que ha solicitado, debemos brindar la cobertura del medicamento que aprobó la organización dentro de las 24 horas posteriores a recibir la decisión de la organización.
- Para apelaciones estándares:
  - Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de su solicitud de cobertura, debemos brindar la cobertura del medicamento que aprobó la organización dentro de las 72 horas posteriores a recibir la decisión de la organización.
  - Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de su solicitud de reembolsarle el costo del medicamento que ya compró, estamos obligados a enviarle el pago dentro de los 30 días calendario posteriores a recibir la decisión de la organización de revisión.

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

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

- La explicación de la decisión.
- Un aviso con su derecho a una apelación en el Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura del medicamento que está solicitando cumple con un cierto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura del medicamento que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación, y la decisión del Nivel 2 es definitiva.
- El valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 4: Si su caso cumple con los requisitos, usted decide si desea avanzar con el proceso de apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelación luego del Nivel 2 (de un total de cinco niveles de apelación).
- Si decide continuar con una apelación de Nivel 3, la información sobre cómo hacerlo está en el aviso escrito que recibió luego de su apelación de Nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o un abogado mediador se encargará de la apelación de Nivel 3. La Sección 10 de este capítulo habla en detalle sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que cubramos una admisión hospitalaria más larga si considera que está recibiendo el alta demasiado pronto

Cuando lo admiten en un hospital, usted tiene derecho a recibir todos los servicios cubiertos de hospital necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su admisión hospitalaria cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararse para el día en que salga del hospital. Ayudarán a coordinar la atención que puede necesitar después de salir.

- El día que usted deja el hospital se llama su **fecha de alta**.
- Cuando se decida la fecha de su alta, su médico o el personal del hospital se lo informarán.
- Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, usted puede pedir una admisión hospitalaria más prolongada y su solicitud se tendrá en cuenta.

Sección 8.1 Durante su admisión hospitalaria, usted recibirá un aviso escrito de Medicare que explica sus derechos

Dentro de los dos días calendario de haber sido admitido en el hospital, se le dará un aviso escrito que se llama *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos.* Todas las personas con Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien del hospital (por ejemplo, un asistente social o un enfermero), pídalo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios al Miembro 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 preguntas si no lo entiende.** Le informa:

- Su derecho a recibir los servicios cubiertos por Medicare durante y después de su admisión hospitalaria, según lo indicado por su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son estos servicios, quién los pagará, y dónde obtenerlos.
- Su derecho a participar de cualquiera de las decisiones sobre su admisión hospitalaria.
- Dónde comunicar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de la atención hospitalaria.
- Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión del alta si considera que le están dando el alta del hospital demasiado pronto. Esta es una manera formal y legal de pedir que se retrase su fecha de alta para que cubramos la atención en el hospital por más tiempo.

2. **Se le solicitará que firme el aviso escrito para demostrar que usted lo recibió y comprende sus derechos.**
   - Se le solicitará a usted o a alguien que actúe en su nombre que firme el aviso.
   - Firmar el aviso *solo* muestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no le da la fecha del alta. Firmar el aviso ***no*** **significa** que usted está aceptando una fecha de alta.

3. **Conserve su copia** del aviso ya que así tendrá la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud sobre la calidad de la atención) si la necesita.
   - Si firma el aviso más de dos días calendario antes de la fecha del alta, recibirá otra copia antes de la fecha programada del alta.
   - Para ver una copia de este aviso por adelantado, puede llamar a Servicios al Miembro al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver el aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.

Sección 8.2 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital

Si desea solicitar que cubramos sus servicios cubiertos de hospitalización por más tiempo, necesitará utilizar el proceso de apelaciones para hacer esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que tiene que 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 algún momento, llame a Servicios al Miembro. O llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico, una organización gubernamental que presta asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la Mejora de la Calidad revisa su apelación. Verifica si la fecha prevista del alta es médicamente apropiada para usted.

La **Organización para la Mejora de la Calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a quienes el gobierno federal paga para supervisar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta del hospital para las personas con Medicare. Estos expertos no son parte de nuestro plan.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado y pida una revisión inmediata de su alta hospitalaria. Usted debe actuar con rapidez.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso escrito que recibió (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) le indica cómo comunicarse con esta organización. También puede buscar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe con rapidez:

- Para realizar su apelación, usted debe comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad *antes* de salir del hospital y **no más tarde de la medianoche del día del alta.**
    - **Si usted cumple con este plazo,** podrá permanecer en el hospital *después* de su fecha de alta *sin pagar por esto* mientras espera recibir la decisión de la Organización para la Mejora de la Calidad.
    - **Si *no* cumple con este plazo,** llámenos. Si decide permanecer en el hospital después de su fecha prevista de alta, *es posible que tenga que pagar todos los gastos* de la atención hospitalaria que reciba después de la fecha prevista de alta.

Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización para la Mejora de la Calidad se pondrá en contacto con nosotros. Antes del mediodía del día posterior al que lo contactamos, le daremos un **Aviso detallado del alta**. Este aviso brinda su fecha programada de alta y explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (y médicamente apropiado) que le den el alta en esa fecha.

Puede recibir una muestra del Aviso detallado del alta si se comunica con Servicios al Miembro o con el 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.) También puede ver un aviso de muestra en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.

<u>Paso 2:</u> La Organización para la Mejora de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales médicos de la Organización para la Mejora de la Calidad (los revisores) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué considera que debería continuar la cobertura de sus servicios. No necesita preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores también repasarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos dado.
- Antes del mediodía del día después de que los revisores nos informan sobre su apelación, recibirá un aviso escrito con la fecha programada del alta. Este aviso también explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (y médicamente apropiado) que le den el alta en esa fecha.

<u>Paso 3:</u> En el plazo de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización para la Mejora de la Calidad responderá a su apelación.

¿Qué sucede si aceptan la apelación?

- Si la organización de revisión *acepta*, **debemos seguir brindándole los servicios cubiertos de hospitalización siempre y cuando estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando su parte de los costos (tales como deducibles o copagos, si corresponden). Además, puede haber limitaciones a sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si rechazan la apelación?

- Si la organización de revisión *rechaza*, están diciendo que la fecha prevista de alta es médicamente correcta. Si esto sucede, n**uestra cobertura para sus servicios de hospitalización terminará** al mediodía del día *siguiente* al que la Organización para la Mejora de la Calidad responda a su apelación.
- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación y usted decide permanecer en el hospital, entonces **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día siguiente al que la Organización para la Mejora de la Calidad responda a su apelación.

<u>Paso 4:</u> Si rechazan su apelación del Nivel 1, usted decide si desea hacer otra apelación.

- Si la Organización para la Mejora de la Calidad *rechaza* su apelación, *y* usted se queda en el hospital después de la fecha programada del alta, usted puede presentar

otra apelación. Presentar otra apelación significa pasar al **Nivel 2** del proceso de apelación.

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de alta del hospital

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para la Mejora de la Calidad que analice nuevamente la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que usted tenga que pagar el costo total de su estadía después de la fecha prevista de alta.

Paso 1: Comuníquese nuevamente con la Organización para la Mejora de la Calidad y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** posteriores al día en que la Organización para la Mejora de la Calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Usted puede solicitar esta revisión únicamente si permaneció en el hospital después de la fecha en que la cobertura de la atención había terminado.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad hace una segunda revisión de su situación.

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

Paso 3: Dentro de los 14 días calendario posteriores a recibir su solicitud para una apelación de Nivel 2, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y se la informarán.

Si la organización de revisión acepta su apelación:

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos por la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día después de la fecha en que la Organización para la Mejora de la Calidad rechazó su primera apelación. **Debemos continuar brindando la cobertura de la atención hospitalaria siempre y cuando sea médicamente necesaria.**
- Usted debe continuar pagando su parte de los costos y pueden corresponder limitaciones a la cobertura.

Si la organización de revisión rechaza su apelación:

- Significa que están acuerdo con la decisión que tomaron sobre su apelación de Nivel 1.
- El aviso que recibirá le explicará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si su solicitud es rechazada, tendrá que decidir si quiere llevar su apelación al Nivel 3.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelación luego del Nivel 2 (de un total de cinco niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, la información sobre cómo hacerlo está en el aviso escrito que recibió luego de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o un abogado mediador se encargará de la 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 solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que su cobertura está terminando demasiado pronto

Sección 9.1 *Esta sección solo trata sobre tres servicios:* Atención médica domiciliaria, atención en un establecimiento de enfermería especializada y servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF)

Cuando usted está recibiendo **servicios cubiertos de atención domiciliaria, atención en un establecimiento de enfermería o atención de rehabilitación (Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios)**, tiene derecho a continuar recibiendo los servicios para ese tipo de atención siempre que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir alguno de los tres tipos de atención que recibe, tenemos la obligación de informarle con anticipación. Cuando la cobertura para esa atención finaliza, *dejaremos de pagar su atención*.

Si usted cree que estamos terminando la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión.** Esta sección explica cómo solicitar una apelación.

Sección 9.2 Le informaremos con anticipación cuándo se termina su cobertura

Término legal
Aviso de no cobertura de Medicare. Le indica cómo puede solicitar una **apelación por vía rápida.** Solicitar una apelación por la vía rápida es una manera formal y legal de pedir que cambiemos nuestra decisión de cobertura sobre cuándo suspender su atención.

1. **Usted recibe un aviso por escrito** al menos dos días calendario antes de que su plan suspenda su atención. El aviso le indicará lo siguiente:
   - La fecha en que dejaremos de cubrir su atención.
   - Cómo solicitar una apelación por vía rápida para pedirnos que sigamos cubriendo su atención durante más tiempo.

2. **Se le solicitará a usted o a alguien que actúe en su nombre que firme el aviso escrito para mostrar que lo recibió.** Firmar el aviso *solo* demuestra que recibió la información sobre cuándo se suspenderá su cobertura. **La firma no significa que usted está de acuerdo** con la decisión del plan de suspender la atención.

Sección 9.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención por un período más largo

Si desea solicitar que cubramos su atención por un período más largo, necesitará utilizar el proceso de apelaciones para hacer esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que tiene que 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 algún momento, llame a Servicios al Miembro. O llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico, una organización gubernamental que presta asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la Mejora de la Calidad revisa su apelación. Decide si la fecha que finaliza su atención es médicamente apropiada.

Paso 1: Haga su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad y pida una apelación por vía rápida. Usted debe actuar con rapidez.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso escrito que recibió (*Aviso de no cobertura de Medicare*) le indica cómo comunicarse con esta organización. (También puede buscar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado en el Capítulo 2).

Actúe con rapidez:

- Debe contactar a la Organización para la Mejora de la Calidad para iniciar su apelación **antes del mediodía del día anterior de la fecha de entrada en vigencia** en el Aviso de no cobertura de Medicare.

- Si se le vence el plazo para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad, es posible que siga teniendo derechos para apelar. Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad.

<u>Paso 2:</u> La Organización para la Mejora de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

Término legal
Explicación detallada de la no cobertura. Aviso que brinda detalles de los motivos para finalizar la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales médicos de la Organización para la Mejora de la Calidad (los revisores) le preguntarán a usted o a su representante por qué considera que debería continuar la cobertura de sus servicios. No necesita preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- La organización de revisión también mirará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que nuestro plan le ha dado.
- Al final del día en que los revisores le informan sobre su apelación, usted recibirá la **Explicación detallada de no cobertura** de nuestra parte que explica en detalle nuestros motivos para finalizar la cobertura de sus servicios.

<u>Paso 3:</u> Dentro de un día completo luego de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aceptan la apelación?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, entonces **debemos seguir brindándole los servicios cubiertos siempre y cuando sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando su parte de los costos (tales como deducibles o copagos, si corresponden). Es posible que haya limitaciones a sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores rechazan la apelación?

- Si los revisores *rechazan* su apelación, entonces **su cobertura finalizará en la fecha que le informamos.**
- Si usted decide seguir recibiendo los servicios de cuidado médico domiciliario, la atención en un establecimiento de enfermería especializada o los servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que su cobertura finaliza, entonces **usted deberá pagar el costo total** de esta atención por su cuenta.

Paso 4: Si rechazan su apelación del Nivel 1, usted decide si desea hacer otra apelación.

- Si los revisores *rechazan* su apelación de Nivel 1, y usted decide continuar recibiendo la atención después de que la cobertura haya finalizado, 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 atención por un período más largo

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para la Mejora de la Calidad que analice nuevamente la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que usted deba pagar el costo total de su cuidado médico domiciliario, la atención en un establecimiento de enfermería especializada, o los servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que dijimos que su cobertura finalizaría.

Paso 1: Comuníquese nuevamente con la Organización para la Mejora de la Calidad y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** posteriores al día en que la Organización para la Mejora de la Calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Usted podría solicitar esta revisión únicamente si continuó recibiendo atención después de la fecha en que la cobertura de la atención terminó.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad hace una segunda revisión de su situación.

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

Paso 3: Dentro de los 14 días calendario posteriores a recibir su solicitud, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y se la informarán.

¿Qué sucede si la organización de revisión acepta la apelación?

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que su cobertura terminaría. **Debemos continuar brindando** la cobertura de la atención siempre y cuando sea médicamente necesaria.
- Usted debe continuar pagando su parte de los costos y pueden corresponder limitaciones a la cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión dice que no?

- Significa que están acuerdo con la decisión tomada sobre su apelación de Nivel 1.

- El aviso que recibirá le explicará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará información sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, que es manejado por un juez de derecho administrativo o un abogado mediador.

Paso 4: Si rechazan su solicitud, tendrá que decidir si quiere llevar su apelación a otro nivel.

- Existen tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que da un total de cinco niveles de apelación. Si decide continuar con una apelación de Nivel 3, la información sobre cómo hacerlo está en el aviso escrito que recibió luego de su apelación de Nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o un abogado mediador se encargará de la apelación de Nivel 3. La Sección 10 de este capítulo habla en detalle sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y posteriores

Sección 10.1 Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede ser adecuada si usted ha presentado una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2 y ambas fueron rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o del servicio médico sobre el que ha presentado la apelación cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no podrá seguir apelando. La respuesta escrita que recibe sobre su apelación de Nivel 2 le explicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones con respecto a apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan de modo similar. A continuación, se indica quién gestiona la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3	**Un juez de derecho administrativo o un abogado mediador que trabaja para el gobierno federal** revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez de derecho administrativo o abogado mediador acepta su apelación, el proceso de apelación *podrá* o *no* terminar.** A diferencia de una decisión de una apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted. Si decidimos apelar, pasará a una apelación de Nivel 4.

- Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o brindar la atención médica dentro de los 60 días calendario posteriores a recibir la decisión del juez de derecho administrativo o del abogado mediador.
- Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con la documentación adjunta que corresponda. Es posible que esperemos la decisión de la apelación del Nivel 4 antes de autorizar o brindar la atención médica en conflicto.

- **Si el juez de derecho administrativo o abogado mediador rechaza su apelación, el proceso de apelación *podrá* o *no* terminar.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones se dará por concluido.
  - Si usted no quiere aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le dirá lo que debe hacer para presentar una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4:	El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo de Apelaciones es parte del gobierno federal.

- **Si aceptan su apelación, o si el Consejo rechaza nuestra solicitud para revisar la decisión favorable de la apelación de Nivel 3, el proceso de la apelación *podrá* o *no* terminar.** A diferencia de una decisión de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 que es favorable para usted. Decidiremos si apelamos esta decisión al Nivel 5.
  - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o brindarle la atención médica dentro de los 60 días calendario posteriores a recibir la decisión del Consejo.
  - Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la revisión de la solicitud, el proceso de apelaciones *podrá* o *no* finalizar**.
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones se dará por concluido.
  - Si usted no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, el aviso que recibirá le dirá si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y los pasos a seguir.

Apelación de Nivel 5	Un juez del **tribunal federal de distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá *aceptar* o *rechazar* su solicitud. Esta respuesta es definitiva. No hay más niveles de apelación posteriores al tribunal federal de distrito.

Sección 10.2 Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser adecuada si usted ha presentado una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2 y ambas fueron rechazadas.

Si el valor del medicamento sobre el que ha presentado la apelación cumple con ciertos montos en dólares, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, usted no podrá continuar apelando. La respuesta por escrito que recibe sobre su apelación de Nivel 2 le explicará con quién comunicarse y qué hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones con respecto a apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan de modo similar. A continuación, se indica quién gestiona la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3	**Un juez de derecho administrativo o un abogado mediador que trabaja para el gobierno federal** revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta es afirmativa, terminará el proceso de apelaciones**. Debemos **autorizar o brindar la cobertura del medicamento** que fue aprobada por el juez de derecho administrativo o un abogado mediador **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago dentro de los 30 días calendario** posteriores a recibir la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones *podrá o no* terminar.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones se dará por concluido.
  - Si usted no quiere aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le dirá lo que debe hacer para presentar una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4	El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo de Apelaciones es parte del gobierno federal.

- Si la respuesta es afirmativa, terminará el proceso de apelaciones. Debemos **autorizar o brindar la cobertura del medicamento** que fue aprobada por el Consejo **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o hacer el pago dentro de los 30 días calendario** posteriores a recibir la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones *podrá o no* terminar.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones se dará por concluido.
  - Si usted no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o su solicitud de revisar la apelación, el aviso que recibirá le dirá si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. El aviso escrito también le dirá a quién contactar y qué hacer si decide continuar con su apelación.

Apelación de Nivel 5	Un juez del **tribunal federal de distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá *aceptar* o *rechazar* su solicitud. Esta respuesta es definitiva. No hay más niveles de apelación posteriores al tribunal federal de distrito.

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

Sección 11.1 ¿Qué tipos de problemas se manejan mediante el proceso de quejas?

El proceso de quejas *solo* se utiliza para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. Estos son ejemplos de los tipos de problemas que se manejan mediante el proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de la atención médica	• ¿No está conforme con la calidad de la atención que recibió (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?

Queja	Ejemplo
Falta de respeto, servicio al cliente deficiente u otras conductas negativas	• ¿Alguien se manejó con falta de educación o respeto con usted? • ¿No está conforme con nuestros Servicios al Miembro? • ¿Siente que lo están alentando a que deje el plan?
Tiempos de espera	• ¿Está teniendo problemas para conseguir una consulta o debe esperar demasiado tiempo para obtenerla? • ¿Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud lo han hecho esperar demasiado tiempo? ¿O nuestros Servicios al Miembro o el personal del plan? o Los ejemplos incluyen esperar demasiado tiempo en el teléfono, en la sala de espera o de examinación o para obtener una receta médica.
Limpieza	• ¿No está conforme con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio médico?
Información que obtiene de nosotros	• ¿No le dimos un aviso requerido? • ¿Nuestra información escrita es difícil de entender?
Puntualidad (Estos tipos de quejas se relacionan con la *puntualidad* de nuestras acciones relacionadas con las decisiones de cobertura y apelaciones)	Si ya solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación, y considera que no estamos respondiendo con la suficiente rapidez, también puede presentar una queja sobre nuestra lentitud. Los siguientes son ejemplos: • Usted nos solicitó una decisión rápida de cobertura o una apelación rápida y nosotros la rechazamos; usted puede presentar una queja. • Usted considera que no estamos cumpliendo con los plazos para darle las decisiones de cobertura o las apelaciones; usted puede presentar una queja. • Usted considera que no estamos cumpliendo con los plazos para cubrir o reembolsarle ciertos artículos o servicios médicos o medicamentos que fueron aprobados; usted puede presentar una queja. • Usted considera que no cumplimos con los plazos requeridos para enviar su caso a la organización de revisión independiente; usted puede presentar una queja.

Sección 11.2 Cómo presentar una queja

Términos legales

- Una **queja** también es mencionada como **queja formal.**
- **Presentar una queja** también se llama **presentar una queja formal.**
- **"Usar el proceso de quejas"** también es mencionado como **"usar el proceso para interponer una queja formal".**
- Una **queja rápida** también se llama **queja formal acelerada**.

Sección 11.3 Paso a paso: Cómo presentar una queja

Paso 1: Comuníquese con nosotros inmediatamente, ya sea por teléfono o por escrito.

- **Por lo general, el primer paso es llamar a Servicios al Miembro.** Si hay alguna otra cosa que necesita hacer, Servicios al Miembro se lo dirá.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó conforme), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si usted presenta su queja por escrito, le responderemos por escrito. Incluya la siguiente información en su queja:
  - Su nombre y dirección
  - Su número de Medicare (puede encontrar este número en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)
  - Su número de identificación de miembro (puede encontrar este número en su tarjeta de identificación de miembro)
  - El motivo de su queja
  - Cualquier información adicional; incluidas las fechas, los momentos, las personas y los lugares en cuestión
  - Una vez completada, envíe su información a esta dirección:

    AmeriHealth Caritas VIP Care
    Attn: Customer Experience, Grievances, and Complaints
    P.O. Box 7140
    London, KY 40742

- La mayoría de las quejas se responden en 30 días calendario. Si necesitamos más información y la demora lo beneficia, o si usted solicita más tiempo, podemos tomarnos hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo informaremos por escrito.

- Si usted está presentando una queja porque le negaron su solicitud de una "decisión rápida de cobertura" o una "apelación rápida", automáticamente le daremos una "queja rápida". Si usted tiene una "queja rápida", eso significa que le daremos una respuesta dentro de las 24 horas.
- El **plazo** para presentar una queja es de 60 días calendario del momento en que tuvo el problema por el cual quiere presentarla.

Paso 2: Analizamos su queja y le damos nuestra respuesta.

- **Si es posible, le contestaremos inmediatamente.** Si usted nos llama con una queja, es posible que podamos responderle en la misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responden en 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora lo beneficia, o si usted solicita más tiempo, podemos tomarnos hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo informaremos por escrito.
- **Si usted está presentando una queja porque le negaron su solicitud de una decisión rápida de cobertura o una apelación rápida, automáticamente le daremos una queja rápida.** Si usted tiene una queja rápida, eso significa que le daremos **una respuesta dentro de las 24 horas**.
- **Si no estamos de acuerdo** con una parte o la totalidad de su queja, o no asumimos la responsabilidad del problema del que está presentando la queja, se lo informaremos.

Sección 11.4 Usted también puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización para la Mejora de la Calidad

Cuando su queja es sobre la *calidad de la atención*, también tiene dos opciones adicionales:

- **Usted puede presentar su queja ante la Organización para la Mejora de la Calidad.** La Organización para la Mejora de la Calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en salud a quienes el gobierno federal les paga para verificar y mejorar la atención brindada a los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 incluye información de contacto.

O

- **Puede presentar su queja ante tanto la Organización para la Mejora de la Calidad como nosotros simultáneamente**.

Sección 11.5 También puede informar a Medicare sobre su queja

Usted puede presentar una queja sobre AmeriHealth Caritas VIP Care directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar al

1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al

1-877-486-2048.

PROBLEMAS CON SUS BENEFICIOS DE MEDICAID

SECCIÓN 12 Cómo manejar sus problemas con los beneficios de Medicaid

Para presentar una apelación o queja formal, o presentar una queja sobre su proveedor de Medicaid, los beneficios o servicios de Medicaid, puede escribir a la dirección siguiente o llamar a la Agencia para la Administración de Atención Médica al 1-888 419-3456

(TDD: 1-800-955-8771), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Agency for Health Care Administration
2727 Mahan Drive
Tallahassee, FL 32308

CAPÍTULO 10:

Cómo cancelar su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción para cancelar su membresía en nuestro plan

La cancelación de su membresía en AmeriHealth Caritas VIP Care puede ser **voluntaria** (su propia decisión) o **involuntaria** (usted no lo decide):

- Usted podría dejar nuestro plan porque ha decidido que *quiere* dejarlo. Las Secciones 2 y 3 brindan información sobre cómo cancelar su membresía voluntariamente.
- Si bien también existen situaciones limitadas donde usted no decide dejar el plan, nosotros nos vemos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 le informa sobre las situaciones en las que debemos cancelar su membresía.

Si está dejando nuestro plan, debemos continuar brindándole atención médica y medicamentos con receta, y usted seguirá pagando su costo compartido hasta que termine su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

Sección 2.1 Usted puede cancelar su membresía porque tiene Medicare o Medicaid

- Aquellas personas con Medicare generalmente pueden cancelar su membresía solo durante ciertos momentos del año. Como usted tiene Medicaid, puede terminar su membresía con nuestro plan durante cualquier mes del año. También tiene opciones para inscribirse en otro plan de Medicar en cualquier mes incluido:
    - Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
    - Original Medicare sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare. (Si elige esta opción, Medicare podrá inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no recibir una inscripción automática), o
    - Si cumple con los requisitos para D-SNP que brinda su Medicare y la mayoría o todos sus beneficios de Medicaid y servicios en un plan.

    Nota: Si usted se desafilia de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y se queda sin cobertura de medicamentos con receta acreditable por un período continuo de 63 días o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de Medicare más adelante.

    Comuníquese con la Oficina de Medicaid de su estado para conocer sobre sus opciones del plan Medicaid (los números de teléfono están en el Capítulo 2, Sección 6 de este documento).
- Se encuentran disponibles otras opciones de plan médico de Medicare durante el **Período de inscripción anual**. La Sección 2.2 explica más sobre el Período de inscripción anual.

- **¿Cuándo terminará su membresía?** Su membresía generalmente terminará el primer día del mes posterior a recibir su solicitud para cambiar de plan. Su inscripción en el nuevo plan también comenzará este día.

Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción anual

Puede cancelar su membresía durante el **Período de inscripción anual** (también conocido como Período anual de inscripción abierta). Durante este momento, revise su cobertura de salud y medicamentos y decida sobre la cobertura para el año siguiente.

- El **Período de Inscripción Anual** es desde el **15 de octubre al 7 de diciembre**.
- **Opte por mantener su cobertura actual o realizar cambios en su cobertura para el año próximo.** Si decide cambiarse a un plan nuevo, puede elegir entre cualquiera de los siguientes tipos de planes:
  - Otro plan médico de Medicare con o sin cobertura de medicamentos con receta.
  - Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.

  O

  - Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
- **Su membresía con nuestro plan terminará** cuando la cobertura de su Nuevo plan comience el 1.° de enero.

Si recibe "Ayuda Extra" de Medicare para pagar sus medicamentos con receta: Si usted cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare, Medicare podrá inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no inscribirse automáticamente.

Nota: Si usted se desafilia de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y se queda sin cobertura de medicamentos con receta acreditable durante 63 días consecutivos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de Medicare más adelante.

Sección 2.3 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Tiene la oportunidad de realizar *un* cambio en su cobertura de salud durante el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage.**

- **El Período anual de inscripción abierta de Medicare Advantage** es del 1.° de enero al 31 de marzo y está orientado para beneficiarios nuevos de Medicare que están inscriptos en un plan de MA, desde el mes de adquirir los derechos a la Parte A y la Parte B hasta el último día del 3er mes de derechos.

- **Durante el Período anual de Inscripción Abierta de Medicare Advantage**, usted puede hacer lo siguiente:
  - Cambiar a otro plan de Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos con receta.
  - Cancelar la membresía de nuestro plan y obtener cobertura por medio de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento.

- **Su membresía terminará** el primer día del mes después de haberse inscripto en un plan de Medicare Advantage diferente o de que recibimos su pedido de cambiarse a Original Medicare. Si también opta por 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 pedido de inscripción.

Sección 2.4 En determinadas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial

En determinadas situaciones, puede tener derecho a cancelar su membresía durante otros momentos del año. A esto se lo conoce como el **Período de Inscripción Especial.**

Es posible que cumpla con los requisitos para dar por finalizada su membresía durante un Período de Inscripción Especial si alguna de estas situaciones se aplica a la suya. Estos son solo ejemplos, comuníquese con el plan para obtener la lista completa, llame a Medicare, o visite el sitio de Internet de Medicare (www.medicare.gov):

- Generalmente, cuando se ha mudado.
- Si tiene Medicaid.
- Si cumple los requisitos para "Ayuda Extra" para pagar sus recetas de Medicare.
- Si no respetamos nuestro contrato con usted.
- Si está recibiendo atención en una institución, como un hogar de ancianos o un centro de cuidado a largo plazo (LTC).
- Si se inscribe en un Programa de atención integral para personas de la tercera edad (PACE).
- Nota: Si está en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. El Capítulo 5, Sección 10, le brinda más información sobre los programas de administración de medicamentos.
- Nota: La Sección 2.1 explica más sobre el período de inscripción especial para quienes tienen Medicaid.

Los períodos de inscripción varían según su situación.

Para saber si tiene derecho a 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 cancelar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud Medicare como su cobertura de medicamentos bajo receta. Usted puede elegir:

- Otro plan médico de Medicare con o sin cobertura de medicamentos con receta.
- Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
- – u – Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.

  Nota: Si usted se desafilia de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y se queda sin cobertura de medicamentos con receta acreditable durante 63 días consecutivos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de Medicare más adelante.

Si recibe "Ayuda Extra" de Medicare para pagar sus medicamentos con receta: Si usted cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare, Medicare podrá inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no inscribirse automáticamente.

Su membresía generalmente terminará el primer día del mes después que el pedido del cambio de plan se recibe.

Nota: Las Secciones 2.1 y 2.2 explican más sobre el período de inscripción especial para aquellos con Medicaid y "Ayuda Extra".

Sección 2.5 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede cancelar su membresía?

Si tiene alguna pregunta sobre cómo finalizar su membresía, puede hacer lo siguiente:

- **Llame a Servicios al Miembro:**
- Encuentre la información en el manual ***Medicare y Usted 2025***.
- Comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 ¿Cómo cancela su membresía en nuestro plan?

El siguiente cuadro explica cómo debe cancelar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
Otro plan médico de Medicare	• Inscríbase en el nuevo plan médico de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. • Se le dará de baja automáticamente en AmeriHealth Caritas VIP Care cuando comience su nueva cobertura del plan.
Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.	• Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. • Se le dará de baja automáticamente en AmeriHealth Caritas VIP Care cuando comience su nueva cobertura del plan.
Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare o Si usted cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare, Medicare podrá inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no inscribirse automáticamente. o Si usted se desafilia de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y pasa un período continuo de 63 días consecutivos o más sin cobertura acreditable de medicamentos con receta, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía si se inscribe en un plan de Medicare más adelante.	• **Envíenos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción**. Comuníquese con Servicios al Miembro si necesita más información sobre cómo hacer esto. • 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 pedir cancelar la membresía. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Usted será desafiliado de AmeriHealth Caritas VIP Care cuando comience su cobertura en Original Medicare.

Nota: Si usted se desafilia de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y se queda sin cobertura de medicamentos con receta acreditable durante 63 días consecutivos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de Medicare más adelante.

Por preguntas sobre sus beneficios de la Agencia para la Administración de Atención Médica (Medicaid), comuníquese con la Agencia para la Administración de Atención Médica al

1-888 419-3456 (TDD 1-800-955-8771), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Escriba a: 2727 Mahan Drive, Tallahassee FL 32308. Pregunte de qué forma se vería afectada la manera en que obtiene la cobertura de la Agencia para la Administración de Atención Médica (Medicaid) al inscribirse en otro plan o al regresar a Original Medicare.

SECCIÓN 4 Usted debe continuar recibiendo sus servicios médicos y medicamentos mediante nuestro plan hasta que su membresía termine

Hasta que su membresía de AmeriHealth Caritas VIP Care finalice, y comience su nueva cobertura de Medicare, deberá continuar recibiendo sus artículos, servicios y medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Continúe usando nuestros proveedores de la red para recibir atención médica.**
- **Continúe usando nuestras farmacias de la red o pedidos por correo para poder seguir surtiendo sus recetas.**
- **Si está hospitalizado el día en que su membresía termina, generalmente nuestro plan cubrirá su admisión hospitalaria hasta el momento del alta** (incluso si recibe el alta después de que comience su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 AmeriHealth Caritas VIP Care debe cancelar su membresía en el plan en determinadas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?

AmeriHealth Caritas VIP Care debe cancelar su membresía en el plan si sucede alguna de las siguientes situaciones:

- Si ya no cuenta con la Parte A y la Parte B de Medicare.
    - Si ya no cumple los requisitos para Medicaid. Como se indicó en el Capítulo 1, Sección 2.1, nuestro plan es para personas que tienen derecho a Medicare y Medicaid. Si usted pierde sus derechos a Medicaid, el plan lo considerará apto durante los **seis** meses siguientes al mes en que nos notificaron la pérdida de sus derechos. Le notificaremos por carta y un administrador de cuidados o un representante de Servicios al Miembro podrá brindarle ayuda para recertificar su aptitud para Medicaid. Si su Medicaid no se revalida, usted será desafiliado el primer mes luego del período estimado de **seis** meses.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si está lejos de nuestra área de servicio durante más de seis meses.

  - Si se muda o hace un viaje largo, llame a Servicios al Miembro para averiguar si el lugar donde se muda o viaja está en nuestra área de servicios.
- Si es encarcelado (si va a prisión).
- Si ya no es ciudadano de los Estados Unidos o no reside legalmente en los Estados Unidos.
- Si miente o retiene información sobre otro seguro que usted tenga y que ofrece cobertura de medicamentos con receta.
- Si intencionalmente nos brinda información incorrecta cuando se está inscribiendo en nuestro plan y la información afecta su aptitud para nuestro plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por este motivo, a menos que antes obtengamos el permiso de Medicare).
- Si usted continuamente se comporta de mala manera y hace que nos resulte difícil brindarle atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por este motivo, a menos que antes obtengamos el permiso de Medicare).
- Si permite que alguien más utilice su tarjeta de miembro para recibir atención médica. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por este motivo, a menos que antes obtengamos el permiso de Medicare).
  - Si cancelamos su membresía por este motivo, Medicare puede hacer que el Inspector General investigue su caso.
- Si a usted se le exige que pague un monto adicional para la Parte D debido a sus ingresos y no lo paga, Medicare lo desafiliará de nuestro plan.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene preguntas o le gustaría obtener más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, llame a Servicios al Miembro.

Sección 5.2 No podemos pedirle que deje nuestro plan por cualquier motivo relacionado con su salud

AmeriHealth Caritas VIP Care no tiene permitido solicitarle que deje nuestro plan por algún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si siente que le están pidiendo que deje nuestro plan por algún motivo relacionado con su salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 horas al día, 7 días a la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 5.3 Usted tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, debemos explicarle por escrito los motivos de la cancelación. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja formal o presentar una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

CAPÍTULO 11:
Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley vigente

La principal ley que se aplica a este documento de *Evidencia de Cobertura* es el Título XVIII de la Ley de Seguro Social y los reglamentos creados bajo la ley de Seguro Social por los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid, o CMS. Además, pueden aplicarse otras leyes federales y, bajo ciertas circunstancias, las leyes estatales correspondientes a donde vive. Es posible que esto afecte sus derechos y responsabilidades si las leyes no están incluidas o explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso contra la discriminación

No discriminamos a las personas por motivos de raza, etnia, origen nacional, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad física o mental, estado de salud, antecedentes de reclamos, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes de Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Motivos de Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, y todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben financiación federal y cualquier otra ley o norma que se aplique por cualquier otro motivo.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes sobre la discriminación o el trato injusto, llame a la **Oficina de derechos civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al

1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a su Oficina local por los derechos civiles. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en https://www.hhs.gov/ocr/index.html.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos a Servicios al Miembro. Si tiene una queja, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, Servicios al Miembro podrá brindarle ayuda.

AmeriHealth Caritas VIP Care cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. AmeriHealth Caritas VIP Care no excluye a las personas ni las tratan de modo diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

AmeriHealth Caritas VIP Care:

- Brinda asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que puedan comunicarse bien. Estos incluyen lo siguiente:
    - Intérpretes calificados del lenguaje de señas

- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).

- Provee servicios lingüísticos gratuitos (sin cargo) a personas cuyo idioma materno no es el inglés, como, por ejemplo:

  - Intérpretes calificados

  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicios al Miembro de AmeriHealth Caritas VIP Care al **1-833-535-3767 (TTY: 711)**. Estamos disponibles del 1.° de abril al 30 de septiembre de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. y del 1.° de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m.

Si cree que AmeriHealth Caritas VIP Care no brindó estos servicios o discriminó de otra manera en función de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, usted puede presentar una queja formal ante:

- AmeriHealth Caritas VIP Care Grievances Department,
  P.O. Box 7140, London, KY 40742-7140
  Teléfono: 1-833-535-3767 (TTY 711)
  Fax: 1-833-329-1535
- Puede presentar una queja formal por correo postal, fax o teléfono. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, Servicios al Miembro de AmeriHealth Caritas VIP Care está disponible para brindarle ayuda.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos electrónicamente a través del portal para quejas de la Oficina de Derechos Civiles, en

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

U.S. Department of Health and Human Services
Office for Civil Rights Centralized Case Management Operations
200 Independence Avenue, SW Suite 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, (TDD: 1-800-537-7697)

Fax: 1-202-619-3818

Correo electrónico: ocrmail@hhs.gov

Los formularios de quejas están disponibles en: https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html

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

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare para los cuales Medicare no es el pagador primario. Según las normativas de los CMS en el Título 42, secciones 422.108 y 423.462 del Código de Regulaciones Federales (CFR), AmeriHealth Caritas VIP Care, como una organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de cobro que ejerce la Secretaría según las normativas de los CMS en subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR y las normas establecidas en esta sección prevalecen sobre las leyes estatales.

CAPÍTULO 12:
Definiciones de palabras importantes

Centro de cirugía ambulatoria: un centro de cirugía ambulatoria es una entidad que trabaja exclusivamente con el objetivo de ofrecer servicios quirúrgicos ambulatorios a los pacientes que no requieren hospitalización y cuya admisión en el centro médico no debería exceder las 24 horas.

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

Período de beneficios: la manera en que Original Medicare determina su uso del hospital y de los servicios del establecimiento de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficios comienza el día en que va a un hospital o establecimiento de enfermería especializada. El período de beneficios termina cuando usted no haya recibido ninguna atención hospitalaria como paciente internado (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si usted ingresa a un hospital o establecimiento de enfermería especializada después de que un período de beneficios haya terminado, comienza un nuevo período de beneficios. No existe ningún límite para el número de períodos de beneficios

Producto biológico: un medicamento con receta elaborado a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no pueden copiarse exactamente, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. (Vea también "**Producto biológico original**" y "**Biosimilar**")

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

Medicamento de marca: un medicamento con receta fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló el medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de principios activos que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y generalmente no están disponibles hasta que la patente del medicamento de marca haya vencido.

Etapa de cobertura por catástrofes: la etapa del beneficio para medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (u otras partes calificadas en su nombre) gastó $2,000 en medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año cubierto. Durante esta etapa de pago, usted no paga nada sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): la agencia federal que administra Medicare.

Plan de necesidades especiales de atención crónica: los C-SNP son SNP que restringen la inscripción a personas con derecho a MA que padecen una o más afecciones crónicas graves o incapacitantes, según se definen en 42 CFR 422.2, incluida la restricción de inscripción basada en las agrupaciones de afecciones múltiples comúnmente comórbidas y clínicamente vinculadas especificadas en 42 CFR 422.4(a)(1)(iv).

Coseguro: un monto que usted puede tener la obligación de pagar, expresado como porcentaje (por ejemplo, 20%), como su parte del costo de los servicios o medicamentos con receta.

Queja: el nombre formal para presentar una queja es **interponer una queja formal**. El proceso de quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También incluye quejas si su plan no sigue los plazos del proceso de apelaciones.

Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF): un centro médico que principalmente brinda servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, que incluye fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y del lenguaje, y servicios de evaluación del ambiente en el hogar.

Copago: un monto que usted puede tener la obligación de pagar como su parte del costo de un servicio o suministro médico, como una visita al médico, al hospital como paciente ambulatorio, o un medicamento bajo receta. Un copago es un monto fijo (por ejemplo, $10), en lugar de un porcentaje.

Costos compartidos: costos compartidos se refiere a los montos que un miembro tiene que pagar cuando recibe servicios o medicamentos. Los costos compartidos incluyen cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier monto deducible que puede imponer un plan para cubrir servicios o medicamentos; (2) cualquier monto fijo de copago que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico; o (3) cualquier coseguro, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico.

Determinación de cobertura: una decisión para determinar si el plan cubre un medicamento que le recetaron y el monto, si existe, que usted tiene la obligación de pagar por la receta médica. En general, si usted lleva su receta médica a una farmacia y le dicen que la receta médica no está cubierta por su plan, eso no es una determinación de cobertura. Usted debe llamar o escribir a su plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. A las determinaciones de cobertura se las llaman "decisiones de cobertura" en este documento.

Medicamentos cubiertos: el término que utilizamos para abarcar a todos los medicamentos con receta cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos: el término que utilizamos en el sentido de todos los servicios médicos y suministros cubiertos por nuestro plan.

Cobertura acreditable de medicamentos con receta: la cobertura de medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de Medicare para las recetas médicas. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando pasan a ser aptos para Medicare generalmente pueden mantener esa cobertura sin tener que pagar una multa si deciden inscribirse en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare más adelante.

Cuidado de custodia: cuidado de custodia es la atención que se brinda en un hogar de ancianos, centro para enfermos terminales u otro centro médico cuando usted no necesita atención médica especializada o atención de enfermería especializada. El cuidado de custodia, que brindan personas sin habilidades o capacitación profesionales, incluye asistencia con las actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse, comer, acostarse o levantarse de la cama o silla, desplazarse y usar el baño. También puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas realizan por su cuenta, como utilizar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado de custodia.

Tasa diaria de costos compartidos: una tasa diaria de costos compartidos puede aplicarse cuando su médico le escribe una receta para un suministro menor a un mes completo de ciertos medicamentos y usted está obligado a realizar un copago. Una tasa diaria de costos compartidos es el copago dividido por el número de días de suministro en un mes. Este es un ejemplo: Si su copago por el suministro de un mes de un medicamento es de $30, y un suministro de un mes en su plan es de 30 días, entonces su tasa diaria de costos compartidos es de $1 por día.

Deducible: el monto que debe pagar por la atención médica o recetas médicas antes de que nuestro plan pague.

Desafiliar o **desafiliación:** el proceso de terminar su membresía en nuestro plan.

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

Planes de necesidades especiales con doble aptitud (D-SNP): un tipo de plan que inscribe a personas que tienen derecho a recibir tanto Medicare (Título XVIII de la Ley de Seguro Social) y asistencia médica de un plan estatal bajo Medicaid (Título XIX). El estado cubre algunos o todos los costos de Medicare, según el estado y la aptitud de la persona.

Persona con doble aptitud: una persona que cumple los requisitos para la cobertura de Medicare y Medicaid.

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

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, consideran que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y si está embarazada, la pérdida de un hijo por nacer), la pérdida de un miembro o la pérdida de la función de una extremidad, o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección que empeora rápidamente.

Atención médica de emergencia: servicios cubiertos que cumplen estos criterios: (1) brindados por un proveedor habilitado para ofrecer servicios de emergencia; y (2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección de emergencia

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

Excepción: un tipo de decisión de cobertura que, de aprobarse, le permite obtener un medicamento que no está en nuestro formulario (una excepción del formulario) u obtener un medicamento no preferido en un nivel inferior de costos compartidos (una excepción al nivel). Usted también puede solicitar una excepción si el nuestro plan le exige que pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, si nuestro plan exige una autorización previa para un medicamento y usted desea que no apliquemos la restricción de criterios, o si nuestro plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al formulario).

Ayuda Extra: un programa Medicare para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, tales como primas, deducibles y coseguro.

Medicamento genérico: un medicamento con receta que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) porque contiene el mismo principio activo que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento genérico funciona igual que un medicamento de marca y generalmente cuesta menos.

Queja formal: un tipo de queja que presenta sobre nuestro plan, proveedores o farmacias, incluida la queja que se refiere a la calidad de su atención. Esto no implica disputas de cobertura o pago.

Asistente para la salud en el hogar: una persona que ofrece servicios que no necesitan las habilidades de un enfermero certificado o un terapeuta, tales como ayudar con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, usar el inodoro, vestirse o realizar los ejercicios indicados).

Atención para enfermos terminales: un beneficio que brinda tratamiento especial para un miembro que ha sido certificado médicamente como enfermo terminal, lo que significa que tiene una expectativa de vida de 6 meses o menos. Nosotros, su plan, debemos brindarle una lista de

centros de atención para enfermos terminales en su área geográfica. Si elige un centro de atención para enfermos terminales y continúa pagando las primas, aún es miembro de nuestro plan. Usted todavía puede recibir todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Internación en hospital: una admisión hospitalaria cuando ha sido admitido formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Incluso si pasa la noche en el hospital, es probable que aún se lo considere un paciente ambulatorio.

Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA): si su ingreso bruto ajustado modificado como se informa en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años está por encima de un monto determinado, pagará el monto de la prima estándar y un Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocido como IRMAA. IRMAA es un cargo adicional agregado a su prima. Menos del 5% de las personas con Medicare se ven afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagará una prima más alta.

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

Período de inscripción inicial: cuando usted cumple los requisitos para Medicare por primera vez, el período de tiempo cuando puede inscribirse en Medicare Parte A y Parte B. Si usted es apto para Medicare cuando cumple 65, su Período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65, incluye el mes en que cumple 65 y termina 3 meses después del mes en que cumple 65.

D-SNP integrado: un D-SNP que cubre Medicare y la mayoría o todos los servicios de Medicaid bajo un único plan de salud para ciertos grupos de personas aptas tanto para Medicare como para Medicaid. Estas personas también se denominan individuos de aptitud doble con todos los beneficios.

Plan Institucional de Necesidades Especiales (SNP): un plan que inscribe a personas aptas que residen continuamente o que se espera que residan continuamente durante 90 días o más en un centro de cuidado a largo plazo (LTC). Estos centros pueden incluir un centro de enfermería especializada (SNF), un centro de enfermería (NF), (SNF/NF), un Centro de cuidados intermedios para personas con discapacidades intelectuales (ICF/IID), un centro psiquiátrico para pacientes hospitalizados, y/o centros aprobados por los CMS que prestan servicios similares de atención médica a largo plazo 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 atención médica similares a los otros tipos de centros mencionados. Un Plan Institucional de Necesidades Especiales debe tener un acuerdo contractual (o poseer y operar) con los centros a largo plazo (LTC) específicos.

Plan de Necesidades Especiales Equivalentes Institucionales (SNP): un plan institucional de necesidades especiales que inscribe a personas aptas que viven en la comunidad, pero que requieren un nivel de atención institucional basado en la evaluación del estado. La evaluación se debe realizar utilizando la misma herramienta de evaluación de nivel de atención del estado

respectivo y administrada por una entidad que no sea la organización que ofrece el plan. Este tipo de Plan de Necesidades Especiales puede restringir la inscripción a personas que residen en un centro médico de vida asistida (ALF) contratado si es necesario para garantizar la prestación uniforme de la atención especializada.

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

Listado de medicamentos cubiertos (Formulario o Listado de medicamentos): una lista de medicamentos con receta cubiertos por el plan.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): consulte "Ayuda Extra".

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

Monto máximo de gastos de bolsillo: lo máximo que paga de su bolsillo durante el año calendario por los servicios cubiertos. Los montos que usted paga por sus primas de Medicare Parte A y Parte B y los medicamentos con receta no se incluyen en el monto máximo de gastos de bolsillo. (**Nota:** Como nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos miembros alguna vez alcanzan este máximo de gastos de bolsillo).

Medicaid (o Asistencia Médica): un programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos a ciertas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Si bien los programas estatales de Medicaid varían, la mayoría de los costos de atención médica están cubiertos si usted califica para Medicare y Medicaid.

Indicación aceptada médicamente: el uso de un medicamento que está ya sea aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o está respaldado por cierta literatura médica, como la información de medicamentos del American Hospital Formulary Service y el sistema de información DRUGDEX de Micromedex.

Médicamente necesario: servicios, insumos o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicare: el programa de seguro médico federal para personas de 65 años o mayores, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades, y personas con enfermedad renal en etapa terminal (generalmente aquellas personas con insuficiencia renal permanente que requieren diálisis o trasplante de riñón).

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

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

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes médicos de Medicare deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. El término Servicios Cubiertos de Medicare no incluye los beneficios adicionales, como de la vista, dentales o de audición, que puede ofrecer un plan de Medicare Advantage.

Plan médico de Medicare: un plan médico de Medicare es ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para prestar los beneficios de la Parte A y Parte B a las personas con Medicare que se inscriben en el plan. Incluye todos los planes de Medicare Advantage, los planes Medicare Cost, planes de necesidades especiales, programas de demostración/piloto, y programas de atención integral para personas de la tercera edad (PACE).

Cobertura de medicamentos con receta de Medicare (la Parte D de Medicare): seguro para ayudar a pagar los medicamentos con receta, vacunas, productos biológicos y algunos insumos no cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare para pacientes ambulatorios.

Póliza Medigap (seguro complementario de Medicare): seguro complementario de Medicare vendido por compañías de seguros privadas para cubrir "períodos de interrupción de cobertura" en Original Medicare. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): una persona con Medicare que cumple los requisitos para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción fue confirmada por los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

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

Farmacia de la red: una farmacia que tiene contratos con nuestro plan donde los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos con receta. En la mayoría de los casos, sus recetas médicas están cubiertas solo si se surten en una de nuestras farmacias de la red.

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

Determinación de la organización: una decisión que toma nuestro plan sobre si los artículos o servicios están cubiertos, o cuánto usted tiene que pagar por ellos. A las determinaciones de la organización se las llaman decisiones de cobertura en este documento.

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

Original Medicare (**Medicare tradicional o Medicare con tarifa por servicio**): Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no por un plan médico privado como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. En Original Medicare, los servicios de Medicare se cubren mediante el pago a médicos, hospitales y a otros proveedores médicos de los montos establecidos por el Congreso. Usted puede ver a cualquier médico, hospital u otro proveedor médico que acepta Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga su parte del monto aprobado por Medicare, y usted paga su parte. Original Medicare tiene dos partes: Parte A (seguro de hospital) y Parte B (seguro médico) y está disponible en todas partes en los Estados Unidos.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o proveer medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que usted obtiene en 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 médico fuera de la red: un proveedor o centro médico con el que no tenemos un contrato para coordinar u ofrecer servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son aquellos que no están empleados, son parte o son operados por nuestro plan.

Gastos de bolsillo: consulte la definición anterior de costos compartidos. El requisito de participación en los costos compartidos de un miembro mediante el pago de una parte de los servicios o medicamentos que recibió también se conoce como el requisito de gastos de bolsillo del miembro.

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

Plan PACE: un plan PACE (programa de atención integral para personas de la tercera edad) combina los servicios y apoyos médicos, sociales y a largo plazo (LTSS) a personas frágiles para ayudarlas a mantenerse independientes y vivir en su comunidad (en lugar de trasladarse a un hogar de ancianos) todo el tiempo que sea posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben los beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

Parte C: consulte Plan Medicare Advantage (MA).

Parte D: el programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare.

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

Multa por inscripción tardía de la Parte D: un monto que se suma a su prima mensual para la cobertura de medicamentos de Medicare si se queda sin cobertura acreditable (una cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después de que usted es apto por primera vez a inscribirse a un plan Parte D. Si pierde Ayuda Extra, puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía si pasa un período de 63 días consecutivos o más sin cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos con receta.

Prima: el pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o un plan médico por la cobertura médica o de medicamentos con receta.

Proveedor de atención primaria (PCP): el médico u otro proveedor de la red a quien consulta primero para la mayoría de sus problemas de salud. En muchos planes médicos de Medicare, usted debe ver a su proveedor de atención primaria antes de ver a cualquier otro proveedor médico.

Autorización previa: aprobación por adelantado para obtener servicios o ciertos medicamentos. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario y nuestros criterios están publicados en nuestro sitio de Internet.

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

Organización para la Mejora de la Calidad (QIO): un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en salud a quienes el gobierno federal les paga para verificar y mejorar la atención brindada a los pacientes de Medicare.

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

Herramienta de beneficios en tiempo real: un portal o una aplicación informática en la cual los inscriptos pueden buscar información completa, oportuna, clínicamente apropiada, específica para los inscriptos y relacionada con el formulario y los beneficios. Esto incluye los montos de costo compartido, medicamentos alternativos del formulario que pueden utilizarse para la misma afección que un medicamento determinado y las restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

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

Área de servicio: un área geográfica en la que debe vivir para unirse a un plan médico en particular. Los planes que limitan los médicos y hospitales que puede usar, generalmente se refieren al área donde usted puede obtener servicios de rutina (no de emergencia). El plan debe cancelar su inscripción si se muda permanentemente fuera del área de servicio del plan.

Atención en un establecimiento de enfermería especializada (SNF): servicios de atención de enfermería especializada y de rehabilitación en forma continua, diaria, en un establecimiento de enfermería especializada. Algunos ejemplos de atención incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden administrar un médico o un enfermero registrado.

Plan de Necesidades Especiales: un tipo especial de plan Medicare Advantage que brinda atención médica más enfocada en grupos específicos de personas, como las que tienen Medicare y Medicaid, que residen en un hogar de ancianos, o que tienen ciertas enfermedades crónicas.

Terapia escalonada: una herramienta de utilización que exige que primero pruebe otro medicamento para tratar su condición médica antes de que cubramos el medicamento que su médico puede haberle recetado inicialmente.

Seguridad de ingreso suplementario (SSI): un beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados que son discapacitadas, ciegas, o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son lo mismo que los beneficios del Seguro Social.

Servicios de necesidad urgente: un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata que no es una emergencia es un servicio de necesidad urgente si ya sea usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan, o no es razonable dado a su momento, lugar y circunstancias obtener este servicio de proveedores de la red con quienes el plan tiene un contrato. Algunos ejemplos de servicios de necesidad urgente son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de dolencias existentes. Sin embargo, las consultas de proveedores de rutina médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran de necesidad urgente incluso si está fuera del área de servicio del plan o la red del plan no se encuentra disponible temporalmente.

Servicios al Miembro de AmeriHealth Caritas VIP Care

Método	Servicios al Miembro: Información de contacto
LLAME	**1-833-535-3767** Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1.° de octubre al 31 de marzo: de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1.° de abril al 30 de septiembre: de 8 a. m. a 8 p. m. de lunes a viernes. Servicios al Miembro también cuenta con servicios de intérpretes de idiomas sin cargo disponibles para personas que no hablen inglés.
TTY	**711** Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1.° de octubre al 31 de marzo: de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1.° de abril al 30 de septiembre: de 8 a. m. a 8 p. m. de lunes a viernes.
FAX	1-833-329-1535
ESCRIBA	AmeriHealth Caritas VIP Care Member Services PO Box 7151 London, KY 40742-7151
SITIO EN LÍNEA	www.amerihealthcaritasvipcare.com/fl

Atención a las Necesidades de Seguros Médicos de las Personas de la Tercera Edad (SHINE) (SHIP de Florida)

SHINE es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento local gratuito sobre seguros médicos a personas con Medicare.

Método	SHINE (SHIP de Florida): Información de contacto
LLAME	1-800-96-ELDER (1-800-963-5337)
TTY	1-800-955-8770 Este número requiere un equipo de teléfono especial y solo está disponible para personas que tienen dificultades con la audición o el habla.
ESCRIBA	Florida Department of Elder Affairs 4040 Esplanade Way, Suite 280-S Tallahassee, FL 32399
SITIO EN LÍNEA	https://www.floridashine.org/

Declaración de divulgación de PRA. *De acuerdo con la Ley de reducción de trámites de 1995, no se requiere que ninguna persona responda a una recopilación de información a menos que muestre un número de control válido de OMB. El número de control válido de OMB para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a esta dirección: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*